



COMENTARIOS EDITORIALES

Trucos para mejorar los resultados funcionales y disminuir el tiempo quirúrgico en la prostatectomía radical laparoscópica

Tips to improve the functional results and reduce the surgical time during laparoscopic radical prostatectomy

Lopera Toro AR, Saldarriaga Botero JP, Gallo Rios JF, Castellanos Acosta R, López Montoya LJ, Velásquez Ossa DA, et al. Trucos para mejorar los resultados funcionales y disminuir el tiempo quirúrgico en la prostatectomía radical laparoscópica. 2015;24:50-53.

La intención de cada cirujano es optimizar los procedimientos en cuanto al tiempo quirúrgico, evitar complicaciones intra y postoperatorias, y colaborar en un retorno más rápido a la vida cotidiana de cada paciente. Es por esto que identificar maniobras que traigan beneficios es muy útil y será el dogma a seguir por cada uno de los que hacen prostatectomías radicales, en este caso laparoscópicas.

En cuanto al punto de Rocco debo comentar que no se consigue en todos los casos. Es claro que en próstata de gran tamaño la disección de la cara posterior, la adherida al recto, no es fácil. La próstata está muy cerca del recto y la identificación de esta capa no es frecuente. En cambio en próstata de pequeño tamaño (menores de 60 g) es más fácil identificar el raddomioesfínter y practicar su reconstrucción.

«Por otro lado, esta maniobra estaría encaminada a mejorar el retorno a la continencia y esto encuentra en la literatura todo tipo de estudios, algunos a favor y otros que no evidencian superioridad vs. no hacerlo.»

Por experiencia personal, evidencia clínica y estadística en la literatura, la maniobra #1 descrita (Rocco stitch) y la maniobra #4 (anastomosis con sutura barbada) dan buenos resultados en el trans y en el postoperatorio. Sin embargo,

los resultados de la maniobra de suspensión retropúbica no son mejores cuando se comparaban con pacientes a los que no se les realizó la maniobra. Pocos urólogos la realizan y no se ha evidenciado inferioridad en cuanto a la mejoría del retorno a la continencia estadísticamente significativa, además esta maniobra alarga los tiempos de la prostatectomía radical. Cabe resaltar que los 2 artículos que muestran series comparando esta maniobra son casos hechos con técnica robótica, no creo que sea extrapolable y más cuando se están describiendo maniobras laparoscópicas para mejorar resultados (por maniobrabilidad y visión).

En cuanto a la maniobra #3, «las ventanas peritoneales», creo que debe evaluarse como maniobra que ofrezca ventajas. Me explico, al trabajar extraperitonealmente se busca mantener las ventajas de los espacios separados (peritoneal y extraperitoneal), similar a lo que se hace con cirugía abierta, estas ventajas tienen repercusión sobre todo en el postoperatorio, ya que en caso de presentarse algún sangrado, linfocela o fuga urinaria todo se mantendría contenido en el espacio extraperitoneal sin llevar a los síntomas que generan el contacto de estos fluidos con el peritoneo. Por consiguiente, no encuentro beneficio si se ha realizado por completo extraperitoneal la cirugía. Se estaría convirtiendo en transperitoneal al final.

Para finalizar, es un gusto ver que se siguen sumando grupos quirúrgicos con gran actividad en mínima invasión. Lo cual indica que se han logrado romper barreras que parecían inquebrantables, pues se compite contra los buenos resultados de la cirugía abierta. Ya es claro que nuestros puntos, cirugía mínima invasión, son al menos equiparables, con ventajas en algunas cosas y con una amplia perspectiva de continuar mejorando.

Bibliografía recomendada

1. Spaliviero M, Gill IS. Ch 35: Laparoscopic radical prostatectomy. En: Operative urology at the Cleveland Clinic. New Jersey: Humana Press; 2006.
2. Schuessler WW, Schulam PG, Clayman RV, et al. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short term experience. Urology. 1997;50:854.
3. Vallancien GB. Laparoscopic radical prostatectomy: the Montsouris technique. J Urol. 2000;163:1643.
4. Guillonnet B, Gupta R, El Fettouh H, et al. Laparoscopic [correction of laproscopic] management of rectal injury during laparoscopic [correction of laproscopic radical prostatectomy]. J Urol. 2003;169:1694.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2014.12.001>

