

## **LXXXV Congreso Nacional de Urología**

Sesión: Prostata No Oncológica

*Moderadores:* J. Placer Santos y J. Fernández del Álamo

Sala: Sala de Congresos; Día: jueves 9 de junio; Hora: 18:30-20:00

---

### **V-95: Prostatectomia simple laparoscópica extraperitoneal: caso clínico y descripción de la técnica quirúrgica**

Rechi-Sierra, K; Povo-Martín, I; Pallás-Costa, Y; Juan-Escudero, Ju; Diranzo-García, M; Beltrán-Puig, M; Martínez-Martínez, F; Gras-Martínez, R; López-Alcina, E

*Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*

### **V-96: Millin Robótico, descripción de la técnica**

Zarraonandia, Anton (1); González-Dacal, Juan (1); Campanario, Rubén (1); Medina, Antonio (1); Plaza, Cristina (1); Ruibal, Manuel (1)

*Suturo Cirugía Urológica*

### **V-97: Adenomectomía robótica tras fracaso terapéutico primario con Urolift®.**

Rubén Algarra Navarro; Tania Salas Sánchez; Pedro Sánchez De La Muela Naverc

*Hospital Nuestra Señora de América*

### **V-98: Holep en paciente con cirugía previa de Laser verde**

Zarraonandia, Anton; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Plaza, Cristina; Ruibal, Manuel

*Suturo Cirugía Urológica*

### **V-99: Enucleación prostática mediante Láser Holmio con diverticulectomía vesical laparoscópica**

Lidia Martín Gómez; Sergio Fernández-Pello Montes; Luis Rodriguez Villamil; Begoña Diaz Mendez; Pelayo José Suárez Sal; Pablo Sánchez Verdes

*Hospital Universitario de Cabueñas (Gijón)*

### **V-101: Prostatectomia Radical Laparoscopica: ¿Por Qué No?**

Durruty Bostelmann, Jaime; Piñats Diaz, Nicolas; Ayala, Camilo; Marchant, Alvaro; Lopez Peñafiel, Claudia; Verdugo, Fernando; Oyanedel, Pablo; Sandoval, Juan Carlos; Leyton, Rodrigo  
*Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile*

**Prostatectomia simple laparoscópica extraperitoneal: caso clínico y descripción de la técnica quirúrgica**

Rechi-Sierra, K; Povo-Martín, I; Pallás-Costa, Y; Juan-Escudero, Ju; Diranzo-García, M; Beltrán-Puig, M; Martínez-Martínez, F; Gras-Martínez, R; López-Alcina, E

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

**INTRODUCCIÓN:**

Tradicionalmente, el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) moderados-graves por crecimiento prostático benigno en próstatas mayores a 80-100 cc ha sido la prostatectomia simple abierta. Existen 2 técnicas clásicas: técnica de Freyer y técnica de Millin. Se han demostrado unos buenos resultados funcionales en cuanto a disminución del IPSS y mejoría del Qmax aunque no deja de ser un método altamente agresivo con altas tasas de transfusiones sanguíneas y de estancia hospitalaria.

**OBJETIVO:**

Demostrar que la prostatectomia simple laparoscópica es una técnica factible y menos agresiva que puede disminuir el sangrado y el tiempo de ingreso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos el caso de un paciente de 70 años remitido a la consulta por STUI. Presentó retención aguda de orina en 2 ocasiones, sin conseguir retirar la sonda vesical en la última ocasión. En la analítica se evidenciaba un PSA de 3,4 ng/ml y en la ecografía abdominal un volumen prostático de 155 cc. Se decidió realizar una prostatectomia simple laparoscópica extraperitoneal.

**RESULTADOS:**

Mostramos en el vídeo la descripción de la técnica quirúrgica y los resultados en nuestro paciente. Se realizó un abordaje extraperitoneal, con apertura longitudinal de la vejiga y capsulorrafia (técnica mixta entre Freyer y Millin) para realizar la disección del adenoma, puntos de trigonización, cierre vesical y capsular y extracción de la pieza. La estancia hospitalaria fue de 2 días presentando una cifras de hemoglobina de 10,7 g/dl (previa de 11,9 g/dl). Al control, el paciente presentaba un Qmax de 20 ml/s y un PSA de 0,6 ng/ml.

