

DERIVACIÓN URINARIA ORTOTÓPICA INCORPÓREA DURANTE CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: NEOVEJIGA ILEAL CON DOBLE CHIMENEA

INTRACORPOREAL ORTHOTOPIC URINARY DIVERSION DURING ROBOTIC RADICAL CYSTOPROSTATECTOMY: ILEAL NEOBLADDER WITH DOUBLE CHIMNEY

Vera Veliz, A¹; Narváez Fuentes, P²; Kerkebe Lama, M³; Mercado Campero, A⁴; Palma Ceppi, C⁴; Marchant González, F⁴; Rojas Montiel, P⁴; Guzmán Karadima, S⁴.

RESUMEN

Introducción: La cistoprostectomía radical es el tratamiento estándar para el cáncer vesical músculo invasor (CVMI). La neovejiga ortotópica es la derivación urinaria de elección, con excelentes resultados funcionales. Con el transcurso de los años se han descrito distintas técnicas quirúrgicas y variaciones de estas, sin embargo, la derivación urinaria ideal debe ser realizada a la medida de cada paciente.

Caso Clínico: Paciente masculino de 73 años con diagnóstico de CVMI y carcinoma in situ (CIS) en segmento distal del uréter izquierdo. Se plantea realizar cistoprostectomía radical robótica con derivación urinaria ortotópica.

Técnica quirúrgica: Posición de litotomía, Trendelenburg forzado. Ubicación de los trocares y docking robótico habitual. Se mide y demarca el asa intestinal que posteriormente se utilizara en la confección de la neovejiga. Disección ureteral por sobre el cruce de los vasos ilíacos. A este nivel, por antecedente de CIS, se realiza sección uréter izquierdo. Disección y sección entre hem-o-lock de pedículos vasculares vesicoprostáticos. Disección vesical y esqueletización prostática con vessel-sealer. Punto hemostático al complejo venoso dorsal y posterior sección uretral. Se completa cistoprostectomía, se extrae pieza quirúrgica en bolsa endocatch. Linfadenectomía pélvica extendida bilateral. Se realiza trasposición del uréter izquierdo y se comprueba que en su ubicación futura en la neovejiga queda con cierto grado de tensión debido a su menor longitud. Reubicación anatómicamente del uréter izquierdo. Se procede a realizar neovejiga en “U”. Utilizando puntos de referencia se identifica el segmento ileal, el cual se expone y manipula con retractor magnético LEVITA. Con vessel-sealer y stapler se realiza sección intestinal. Se reconstruye el tránsito intestinal con sutura mecánica. Tras realizar enterotomía, se procede a la anastomosis uretero-intestinal. Se confecciona neovejiga con doble chimenea. Cada uréter se tutoriza, luego se anastomosa libre de tensión y por separado a cada chimenea de la neovejiga. Se exteriorizan ambos catéteres ureterales.

Discusión: La neovejiga en “U” permite realizar una anastomosis uretero-intestinal libre de tensión utilizando un segmento ureteral más corto, pudiendo adaptar la longitud de cada chimenea según necesidad. Entre otras ventajas que ofrece esta técnica, evitamos la trasposición de uno de los uréteres y en caso de reintervención se puede acceder a cada anastomosis por separado.

ABSTRACT

Introduction: Radical cystoprostatectomy is the standard treatment for muscle invasive bladder cancer (MIBC). The orthotopic neobladder is the urinary diversion of choice, with excellent functional results. Over the years, different surgical techniques and variations have been described, however, the ideal urinary diversion must be tailored to each patient's needs.

Clinical Case: 73-year-old male patient with a diagnosis of MIBC and carcinoma in situ (CIS) in the distal segment of the left ureter. Robotic radical cystoprostatectomy with orthotopic urinary diversion is proposed.

¹Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús, Ovalle, Chile; ²Hospital DIPRECA, Santiago, Chile; ³Hospital DIPRECA; Clínica Las Condes, Santiago, Chile; ⁴Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Contacto:
alvaroveraveliz@gmail.com

Surgical Technique: Lithotomy position, forced Trendelenburg position. Routine trocars location and robotic docking. The intestine loop that will later be used to construct the neobladder is measured and delimited. Ureteral dissection was performed over the crossing of the iliac vessels. At this level, due to a history of CIS, the left ureter was sectioned. Dissection and section with hem-o-lock clipping of vesicoprostatic vascular pedicles. Bladder dissection and prostate skeletonization with vessel-sealer. Hemostatic suture to the dorsal venous complex and posterior urethral section. Cystoprostatectomy is completed, the surgical specimen is extracted in an endocatch pouch. Bilateral extended pelvic lymphadenectomy. Transposition of the left ureter and future location in the neobladder is verified because of the new tension degree caused by a shorter length. Anatomic relocation of the left ureter. “U-shaped” neobladder was constructed. Using anatomical landmarks, the ileal segment is identified, which is exposed and manipulated with the LEVITA magnetic retractor. Intestinal section is performed by means of vessel-sealer and stapler. Intestinal transit is reconstructed with mechanical suture. After performing an enterotomy, urethro-intestinal anastomosis followed. New bladder with double chimney is constructed. Splint is used for each ureter, and then each neobladder funnel is separately anastomosed and tension-free. Both ureteral catheters are externalized.

Discussion: The “U-shaped” neobladder allows tension-free urethro-intestinal anastomosis using a shorter ureteral segment and with the possibility to adapt the length of each chimney, according to need. Among other advantages offered by this technique, transposition of one of the ureters is avoided and in the case of reoperation, each anastomosis can be accessed separately.

