



## comunicaciones orales

### EVOLUCION DE LA PRESENTACION DE LOS TUMORES RENALES DESDE 1994 a 2010

Darío Vázquez Martul, Antón Zarraonandia Andraca, Francisco Gómez Veiga, Javier Casas Nebra, Sonia Pertega\*, Javier Rodríguez Rivera, Luis Busto Martín, Paula Portela Pereira, Luís Álvarez Castelo, Venancio Chantada Abal.

*Servicio de Urología y \*Estadística, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, España.*

#### Objetivos:

Actualmente un porcentaje elevado de los tumores renales son detectados de forma incidental fundamentalmente con pruebas de imagen en contexto de otras patologías sin existencia de clínica concomitante. El objetivo de este estudio es analizar la relación de la evolución en la detección y estadios y características del cáncer renal.

#### Materiales y Métodos:

Hemos realizado un análisis retrospectivo de los carcinomas de células renales (CCR) diagnosticados en el Servicio de Urología de nuestro centro entre enero de 1994 y diciembre de 2010. Un total de 556 pacientes fueron incluidos, y se evaluaron datos relativos a edad, clínica, tamaño tumoral en TC y estadio cTNM. Los resultados fueron analizados aplicando pruebas Pearson con el paquete estadístico SPSS 17.0. Utilizamos la TNM de 2002.

#### Resultados:

Desde Enero/1994 a Diciembre/2010 han sido tratados 556 paciente por tumor renal en nuestro servicio. La edad media fue 63,40 (+/-12) años, 70,7% varones y 29,3% mujeres. El 63,7% se diagnostico de forma incidental, 26,6% por clínica local y 10,1% por alteraciones sistémicas. El tamaño medio en el TAC al diagnóstico fue de 6,84cm (desv. 4,9) y al relacionar tamaño entre los periodos de tiempo de 1994 a 2010 se apreció diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,001$ ).

## comunicaciones orales

Tabla 1: N en relación con grupo erario y período de tiempo

| periodo   | Edad $\geq 75$ años |                | Total |
|-----------|---------------------|----------------|-------|
|           | <75 años            | $\geq 75$ años |       |
| 1994-1996 | 50 (83,3%)          | 10 (16,7%)     | 60    |
| 1997-1999 | 84 (83,2%)          | 17 (16,8%)     | 101   |
| 2000-2002 | 84 (83,2%)          | 17 (16,8%)     | 101   |
| 2003-2005 | 78 (83,0%)          | 16 (17,0%)     | 94    |
| 2006-2008 | 97 (81,5%)          | 22 (18,5%)     | 119   |
| 2009-2010 | 56 (69,1%)          | 25 (30,9%)     | 81    |
| Total     | 449(80,8%)          | 107 (19,2%)    | 556   |

p = 0,044

Tabla 2: Relación entre Clínica y período de tiempo

| periodo   | Clínica    |            |           | Total |
|-----------|------------|------------|-----------|-------|
|           | Incidental | Local      | Sistémica |       |
| 1994-1996 | 23 (39,0%) | 27(45,8%)  | 9(15,3%)  | 59    |
| 1997-1999 | 56 (57,7%) | 31(32,0%)  | 10(10,3%) | 97    |
| 2000-2002 | 63(64,9%)  | 28(28,9%)  | 6(6,2%)   | 97    |
| 2003-2005 | 59(67,0%)  | 16(18,2%)  | 13(14,8%) | 88    |
| 2006-2008 | 82(70,7%)  | 24(20,7%)  | 10(8,6%)  | 116   |
| 2009-2010 | 59 (73,8%) | 15(18,8%)  | 6(7,5%)   | 80    |
| Total     | 342(63,7%) | 141(26,3%) | 54(10,1%) | 537   |