**CONCLUSIONES:**

La prostatectomia simple laparoscópica es una técnica quirúrgica factible en un centro con experiencia en laparoscopia que puede sustituir la técnica clásica presentando las ventajas de un menor sangrado y menor estancia hospitalaria, manteniendo los resultados funcionales.

**Millin Robótico, descripción de la técnica**

Zarraonandia, Anton (1); González-Dacal, Juan (1); Campanario, Rubén (1); Medina, Antonio (1); Plaza, Cristina (1);

Ruibal, Manuel (1)

*Suturo Cirugía Urológica*

**Objetivos**

Hace 20 años solo se podía ofrecer la prostatectomía simple a pacientes con una próstata > a 80cc que necesitaban cirugía por sus síntomas. Actualmente se han desarrollado otras técnicas de cirugía de mínima invasión que buscan disminuir tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria y días con sonda vesical (entre otras). Una de estas técnicas es la prostatectomía simple robótica.

Presentamos el caso clínico de un paciente con STUI secundarios a HBP refractario a tratamiento médico, operado mediante esta técnica.

**Material y Método**

Paciente 67 años con antecedentes de apendicectomía, HTA y cardiopatía coronaria estable. Valorado en consultas por STUI con IPSS de 24 y que no ha respondido a tratamiento médico con tamsulosina.

Las pruebas muestran: ecografía abdominal una próstata de 95cc con lóbulo medio, flujometría con Qmax de 9ml/seg y 115 cc de residuo post miccional. El PSA de 2,5ng/dl (35%L/T).

Se propone realizar un Millin Robótico.

**Resultados**

El paciente es posicionado en decúbito supino con Trendelenburg forzado. Se colocan 4 trocares de 8mm en línea a la altura del ombligo. Un 5to trocar accesorio para el asistente se coloca entre los trocares 1 y 2 a derecha.

La técnica consiste en reproducir mediante cirugía robótica la técnica descrita por Millin, et.al (1) El sangrado durante la intervención < a 50cc. El tiempo quirúrgico fue de 63 minutos, sin presentar complicaciones en el post operatorio. El paciente fue dado de alta sin sonda vesical al 3er día.

En la revisión de los 3 meses presenta IPSS de 5, flujometría con Qmax de 25ml/seg sin RPM. PSA de 0,23ng/dl.

**Conclusiones**

Esta técnica demuestra una visualización del campo quirúrgico superior aprovechando toda la libertad de movimientos del robot para realizar una cirugía más precisa. Todo esto sin aumento de del tiempo quirúrgicos, disminución de las complicaciones post operatorias, disminución de estancia hospitalaria y tiempo de sondaje vesical.

1. Millin T. Retropubic prostatectomy a new extravesical technique.. The Lancet , 1945. 246, 6379; 693 – 6.

**Adenomectomía robótica tras fracaso terapéutico primario con Urolift®.**

Rubén Algarra Navarro; Tania Salas Sánchez; Pedro Sánchez De La Muela Naverc

*Hospital Nuestra Señora de América*

A pesar de que la resección transuretral de próstata (RTUp) continua siendo actualmente la técnica gold-standart para el tratamiento quirúrgico de la HBP, en 2005 surge el Sistema Urolift® como tecnología que permite el tratamiento endoscópico mínimamente invasivo.

El sistema tiene dos componentes: un dispositivo de distribución y unos implantes permanentes que permiten mantener retráidos los lóbulos prostáticos y abrir la uretra.

La técnica puede realizarse bajo anestesia local con un tiempo de intervención corto.

Los efectos secundarios suelen ser moderados, aparecer en los 7 primeros días y resolverse en 2-4 semanas; disuria (35%), hematuria (27%), dolor pélvico (18%), urgencia miccional (10%), incontinencia urinaria de esfuerzo (8%), cálculos urinarios (7%), retención urinaria, urgeincontinencia y eyaculalgia (6%).

Entre las contraindicaciones de la técnica se consideran un volumen prostático >100cc, presencia de infección urinaria, estenosis uretral, incontinencia urinaria por incompetencia esfinteriana y hematuria franca.

La técnica no está exenta de limitaciones, requiriendo el 20% de los pacientes un tratamiento adicional en 2 años.

Presentamos el caso de un varón de 68 años con antecedentes de HBP con severa repercusión funcional tratada con fármacos durante 5 años (2015-2020) y posteriormente con un tratamiento endoscópico primario con Urolift®. Nuevo episodio de RAO a los 3 meses del tratamiento endoscópico con Urolift®. Entre las exploraciones complementarias:

Ecografía: Próstata 105 cc. y sedimento: cristaluria oxálica.

