

TÉCNICA PASO A PASO COLPOSACROPEXIA ROBÓTICA POR CISTORRECTOCELE

Autores: J. González Taranco, E. Ortiz Oshiro, J. Otero, J. Moreno Sierra

Servicio de Cirugía General 1 y Servicio de Urología

Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid

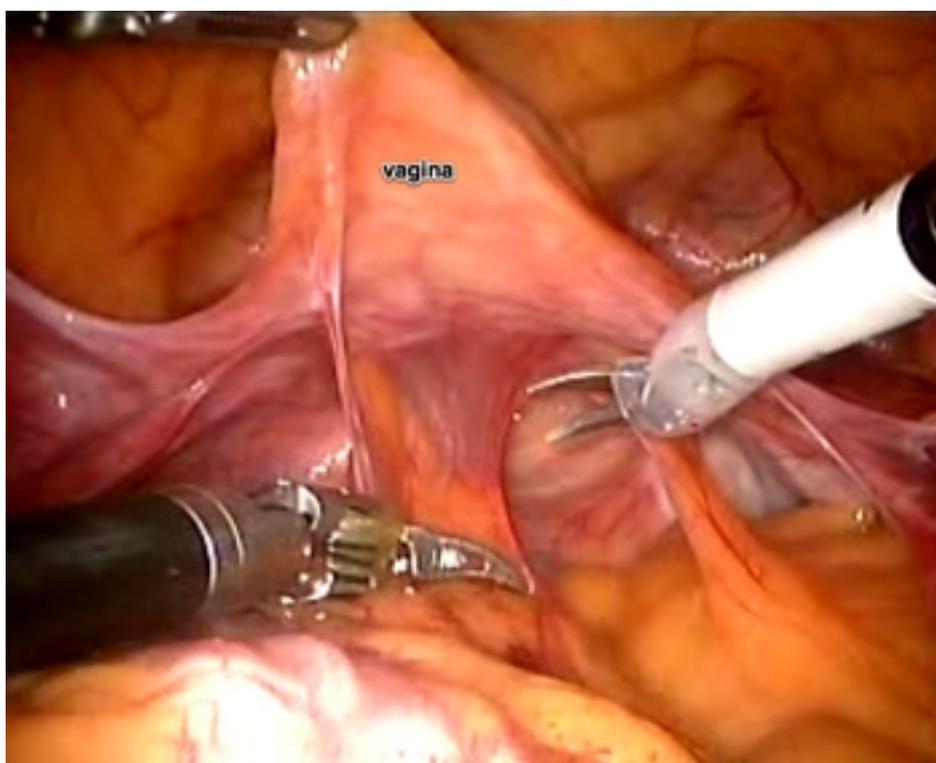
La colposacropexia laparoscópica con asistencia robótica es una técnica para la reparación del prolapso uterino con un abordaje abdominal.

La paciente es intervenida bajo anestesia general en decúbito supino con ambos brazos a lo largo del cuerpo y las piernas separadas. Se precisa, además, un Trendelenburg de aproximadamente 30°.

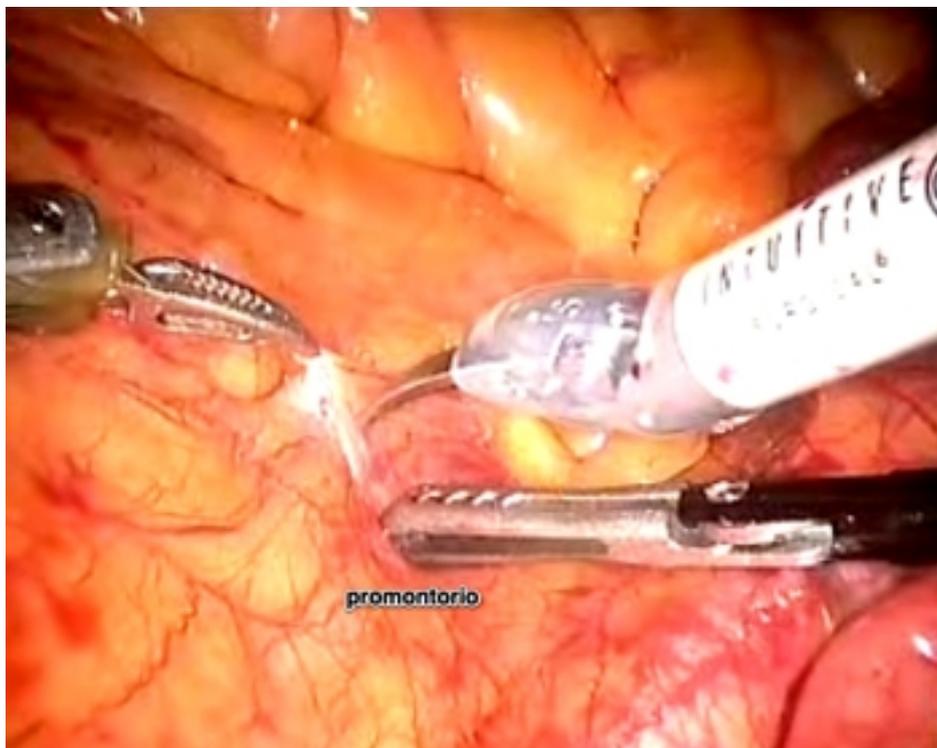
Con el abordaje robótico, se utilizan 5 trócares de trabajo: 4 de ellos para el robot [cámara (nº 1), brazo derecho (nº 2), brazo izquierdo (nº 3) y cuarto brazo (nº 4)] y un trócar auxiliar (nº 5) para el cirujano de la mesa. Los brazos del robot se colocan entre las piernas abiertas de la paciente.