p < 0,0001

Tabla 3: Relación entre Estadio clínico y período de tiempo

|           | Estadio T clínico |            |            |           | Total |
|-----------|-------------------|------------|------------|-----------|-------|
|           | cT1a              | cT1b       | cT2        | cT3-cT4   |       |
| 1994-1996 | 15(26,3%)         | 19(33,3%)  | 10(17,5%)  | 13(22,8%) | 57    |
| 1997-1999 | 20(20,0%)         | 26(26,0%)  | 27(27,0%)  | 27(27,0%) | 100   |
| 2000-2002 | 33(33,0%)         | 17(17,0%)  | 31(31,0%)  | 19(19,0%) | 100   |
| 2003-2005 | 33(35,1%)         | 19(20,2%)  | 29(30,9%)  | 13(13,8%) | 94    |
| 2006-2008 | 44(37,0%)         | 31(26,1%)  | 23(19,3%)  | 21(17,6%) | 119   |
| 2009-2010 | 42(53,2%)         | 17(21,5%)  | 15(19,0%)  | 5(6,3%)   | 79    |
| Total     | 187(34,1%)        | 129(23,5%) | 135(24,6%) | 98(17,9%) | 549   |

p < 0,0001

### Conclusiones:

Existe una evolución favorable en la detección de tumores en estadios más precoces, con menor carga tumoral. A pesar de ello un porcentaje sigue diagnosticándose en estadios avanzados.

## comunicaciones orales

### CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: RELACIÓN ENTRE TAMAÑO, ESTADIO TUMORAL Y GRADO DE FURHMAN.

Paula Portela Pereira, Antón Zarraonandia Andraca, Francisco Gómez Veiga, Darío Vázquez Pazos, Javier Casas Nebra, Luis Busto Martín, Iyad Barghouti, Augusto Álvarez García, José L. Ponce Díaz-Reixa, Sara Martínez Breijo, Venancio Chantada Abal.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

#### Objetivo:

El estadio patológico, el grado tumoral y el tamaño del mismo son tres factores pronóstico clave del carcinoma de células renales. El objetivo de este trabajo es determinar la existencia de relación entre el tamaño tumoral, el estadio cTNM y el grado histológico de los carcinomas de células renales.

#### Material y Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron 461 pacientes con una media de edad de 63,65 (+/- 12,86) años operados en el Servicio de Urología por carcinoma de células renales desde enero de 1994 a octubre de 2010. Se evaluaron datos relativos a edad, clínica, estadio cTNM, tamaño tumoral en TC y grado nuclear de Furhman. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS 17.0, utilizando el test t-Student para variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas.

#### Resultados:

Fueron intervenidos quirúrgicamente mediante nefrectomía radical o parcial 461 pacientes siendo un 64% diagnosticados de forma incidental. En cuanto al tamaño, la media fue de 6,84 (+/- 4,25) cm.

Tabla 1: Relación entre Tamaño tumoral y Grado de Furhman

| Tamaño por TAC | Furhman I - II | Furhman III - IV | Total       |
|----------------|----------------|------------------|-------------|
| <=4 cm         | 121<br>81,8%   | 28<br>18,2%      | 149<br>100% |
| 4-7 cm         | 101<br>71,6%   | 40<br>28,4%      | 141<br>100% |
| 7-10 cm        | 61<br>59,2%    | 42<br>40,8%      | 103<br>100% |
| >10 cm         | 25<br>36,8%    | 43<br>63,2%      | 68<br>100%  |
| Total          | 308<br>66,8%   | 153<br>33,2%     | 461<br>100% |

P<0,001

Tabla 2: Relación entre Estadio clínico y Grado de Furhman

|                   |         | Grado de Furhman |              | Total       |
|-------------------|---------|------------------|--------------|-------------|
|                   |         | I-II             | III-IV       |             |
| Estadio T clínico | cT1a    | 120<br>82,2%     | 26<br>17,8%  | 146<br>100% |
|                   | cT1b    | 94<br>74,0%      | 33<br>26,0%  | 127<br>100% |
|                   | cT2     | 68<br>61,3%      | 43<br>38,7%  | 111<br>100% |
|                   | cT3-cT4 | 26<br>33,8%      | 51<br>66,2%  | 77<br>100%  |
|                   | Total   | 308<br>66,8%     | 153<br>33,2% | 461<br>100% |

#### Conclusiones:

Existe una clara relación entre el tamaño tumoral, estadio clínico y el grado de agresividad del tumor expresado en el Furhman. Todo ello tiene repercusión a la hora de enfocar el manejo terapéutico de los CCR, tanto para optar por alternativas más agresiva como por el seguimiento activo de los tumores.

## comunicaciones orales

### TRAUMATISMO RENAL: NUESTRA CASUÍSTICA ENTRE LOS AÑOS 2005-2010

Luciano Honorato Ruiz, Patricia Cordeiro González, Ana Puñal Pereira, Melissa Cortegoso González, Lorena Villasenín Parrado, Valentín Toucedo Caamaño, Rosa Novoa Martín, José Lema Grillé, Camilo García Freire, Manuel Villar Núñez.

*Servicio De Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

#### Objetivos:

Describir nuestra experiencia en traumatismo renal entre los años 2005-2010

#### Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo sobre traumatismo renal, con los casos observados desde enero de 2005 a diciembre de 2010.

#### Resultados:

Se realizó una revisión de 39 pacientes (32 hombres con una edad media de 48.8 años, con rango entre 18 y 88; 7 mujeres con una edad media de 47.4 años, con rango entre 19 y 71). La causa más frecuente de traumatismo renal fue accidente de tráfico con un 48.7%. La estancia media fue de 12.1 días. La totalidad de los pacientes presentaron dolor lumbar y macro o micro hematuria al ingreso. La TC fue la prueba de imagen estándar para el diagnóstico. En 35 pacientes se realizó tratamiento conservador y en 4 se decidió intervención quirúrgica (3 casos de nefrectomía radical y 1 con colocación de catéter JJ). Entre las complicaciones se observó anemización en 14 pacientes, de los cuales 6 requirieron transfusión sanguínea y datos de infección en 4 pacientes precisando antibioterapia. El 46.1% de los pacientes fueron clasificados como traumatismo grado 2 según la AAST. En las revisiones, la mayoría de los pacientes fueron dados de alta a los 2 meses con pruebas de imagen sin alteraciones.

#### Conclusiones:

El traumatismo renal representa el 1-5% de todos los traumatismos, aunque es el trauma genitourinario más frecuente. Afecta por igual a ambos riñones y es más frecuente en el hombre, con una relación 4:1. La mayoría de los traumatismos renales son cerrados y aislados y se tratan generalmente de manera conservadora. El 50% corresponde accidentes de tráfico. Los signos clínicos clásicos son el dolor lumbar y la hematuria macroscópica. La TC ha permitido simplificar el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de éstos traumatismos. Las indicaciones quirúrgicas de urgencia son excepcionales y corresponden a lesiones vasculares importantes o a un hematoma perirrenal expansivo que manifiesta grandes lesiones parenquimatosas.

## comunicaciones orales

### ENDOMETRIOSIS CON AFECTACIÓN DE APARATO URINARIO: NUESTRA CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS

Patricia Cordeiro González, Luciano Honorato Ruiz, Ana Puñal Pereira, Melissa Cortegoso González, Lorena Villasenín Parrado, Valentín Toucedo Caamaño, Rosa Novoa Martín, José Lema Grillé, Camilo García Freire, Manuel Villar Núñez.

*Servicio De Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

#### Objetivos:

Describir nuestra experiencia en endometriosis vesical en los últimos 11 años.

#### Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo sobre endometriosis en aparato urinario, con los casos observados desde enero de 2000 hasta la actualidad.

#### Resultados:

Se diagnosticaron y trataron un total de 5 pacientes, mujeres con una edad media de 31.8 años, con un rango entre 27 y 39. La totalidad de las pacientes presentaron otros focos endometriósicos. 2 de las pacientes presentaban antecedentes de cirugía ginecológica. Las pacientes presentaban disuria coincidente con la menstruación, 2 de ellas presentaban también hematuria. Todos los diagnósticos se establecieron con pruebas de imagen y posterior cistoscopia. La mayoría de las pacientes fueron tratadas con RTU vesical seguida de análogos de LHRH durante 6 meses, sólo 1 paciente se trató con cistectomía parcial. No se presentó ninguna complicación postquirúrgica. Se observó recidiva en 2 pacientes, a las que se les propuso intervención con cistectomía parcial.

#### Conclusiones:

La endometriosis urinaria es un hallazgo poco habitual, siendo la ubicación más frecuente la vesical. La paciente prototípica es una mujer en edad fértil, con clínica de urgencia miccional y disuria en relación con la menstruación, menos habitualmente menuria. También es frecuente que tenga otros focos endometriósicos. El tratamiento de elección es quirúrgico, y dado que se trata de una enfermedad que afecta antes a plano muscular y pericistio que a mucosa, se podría considerar más definitivo el tratamiento con cistectomía parcial que la RTU vesical.

## comunicaciones orales

### LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN LA POSICIÓN SUPINA DE VALDIVIA MODIFICADA EN GALDAKAO: RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE NUESTRO CENTRO

Daniel Pérez Fentes, Camilo García Freire, Melissa Cortegoso González, Ana Puñal Pereira, Luciano Honorato Ruiz, Patricia Cordeiro González, Rosa Novoa Martín, Valentín Toucedo Caamaño, Saturnino Martínez Couceiro, Serafín Novás Castro, Miguel Blanco Parra, Manuel Villar Núñez.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

#### Objetivos:

La nefrolitotomía percutánea (NLP) es el tratamiento de elección para litiasis complejas o de gran volumen, descrito clásicamente en posición de decúbito prono. Presentamos los resultados y las complicaciones de nuestra serie inicial de NLP realizada en posición supina de Valdivia modificada en Galdakao.

#### Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de 86 NLP consecutivas realizadas desde Octubre de 2008 a Mayo de 2011. Se recogieron como variables a estudio de modo prospectivo las características de los pacientes, aspectos técnicos, resultados y complicaciones. Para determinar la ausencia de litiasis residuales se realizó TC sin contraste al tercer mes. Las complicaciones quirúrgicas se clasificaron según la escala modificada de Clavien.

#### Resultados:

Edad media de los pacientes  $58,8 \pm 13,8$  años, con predominancia del sexo femenino 2,6:1. Riesgo anestésico medio ASA 2, con IMC de  $28,8 \text{ kg/m}^2$ . Superficie media de la litiasis  $630,4 \pm 476 \text{ mm}^2$ . Tiempos quirúrgico y de escopia medios  $120 \pm 60$  y  $12,5 \pm 5,7$  minutos respectivamente. Estancia mediana postoperatoria 4,5 días.

Acceso percutáneo único, excepto en 3 casos. Set de Amplatz como método de dilatación en el 71% de los procedimientos, optando por trayectos de 24Ch en el 33,6%. Nefroscopia rígida y flexible en todos los casos, realizando cirugía combinada con ureterorenoscopia en 21 (24,5%).

Porcentaje de unidades renales libres de litiasis: 68,1%. 16 pacientes con complicaciones quirúrgicas (18,6%): grado I Clavien: 2 casos (12,5%), grado II: 9 casos (56,25%), grado IIIa: 3 casos (18,75%), grado IVb: 1 caso (6,25%), grado V: 1 caso (6,25%).

#### Conclusiones

Nuestros resultados en cuanto a ausencia de litiasis residuales y complicaciones son óptimos y comparables al resto de grupos, incluso considerando la curva de aprendizaje de los cirujanos y que el volumen y complejidad de las litiasis tratadas es considerable. El empleo sistemático de nefroscopia flexible y la posibilidad de acceso retrógrado simultáneo que ofrece la posición supina modificada en Galdakao, permitió realizar el procedimiento con éxito sin apenas necesidad de accesos percutáneos múltiples. Nuestros resultados confirman que la posición supina es segura y efectiva para el desarrollo de la NLP, incluso en el escenario de la curva de aprendizaje.

## comunicaciones orales

### TUMORACION TESTICULAR EXTREMA

F. Sabell Pérez-salgado; F. Sabell Salgués.

*Clínica Sabell. VIGO.*

#### Resumen:

Presentamos el caso de una tumoración testicular que por su historia clínica y características morfológicas, debe considerarse un caso extremo en el contexto sanitario en la España del Siglo XXI.

#### Caso:

Paciente de 44 años. Casado. Dos hijos. Uno de ellos prematuro (650gr.). Informático. Obeso. No DM. No HTA. No IQ. NAMC. Acude a consulta de urología el 03.09.2010 por aumento de tamaño de bolsa escrotal izquierda desde hace meses, no dolorosa hasta hace seis días en que manteniendo relaciones sexuales y al hacer un movimiento lateral se golpea el escroto y presenta un dolor agudo en teste izquierdo y a continuación mayor aumento del volumen escrotal. Se auto medica con Ibuprofeno desapareciendo el dolor a los dos días. Ante la insistencia de su mujer acude a consulta.

Refiere encontrarse perfectamente bien, trabajando sin limitaciones y solo con algo de cansancio cuando sube una cuesta, que achaca a su obesidad. Jovial. Hablador. Urbano. Informático.

De la exploración física inmediata sobresale además de la obesidad una significativa palidez de piel y mucosas, pero sobre todo una gran tumoración escrotal izquierda que oculta totalmente el pene y la bolsa escrotal derecha ND. No HTA. No IQ. Fumador hasta hace 10 años. No controles médicos habituales (ultima analítica hace un año, según refiere normal). No tratamientos habituales. En ocasiones Ibuprofeno por afonías. No adenopatías axilares, supraclaviculares ni laterocervicales.

#### Ecografía:

La exploración ecográfica escrotal evidencia una gran tumoración testicular izquierda con total desorganización del parénquima.

La exploración analítica es extrema: AFP 6.227 U.I. , Hb 6.1, Hto. 20.1%, VCM 58.9, LDH 324, BetaHCG<2. Resto de marcadores tumorales y Bioquímica normales.

Se procede a ingresar al paciente. Transfusión inmediata de dos unidades de sangre. TAC: En parénquima pulmonar no se demuestran lesiones nodulares ni otras alteraciones significativas. No adenopatías mediastínicas. Adenopatías retroperitoneales la mayor de 17 mm de diámetro, paraaortica izquierda infrarenal. Y otra adenopatías de 13 y 8 mm paraaorticas izquierdas. No se demuestran otras adenopatías en otras localizaciones abdominales o pélvicas. Hígado, bazo, vía biliar y riñones normales.

## comunicaciones orales

ORQUIECTOMIA IZQUIERDA (22/09/10). Sin complicaciones. Transfusión de dos unidades de CH post operatorio.

### Informe AP:

Pieza de orquiectomía de 764 gr. Formada por gran masa tumoral de 12,5x 9,7x10 cm. TUMOR MIXTO DE CLULAS GERMINALES (90% TUMOR DEL SACO VITELINO Y 10% DE SEMINOMA). Ausencia de invasión linfovascular. Ausencia de invasión de cordón espermático y borde de resección. pT2.

Se consulta con Medicina Interna para estudio de anemia microcitica hipocromica. El paciente no refiere ni hematemesis, melenas, hematuria ni hemoptisis. Informe de gastroscopia y rectosigmoidoscopia normal. Tórax normal. Informe cardiología normal. Informe pulmonar normal. Anemia microcitica hipocromica no filiada.

El 25/10/10 Hematíes 5.200.000 / Hb 12.4 / Hto: 38 % LDH 268,; AFP 69.7 U.I. ; alfa—BHC<2.

13.02.11. Informe oncología: Tumor germinal mixto pT2c, cN1, M0, IIA. Tratamiento quimioterapico adyuvante tipo BEP (cisplatino, ectoposido, bleomicina) según pauta de Indiana durante tres ciclos con excelente tolerancia clínica y analítica.

Ultimo control 14.04.11. TAC y analítica normal.



## comunicaciones orales

### CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS

Manuel Ruibal Moldes, Higinio Rodríguez Núñez, José Díaz Bermúdez, Antonio Selas Pérez, Vicente García Riestra, Miguel Devesa Múgica

*Servicio Urología. Complejo Hospitalario de Pontevedra*

La cistectomía radical constituye el tratamiento de elección para el carcinoma vesical infiltrante.

Los buenos resultados de la prostatectomía radical laparoscópica ha animado a diversos grupos a ampliar las indicaciones de la vía laparoscópica a la cistectomía radical.

Actualmente la laparoscopia permite la realización de la cistectomía radical conjuntamente con la linfadenectomía pélvica y en la mayoría de las series la derivación urinaria se realiza mediante minilaparatomías.

El abordaje laparoscópico presenta una serie de ventajas respecto a la cirugía abierta, entre las que destacan: una menor pérdida sanguínea, una mejor disección, posibilidad de preservación neurovascular.

En nuestra experiencia con 40 procedimientos, hemos observado una recuperación más rápida y cómoda de los pacientes con tránsito intestinal precoz, menor necesidad de analgesia, menos tasa de transfusiones

Presentamos un vídeo de una cistectomía radical laparoscópica, con una disección individualizada de los pedículos vasculares vesicales.

## comunicaciones orales

### AUTOTRASPLANTE RENAL ASISTIDO POR LAPAROSCOPIA. A PROPOSITO DE UN CASO

Higinio Rodríguez Núñez, Manuel Ruibal Moldes, Juan González Dacal, M<sup>a</sup> Luisa Fernández García, José Díaz Bermúdez, Vicente García Riestra

*Complejo Hospitalario de Pontevedra*

#### **Introducción:**

El autotrasplante renal es un procedimiento infrecuente que presenta indicaciones excepcionales y que se reserva para la resolución de casos complejos.

El objetivo es revisar las indicaciones actuales del mismo y sus objetivos terapéuticos, así como mostrar la combinación de la experiencia en cirugía del trasplante renal y de la cirugía laparoscópica avanzada

#### **Material y Métodos:**

Presentamos el caso de un varón de 56 años con antecedentes de HTA a tto con antagonistas de calcio y de cirugía radical renal en el año 2004 por carcinoma de células renales.

Tras realizar TAC abdominopélvico rutinario se evidencia masa intrarrenal de 3,5-4 cms en tercio medio y superior de riñón derecho sugestiva de carcinoma

#### **Resultados:**

Ante los resultados radiológicos se propone para autotrasplante renal asistido por laparoscopia.

En un primer tiempo se realizó nefrectomía derecha laparoscópica clásica en decubito lateral y mediante abordaje transperitoneal.

Tras la disección del pedículo vascular y del uréter, se realizó disección de vasos ilíacos externos y posteriormente se colocó dispositivo manoasistida para la extracción del injerto.

En cirugía de banco, el injerto fue profundido con Ringer Lactato a 4<sup>o</sup> C y protegido con isquemia fría mediante hielo pilé.

Se realizó exéresis de la masa intrarrenal, cierre de la vía urinaria con sutura continua y aproximación de bordes con puntos sueltos e interposición de malla de celulosa.

En un segundo tiempo se realizó autotrasplante en FID con anastomosis terminolateral en arteria y vena renal y reimplante ureteral mediante técnica extravascular de Lich-Gregoir.