Se procede a sondaje dificultoso y se indica adenomectomía robótica.

Dividimos la cirugía en 4 etapas.

1. Inicialmente realizamos una disección de las capas externas de la cápsula prostática con la finalidad de encontrar los dispositivos de anclaje capsulares de nitilo.
2. Realizamos una apertura vesical a nivel del cuello con disección intracapsular prostática dado que inicialmente no se objetiva la presencia de dichos implantes, en probable relación con el volumen prostático aumentado.
3. Procedemos a la enucleación adenomatosa localizando los dispositivos de anclaje a nivel intracapsular y los implantes de acero endouretrales para su extracción. Apertura incidental de absceso prostático con aspiración de material purulento.
4. Finalmente, sutura hemostática y cierre hermético continuo capsulo-vesical con sutura barbada V-Loc® 3/0. Sonda de 3 vías 20 Ch y drenaje.

**Holep en paciente con cirugia previa de Laser verde**

Zarraonandia, Anton; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Plaza, Cristina; Ruibal, Manuel

*Suturo Cirugía Urológica***OBJETIVOS:**

El objetivo de todas las técnicas de la cirugía de hiperplasia benigna de próstata es quitar la mayor cantidad de tejido prostático de la zona transicional para evitar recidivas. En la actualidad las técnicas más eficaces para poder realizar esto son aquellas donde es posible identificar el plano entre el adenoma y la capsula prostática. Estas técnicas son: la adenomectomía y las técnicas de enucleación anatómica endoscópica de la próstata.

Presentamos el caso de un paciente operado mediante HoLEP por presentar STUI secundarios a un crecimiento de restos adenomatosos luego de una cirugía de fotovaporización con laser verde.

**MATERIALES Y METODOS:**

Paciente de 72 años con antecedentes de cirugía de fotovaporización prostática con laser verde hace 5 años. Presenta mala evolución con recidiva. El IPSS era 17+4, flujometría con Qmax de 11ml/seg, vol miccional de 122cc y residuo de 80cc y PSA de 1,2ng/dl. La ecografía muestra una próstata de 55cc. En la uretrocistoscopia se aprecia una próstata resecada con crecimiento de ambos lóbulos prostáticos obstructivos. La vejiga es de lucha.

**RESULTADOS:**

El paciente es colocado en posición de litotomía con anestesia regional. Se utilizo un resector de 24fch, laser de Holmio con setting 2J 30Hz pulso corto para disección y 1J 40Hz pulso largo para hemostasia y morcelador Pirahna. Se realizo una liberación precoz de esfínter y técnica EnBlock. El tiempo total de cirugía fue de 48 minutos (38 de enucleación y 8 minutos de morcelación). El peso en fresco del tejido fue de 40gr. El paciente es dado de alta al segundo dia sin sonda vesical y presentando continencia inmediata. En la revisión a los 3 meses el paciente presenta un IPSS de 5+1, flujometría de 33ml/seg con residuo negativo y un PSA de 0,24ng/dl.

**CONCLUSIONES:**

En la cirugía de la HBP es importante no dejar restos adenomatosos para evitar recidivas. La cirugía mediante la técnica de HoLEP es una opción adecuada, ofreciendo beneficios como tiempo quirúrgico reducido, estancia hospitalaria y tiempo de sonda cortos.

**Enucleación prostática mediante Láser Holmio con diverticulectomía vesical laparoscópica**

Lidia Martín Gómez; Sergio Fernández-Pello Montes; Luis Rodríguez Villamil; Begoña Díaz Méndez; Pelayo José

Suárez Sal; Pablo Sánchez Verdes

*Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)***TRATAMIENTO DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR CON DIVERTÍCULO  
VESICAL ASOCIADO****INTRODUCCIÓN**

Históricamente, la resección transuretral de la próstata se ha considerado el estándar de oro histórico en el tratamiento de los síntomas de tracto urinario inferior (STUI) debidos a hiperplasia benigna de próstata (HBP) tras fracaso de tratamiento médico. Hoy la literatura nos indica que la enucleación de la próstata con láser de holmio (HoLEP) ha reemplazado a esta técnica como el estándar de oro quirúrgico, sobre todo en centros especializados.