5. Gill IS, Zippe CD. Laparoscopic radical prostatectomy: technique. *Urol Clin North Am.* 2001;28:423.
6. American Urological Association. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer: 2007 update. American Urological Association.
7. Burnett AL, Mostwin JL. In situ anatomical study of the male urethral sphincter complex: relevance to continence preservation following major pelvic surgery. *J Urol.* 1998;160:1301–6.
8. Rocco F, Carmignani L, Acquati P, et al. Restoration of posterior aspect of rhabdosphincter shortens continence time after radical retropubic prostatectomy. *J Urol.* 2006;175:2201–6.
9. Rocco F, Gadda F, Acquati P, et al. Personal research: reconstruction of the urethral striated sphincter [in Italian]. *Arch Ital Urol Androl.* 2001;73:127–37.
10. Walsh PC, Partin AW. Anatomic retrograde retropubic prostatectomy. En: Walsh PC, Retnik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editores. *Campbell's Urology.* 10th ed. PA: Saunders: Philadelphia; 2007.
11. Rocco B, et al. Posterior musculofascial reconstruction after radical prostatectomy: a systematic review of the literature. *European Urology.* Mayo. 2012. Unpublished.
12. Rocco F, Carmignani L, Acquati P, et al. Early continence recovery after open radical prostatectomy with restoration of the posterior aspect of the rhabdosphincter. *Eur Urol.* 2007;52:376–83.
13. Walsh PC. Anatomical radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. *J Urol.* 1998;160:2418–24.
14. Patel Vipul R. Periurethral suspension stitch during robot-assisted laparoscopic radical prostatectomy: description of the technique and continence outcomes. *Eur Urol.* 2009;56:472–8.
15. Shah TT, et al. Effect of a suspension suture in addition to a total anatomical reconstruction in robot assisted laparoscopic prostatectomy: does it help early continence? *Brit J Med Surg Urol.* 2012.
16. Sammon TQD. Urethrovesical anastomosis during robot assisted radical prostatectomy using barbared polyglactin suture: result from randomized controlled trial. *Eur Urol Suppl.* 2011;10:349.
17. Valero R. Bidirectional barbed suture for bladder neck reconstruction, posterior reconstruction and vesicourethral anastomosis during robot-assisted radical prostatectomy. *Actas Urol Esp.* 2012;36:69–74.

Camilo Andres Giedelman Cuevas
Cirugía Robótica Laparoscópica y de Mínima Invasión,
Clínica de Marly, Bogotá, Colombia
 Correo electrónico: camgiedel@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.uroco.2015.03.009>

Papel de la cistouretrografía miccional en el protocolo de trasplante renal: ¿reemplaza al urólogo?

Role of voiding cystourethrography in kidney transplant protocol – does it replace the urologist?

Sierra P, et al. Papel de la cistouretrografía miccional en el protocolo de trasplante renal: ¿reemplaza al urólogo? *Urol Colomb.* 2015;24:2-5

El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes que requieren de terapia de reemplazo renal permanente, no solamente por la mejora en su calidad y expectativa de vida, sino por la rehabilitación laboral, familiar y social que esta le permite, además, en muchas ocasiones es la única alternativa de tratamiento para la insuficiencia renal crónica estadio 5, sobre todo cuando los accesos vasculares y la cavidad peritoneal se han perdido por trombosis y peritonitis de repetición.

El trasplante renal con donante vivo o cadavérico es una cirugía común en Europa y Estados Unidos, y los pacientes que no tengan contraindicaciones absolutas para la cirugía después de la valoración pretrasplante ingresan a una lista de espera para ser trasplantados, en nuestro medio son

pocos los privilegiados que pueden ingresar en una lista de espera por falta de servicios de trasplantes en el país, solo 6 ciudades, entre ellas Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga y Barranquilla cuentan con clínicas privadas con servicio de trasplantes habilitados y Neiva con el único hospital público del país con servicio de trasplante renal dirigido por un urólogo y, además, por las trabas administrativas para lograr las autorizaciones de las aseguradoras.

Los servicios de trasplantes en Colombia que no cuentan con urólogo en su equipo de profesionales, realizan de forma rutinaria a todos los pacientes la cistografía miccional con el fin de valorar el estado vesical y descartar reflujo vesicoureteral antes del trasplante, en nuestro servicio solo se realiza la cistografía a pacientes con antecedentes de vejiga neurogénica, lo que ha permitido disminuir costos y procedimientos invasivos innecesarios para la mayoría de los pacientes.

Enhorabuena a este artículo, para que las instituciones con servicio de trasplante renal incluyan dentro de su personal a un urólogo capacitado en cirugía vascular, y así brindar un servicio multidisciplinario en beneficio de los pacientes.

Bibliografía recomendada

- Shandera K, Sago A, Angstadt J, et al. An assessment of the need for the voiding cystourethrogram for urologic screening prior to renal transplantation. *Clin Transplant.* 1993;7:299–301.
- Kabler RL, Cerny JC. Pre-transplant urologic investigation and treatment of end stage renal disease. *J Urol.* 1983;129:475.
- Ramos EL, Kasiske BL, Alexander SR, et al. The evaluation of candidates for renal transplantation. The current practice of U.S. transplant centers. *Transplantation.* 1994;57:490–7.
- Confer DJ, Banowsky LH. *J Urol.* 1980;124:309.
- Reinberg Y, Bumgardner GL, Aliabadi H. Urological aspects of renal transplantation. *J Urol.* 1990;143:1087–92.