

PROSTATECTOMIA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT CON LINFADENECTOMIA Y PRESERVACION DE BANDELETAS NEUROVASCULARES: TECNICA DEL DR GASTON PARA MEJORAR LA CONTINENCIA Y LA FUNCION ERECTIL.

Autores: Fernández Montarroso L(1); Gaston R(2)

(1). Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España.

(2). Clinique Saint Augustin. Bordeaux. Francia

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical laparoscópica ya se considera una técnica de elección en centros experimentados para el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de próstata. La utilización del robot Da Vinci para realizar la prostatectomía radical con el avance de la visión aumentada y en 3D permite una mejora muy importante en la visualización de las estructuras anatómicas y por lo tanto en el conocimiento de la anatomía prostática y de las estructuras adyacentes que ayuda a una mejor preservación de los haces neurovasculares y por lo tanto en el mantenimiento posterior de la erección, así como en la continencia urinaria por una mejor conservación tanto del cuello vesical como de la uretra a nivel del apex.

TECNICA



Foto 1. Colocación del paciente

El paciente se coloca en decúbito supino, con las piernas separadas y en Trendelemburg.



Fotos 2 y 3. Colocación de los trócares

Colocación de trocar supraumbilical directo de 12 mm para paso de la óptica. El resto de trócares se colocan bajo visión: los trócares del robot en ambos flancos y otro para el cuarto brazo (8 mm), y 2 trócares más de 5 mm para el aspirador, pinzas e instrumento de colocación de clips que utilizará el ayudante.



Fotos 4 y 5. Linfadenectomía pélvica

Se procede en primer lugar a la realización de una linfadenectomía iliobturatriz bilateral, en este caso se comienza por el lado izquierdo.



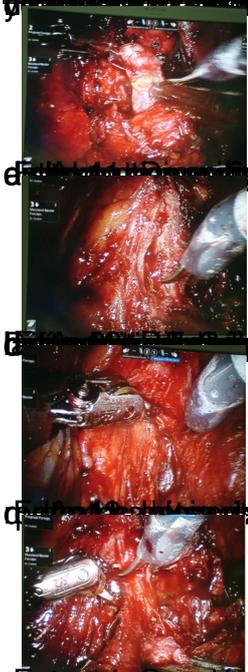
Fotos 6 y 7. Disección del espacio de Retzius

Se realiza la disección del espacio de Retzius a ambos lados, limitada por los conductos deferentes.



Foto 8. Disección del plano de separación prostatovesical junto al cuello vesical.

Lo más importante en esta parte de la disección es un buen conocimiento de la anatomía prostática y vesical. Previo vaciado del globo de la sonda, se localiza el espacio de disección entre la próstata y la vejiga junto a la cara lateral derecha del cuello vesical, lo que viene marcado por el final de los ligamentos pubovesicales (llamados puboprostáticos pero que en realidad terminan junto al cuello vesical marcando este plano de disección anatómico). Se puede hacer una disección roma separando los haces musculares vesicales de la próstata sin necesidad de usar el corte, únicamente con disección.



Para el paso 14, se muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.

El paso 15 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.

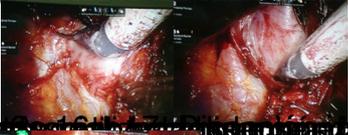
El paso 16 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.

El paso 17 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.

Foto 14. Sección uretral a nivel del cuello vesical



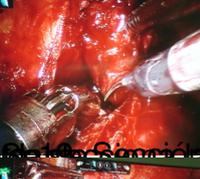
Foto 15. Disección y sección de conducto deferente y vesícula seminal izquierdos



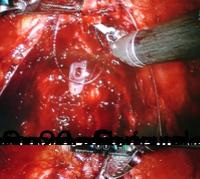
El paso 18 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.



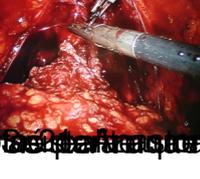
El paso 19 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.



El paso 20 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.



El paso 21 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.



El paso 22 muestra la disección de la base del cuello vesical y la uretra.



Una vez finalizado el procedimiento se comprueba la estanqueidad de la sutura mediante lavado



Finalmente se realiza la limpieza y finalización del procedimiento por laparoscopia con el cierre de la herida y la colocación de la sutura.