La presencia de divertículos vesicales es un hallazgo frecuente en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior de predominio obstructivo, debido a hiperpresión vesical. Dado su ausencia de capa muscular pueden ocasionar dificultad en su vaciado y condicionar la aparición de complicaciones, como infección urinaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos a un paciente varón de 68 años, en seguimiento por STUI de años de evolución, con mala respuesta a tratamiento médico. En las pruebas complementarias se objetiva una próstata de 42 cc, y varias formaciones diverticulares vesicales, la mayor de 12 cm.

**RESULTADOS**

Primer tiempo: Posición de litotomía. Abordaje endoscópico para realización de HoLEP. Cateterización de orificio ureteral derecho por cercanía a divertículo vesical.

Segundo tiempo: posición de Trendelenburg. Abordaje laparoscópico transperitoneal. Disección y liberación de cúpula vesical. Repleción vesical, identificando cuello diverticular. Sección de éste, y a su través extracción de adenoma prostático y embolsado de la pieza. Cierre de pared vesical en dos planos con vicryl 3/0. Se comprueba estanqueidad. Drenaje en lecho quirúrgico. Extracción de pieza quirúrgica por laparotomía infraumbilical.

No complicaciones intraoperatorias. Retirada de drenaje a las 24 horas. El paciente es dado de alta al tercer día postoperatorio portando sonda vesical y catéter doble J derecho durante 1 mes.

La anatomía patológica revela epitelio urotelial con cambios inflamatorios sin evidencia de malignidad (7x6x2cm) e hiperplasia nodular mixta prostática.

**CONCLUSIONES**

La combinación de HoLEP y diverticulectomía extraperitoneal laparoscópica es una estrategia eficaz para el tratamiento de la HBP con gran divertículo vesical asociado.

**Prostatectomia Radical Laparoscopica: ¿Por Qué No?**

Durruty Bostelmann, Jaime; Piñats Diaz, Nicolas; Ayala, Camilo; Marchant, Alvaro; Lopez Peñafiel, Claudia; Verdugo, Fernando; Oyanedel, Pablo; Sandoval, Juan Carlos; Leyton, Rodrigo

Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile

**INTRODUCCIÓN**

La prostatectomía radical es una de las alternativas de tratamiento para el cáncer órgano-confinado, la cual puede ser realizada por vía abierta o mínimamente invasiva ya sea laparoscópica o robótica. Diversos estudios han demostrado que la técnica por vía laparoscópica y también la robótica se asocia a un menor sangrado y estadía hospitalaria, la última con mayores costos para el sistema y el paciente.

Si bien es una técnica compleja, la técnica laparoscópica es reproducible y además de las ventajas mencionadas tiene una baja morbilidad.

La prostatectomía radical mínimamente invasiva por vía laparoscópica con preservación máxima de estructuras relacionadas con la continencia y erección ofrece mejores resultados funcionales con recuperación precoz de la continencia y función sexual, sin comprometer el resultado oncológico.

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Previa aprobación del comité de ética, se seleccionan dos casos con buen registro audiovisual para confeccionar un video descriptivo de la prostatectomía radical laparoscópica de preservación máxima desarrollada en nuestro centro, demostrando en forma didáctica y esquemática los pasos de la cirugía y elementos a preservar.

**RESULTADOS**

Pacientes en decúbito supino con trendeleburg a 30°. Luego de posicionar los trocares se procede a liberación del espacio de retzius, y tracción proximal de la vejiga. exposición de la próstata. Disección prolíja y cuidadosa del cuello vesical con tijera energizada conservándolo previo a su sección. Disección del plano posterior de la próstata liberando vesículas y seccionando deferentes. Disección intrafascial del pedículo y bandeleta neurovascular preservándola en conjunto con la fascia endopélvica. disección del complejo venoso dorsal y sección con ligasure (Sin sangrado) preservando ligamentos pubouretrales. Liberación prolíja de uretra y sección de ésta. Anastomosis uretrovesical con punto continuo V-lock 3-0 sobre sonda foley 20 FR .

**CONCLUSIONES**

La cirugía mínimamente invasiva por vía laparoscópica es reproducible, presenta ventajas respecto a la cirugía abierta, y con un menor costo que otras alternativas (como la cirugía robotica). La técnica con preservación de estructuras permite recuperación precoz de la continencia y buenos resultados en función sexual, manteniéndose como una opción vigente para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata.