…

Comenzamos la cistoureteroscopia. A través de la uretra, se introdujo en la vejiga un cistoscopio rígido de 22 Fr con abundante lubricación e irrigación estéril. La uretra estaba normal. Había un *stent* de uréter izquierdo que emanaba del orificio uretral sin formación de costras. Se agarró y se trajo hacia el orificio uretral. Se pasó un cable sensor a través del stent de uréter hacia el interior del riñón izquierdo. Se retiró el stent de uréter. Luego, introdujimos un ureteroscopio sobre el cable sensor hacia el interior del riñón izquierdo y retiramos el cable sensor. Introdujimos un catéter Foley adyacente al ureteroscopio flexible y depositamos 10 mL de agua estéril en el globo del catéter.

Iniciamos la parte robótica del procedimiento logrando un neumoperitoneo mediante una técnica Veress estándar en la línea media abdominal supraumbilical. Se penetró el abdomen con un Visiport de 5 mm. La inspección abdominal con cámara robótica dio negativa a lesiones intraabdominales. No había adherencias intraabdominales.  Se colocaron todos los puertos subsiguientes con visión directa sin lesiones ni complicaciones.  Estos puertos incluyeron cuatro puertos de 8 mm totalmente robóticos en la línea media, separados entre sí de 7 mm a 8 mm; además un puerto asistente de 12 mm formando triángulo con dos de los puertos robóticos de 8 mm colocados a la derecha de la línea media. El Visiport de 5 mm se sustituyó por un puerto robótico de 8 mm. Se rotó al paciente para que quedara con el lado izquierdo hacia arriba, y se trajo y acopló el robot.

Nos centramos en la pared abdominal lateral izquierda donde se observó la línea blanca de Toldt. El intestino grueso se bajó por la línea media tras practicar incisión en la línea blanca de Toldt. Mediante tecnología Firefly, identificamos el uréter proximal que contenía el ureteroscopio. Pudimos diseccionar en circunferencia alrededor del uréter proximal sin penetrar en el uréter. Luego, diseccionamos en circunferencia el uréter distal hacia los vasos ilíacos. Tuvimos que ligar la vena gonadal para hacer una disección que se hizo mediante electrocauterización bipolar. Había bastante fibrosis alrededor del uréter. Diseccionamos distalmente usando el uteroscopio para ayudar a guiar la anatomía del uréter. Nuestra disección se hizo distalmente a los vasos ilíacos comunes donde se observó mucho menos fibrosis. No se observó lesión uretral en toda la disección. Luego, se diseccionó un colgajo epiploico del intestino delgado, se llevó por debajo del uréter derecho para crear un colgajo epiploico e intraperitonealizar el uréter derecho. Con un Vicryl 2-0, se hilvanó el epiplón a la pared abdominal derecha y, luego, se dobló por encima del uréter derecho con suturas interrumpidas.

Se desacopló el robot. Se introdujo un cable sensor a través del ureteroscopio flexible. Se introdujo sin dificultad un stent uretral double-J 6 Fr x 24cm (sin colgante) por encima del cable sensor con ayuda de un empujador de stent. El puerto asistente de 12 mm se cerró a nivel de la fascia con un dispositivo Weck de cierre de fascia. Todas las incisiones cutáneas se cerraron con 4-0 Monocryl y adhesivo cutáneo. Se dejó puesto el catéter Foley. Se despertó al paciente de la anestesia y se llevó a la sala de recuperación en buenas condiciones.  Todos los recuentos quirúrgicos fueron correctos en dos ocasiones.