

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:

PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA; DOS CIRUJANOS

Autores:

Autor presentador:

Isabel Lacasa Viscasillas

Resto de autores:

Jorge Gonzalez, Jose Moctezuma, Nerea Senarriaga, Ana Loizaga, Iñaki Iriarte, Amparo Perez, Miguel Unda.

Institución:

Servicio de Urología, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Resumen de comunicación:

Introducción:

Desde la primera PRR en el año 2000 en Alemania múltiples variaciones técnicas se han propuesto con el objetivo de conseguir a parte del correcto control oncológico, los mejores resultados funcionales.

Seguimos hoy en día sin tener evidencia científica clara de cuál es la técnica con mejores resultados.

Objetivo:

Mostrar distintas variaciones técnicas a la hora de realizar algunos de los pasos más importantes de la prostatectomía radical robótica (PRR). El usar una variación u otra, dependerá de las preferencias de cada cirujano.

Material y método:

Comparamos variaciones personales de una misma técnica de PRR realizadas por dos urólogos con entrenamiento laparoscópico previo, en diferentes momentos de la cirugía:

Ligadura del complejo venoso dorsal; cirujano A: punto hemostático perpendicular al eje de la uretra excluyendo los LPP de los que se conservara la mayor longitud posible se utiliza para ello una sutura monofilamento del uno de 35 mm. Cirujano B: tras el punto hemostático, realiza la suspensión anterior de la uretra pasando una sutura por debajo del CVD y fijándola al periostio del pubis. Disección del cuello vesical para cuya localización podemos traccionar del globo de la sonda, identificar la grasa que marca el límite prostato-vesical traccionando de la vejiga cefalicamente con el 4º brazo ó dibujar dicha unión comprimiendo a ambos lados de la teórica unión. Cirujano A: desde el lateral, en el ángulo prostato-vesical se disecciona con monopolar y de forma roma el cuello vesical rechazando las fibras musculares del detrusor y localizando el límite de la uretra prostática. Cirujano B: realiza un abordaje directo sobre la teórica unión prostato-vesical con monopolar hasta visualiar sonda uretra.

Disección de Vesículas Seminales: Cirujano A: utilización de clips quirúrgicos para los pequeños

vasos deferenciales. Cirujano B: disección de deferentes y del hilo de dichas vesículas utilizando pequeños toques puntuales de energía monopolar para su separación.

Conservación de bandeletas neurovasculares: Se puede hacer una preservación posterior o posterolateral. Cirujano A: Disección en camisa empezando la separación de la caraposterolateral hasta apex ó Cirujano B que utiliza la modificación de V.Patel haciendolo retrógradamente desde zona media prostática.

Resultados:

Aunque las diferencias técnicas son evidentes los resultados funcionales en nuestros pacientes no muestran diferencias significativas.

Conclusiones:

La experiencia del cirujano en realizar una determinada técnica puede ser otra de las claves para obtener mejores resultados.