En nuestro caso, la paciente está histerectomizada. La cirugía empieza por el reconocimiento de las diferentes estructuras anatómicas del suelo pélvico y la sección de adherencias.



Se inicia la cirugía localizando el promontorio sacro en el lado derecho del recto-sigma y se realiza una apertura del peritoneo a dicho nivel.



Desde ahí se continúa la apertura del peritoneo por el lado derecho del sigma (que se levanta con una pinza de agarre en el 4º brazo del robot) hacia el ligamento úterosacro derecho



Se realiza una incisión a nivel de la cúpula vaginal para abrir el peritoneo que recubre la vagina por ambas caras anterior y posterior. La vagina se identifica fácilmente gracias a la introducción de una valva maleable en la misma.



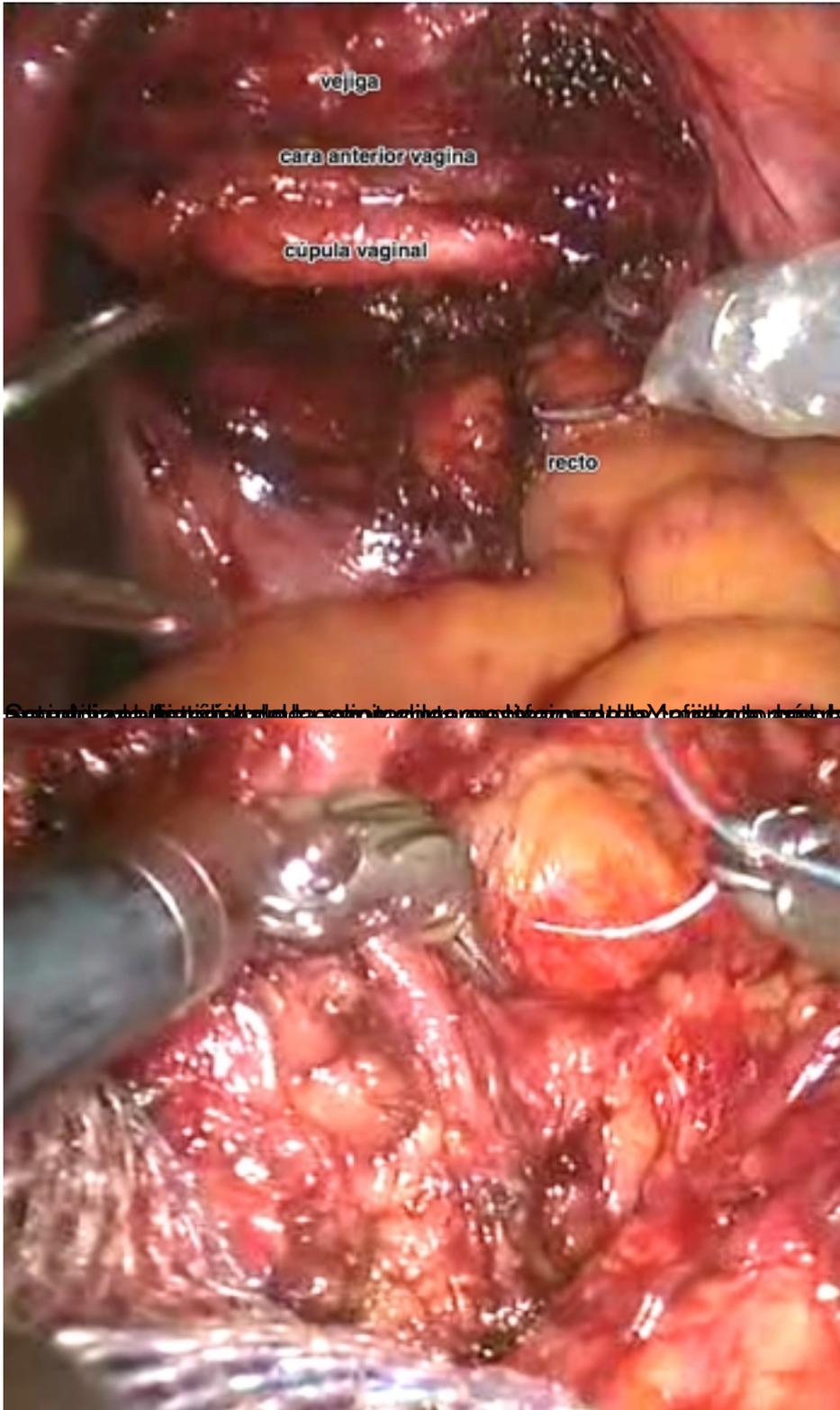
La vagina se disecciona en su cara anterior, identificando el plano de separación con la vejiga.



En la cara posterior de la vagina, la disección desciende hasta el plano de los músculos elevadores del ano.



Disección vaginal completa



La vez se fija a la cara posterior de la vagina y se fija a la cara anterior de la vagina. La malla se fija a la cara posterior de la



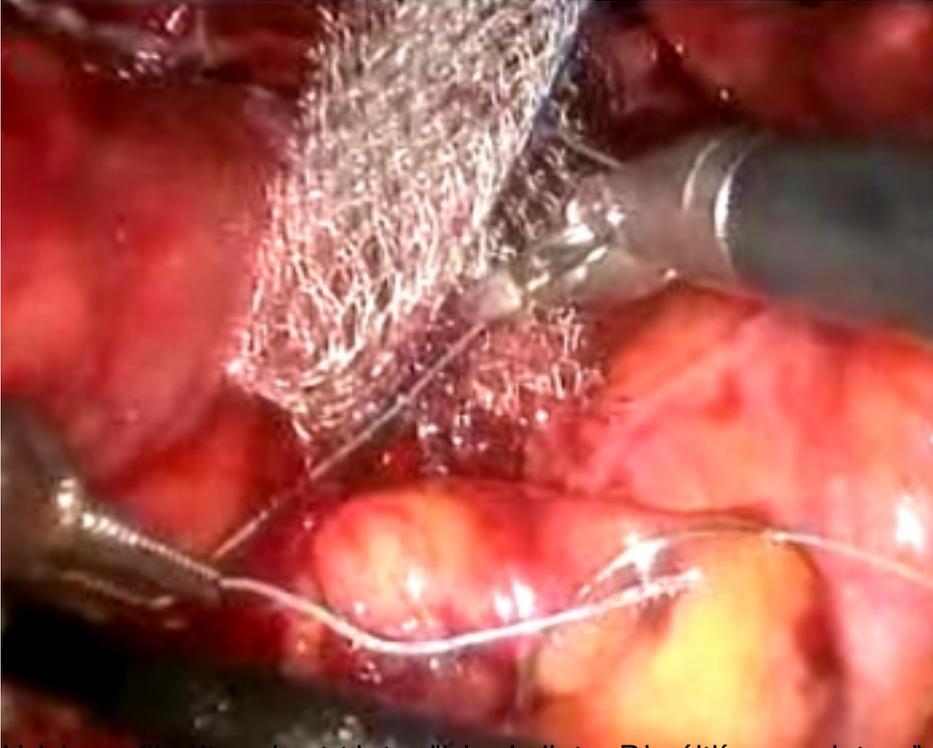
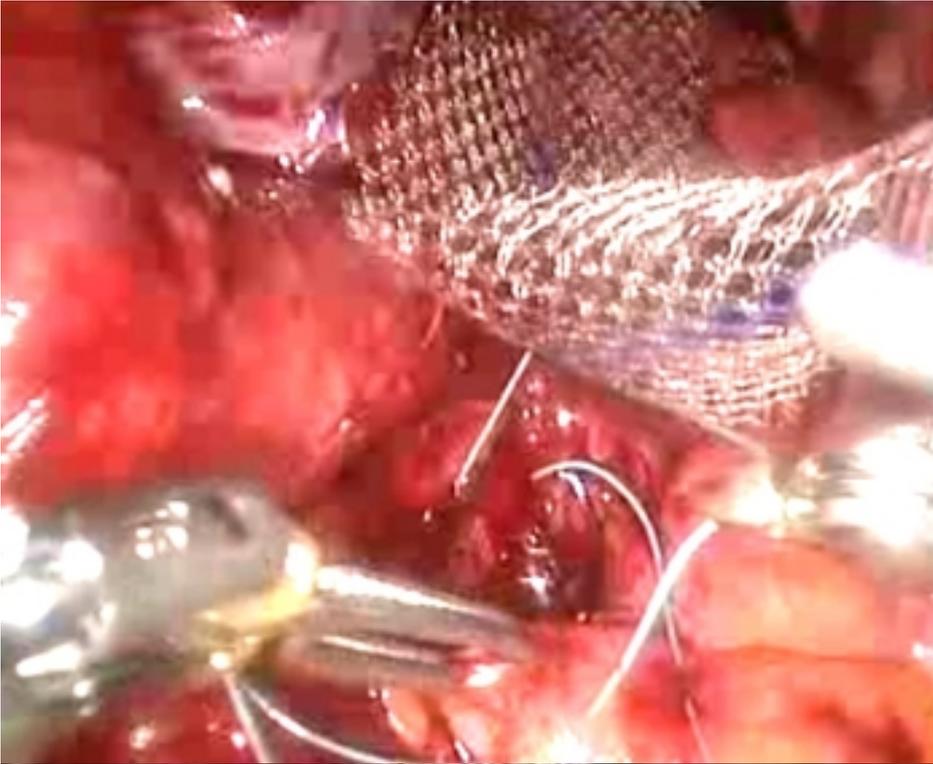
Posteriormente, se fija la malla a la cúpula vaginal



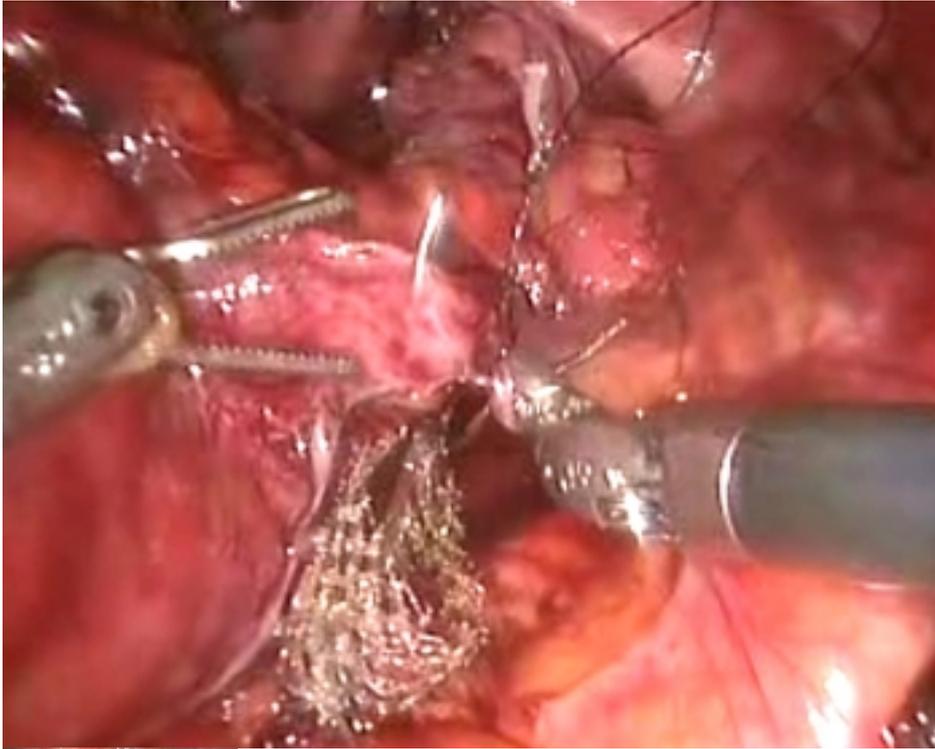
Y se continúa fijándola a la cara anterior de la vagina



para que se evite la hernia por el efecto de la presión, por tensión. En todo este espacio del peritonio dorsal



para separar y seleccionar la subcapa. Por último se procede a la anastomosis y peritonización de la



El área de trabajo se muestra completamente libre de la capa de las fibras de los músculos de la espalda y la pared anterior de la caja torácica.