El tiempo quirúrgico fue de 6 horas y 10 minutos, y el tiempo de isquemia global del injerto de 118 minutos. El sangrado fue de 600cc y la hospitalización de 14 días.

Como complicaciones postoperatorias presentó una NTA y un hematoma en lecho quirúrgico que se trataron de manera coservadora

## comunicaciones orales

El estudio anatomopatológico reveló un adenocarcinoma renal de células claras grado II de Furhman de 3,5 cms de diámetro.

En el periodo de seguimiento durante 11 meses el eco-doppler y la gammagrafía demostraron la ausencia de complicaciones vasculares, presentando en el último control una creatinina de 1,53 y ausencia de recidiva tumoral.

### Conclusiones:

El autotrasplante renal asistido por laparoscopia puede ser la mejor opción de tratamiento en casos complejos de tumores renales en pacientes monorrenos, si se cuenta con experiencia en cirugía laparoscópica, vascular y de trasplante renal.

## comunicaciones orales

### RECIDIVA Y PROGRESIÓN DEL CARCINOMA IN SITU DE VEJIGA PRIMARIO TRATADO CON BCG.

López García Sabela, Carballo Quintá Manuel, Freire Calvo Jacobo, León Ramírez Daniel, Rey Rey Jorge, Barros Rodríguez J. Manuel, Benavente Delgado Juan, Ojea Calvo Antonio

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo-Hospital Xeral*

#### Introducción y Objetivos:

Determinar el porcentaje de recidiva y progresión de los pacientes diagnosticados de carcinoma in situ de vejiga primario (Cis), después de tratamiento con Bacilo de Calmette-Guerin (BCG).

#### Material y Métodos:

Hacemos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de Cis entre 1982 y 2009 tratados con BCG. Las instilaciones de BCG no fueron homogéneas: a los pacientes diagnosticados antes de 1993 se les administraron seis dosis semanales de BCG Pasteur 120 mg; a los diagnosticados entre 1993 y 2002 se les administró 6 dosis semanales de BCG Connaught 81 mg; los pacientes diagnosticados después de 2002 recibieron 6 instilaciones de BCG Connaught de 28 mg. En caso de recidiva de Cis en menos de 3 meses, recibían un segundo ciclo de BCG similar al anterior. Para la evaluación de resultados se practicaban cistoscopia y citología, cada 3 meses el primer año, cada 4 el segundo año, cada 6 meses el tercero y cada 12 posteriormente. Analizamos la recidiva tumoral, la progresión hacia un tumor vesical infiltrante y el tiempo hasta recidiva y hasta progresión.

Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS 17.0

#### Resultados:

De un total de 1552 tumores vesicales, se diagnosticaron 25 Cis primarios, que representan un 1,6 % del total. De éstos, 21 fueron varones (87,5%) y 3 mujeres (12,5%). La media de edad fue de 67 años, rango entre 50-87 años. El tiempo medio de seguimiento fue de 58,46 meses, con un rango entre 8-154 meses. El porcentaje de recidivas fue de 70,8% (17 pacientes): 25 % (6 pacientes) fueron recidivas de igual o menor grado y 45,8% (11 pacientes) progresión de la enfermedad hacia un tumor infiltrante. El tiempo libre de enfermedad desde la instilación de BCG hasta la recidiva a tumor de igual o menor grado fue de 9,33 meses, rango entre 5-12 meses. Y el tiempo que transcurrió hasta la progresión a enfermedad avanzada fue de 32,91 meses, rango entre 9-78 meses.

#### Conclusión:

El 70,8% de los pacientes tratados con BCG por Carcinoma in situ primario de vejiga, recidivan en un tiempo medio de 27,33 meses.

Palabras clave: Cis. BCG. Progresión

# comunicaciones orales

## INCONTINENCIA MASCULINA

Pena Outeiriño J.M.

*Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología .HH.UU. Virgen del Rocío de Sevilla*

Con esta comunicación se pretende hacer una revisión de cuales son las causas de la incontinencia masculina, los diferentes tipos de incontinencia así como las posibilidades de tratamientos dependiendo de la severidad y tipo de incontinencia.

La incontinencia urinaria es el producto de dos enfermedades genéricas: Las anomalías de almacenamiento y anomalías esfinteriánas.

En el varón, la causa mas frecuente de incontinencia urinaria es la lesión esfinteriána secundarias a cirugía prostática, benigna o maligna, lesiones traumáticas o alteraciones neurológicas

## comunicaciones orales

### ANÁLISIS DE RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA CON BANDAS TRANSOBTURADORAS

San Juan Salas A, Flores Aznar E, Pena Outeiriño JM, Lozano Blasco JM, Ortega Seda CJ, Rodríguez Pérez AJ, Merchán Felipe I, Medina López RA.

*Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología. Servicio de Ginecología y Obstetricia. HHUU Virgen del Rocío. Sevilla*

#### Introducción:

La incontinencia urinaria es una patología frecuente en la mujer, que suele asociarse al prolapso de órganos pélvicos (POP) afectando de manera importante a su calidad de vida.

#### Objetivos:

Analizar los resultados en la corrección de la incontinencia urinaria mediante la colocación de bandas transobturadoras (TOT) valorando la influencia del tipo de incontinencia a tratar (esfuerzo o mixta) y la asociación o no de cirugía correctora del POP.

#### Material y Métodos:

Estudio retrospectivo desde Enero de 2006 a Diciembre de 2009 en 386 mujeres intervenidas de incontinencia urinaria (IU) mediante colocación de TOT. La media de edad fue de 58,2 años (37-82) y el seguimiento mínimo de 12 meses.

290 mujeres (75%) presentaban IU de esfuerzo y 96 (25%) IU mixta con predominio de esfuerzo. En 244 pacientes (63%) se realiza exclusivamente colocación de banda mientras que en 142 (37%) se asocia a cirugía correctora de POP.

Evaluamos la aparición de continencia (seca) tras cirugía, y en caso contrario, la mejoría subjetiva por parte del paciente de su incontinencia urinaria inicial. Los resultados han sido analizados mediante el test estadístico chi cuadrado.

#### Resultados:

La tasa de éxito (continencia) fue del 80%. El 9% de casos obtiene “mejoría” subjetiva pese a la no curación, 7% refiere encontrarse “igual” y el 4% “peor”.

Al desglosar los resultados, no se observa diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,301$ ) en cuanto a la asociación o no de cirugía del POP. Por el contrario, si las encontramos ( $p=0,023$ ) en función del tipo de incontinencia que se trate.

## comunicaciones orales

|               | Continente (seca) | No continente |          |         |
|---------------|-------------------|---------------|----------|---------|
|               |                   | Mejor         | Igual    | Peor    |
| Total (386)   | 312 (80%)         | 36 (9%)       | 25 (7%)  | 13 (4%) |
| TOT (244)     | 203 (83%)         | 18 (8%)       | 16 (6%)  | 7 (3%)  |
| TOT+POP (142) | 109 (77%)         | 18 (13%)      | 9 (6%)   | 6 (4%)  |
| IUE (290)     | 240 (83%)         | 29 (10%)      | 13 (4%)  | 8 (3%)  |
| IUM (96)      | 72 (75%)          | 7 (7%)        | 12 (13%) | 5 (5%)  |

### Conclusiones:

En nuestra serie, los resultados en el tratamiento de la IU mediante TOT fueron superiores en aquellas pacientes con IU de esfuerzo frente a IU mixta. La asociación de la cirugía del prolapso y del TOT no influye en los resultados obtenidos en nuestro estudio.

Palabras clave: Incontinencia urinaria. TOT. Prolapso.

## comunicaciones orales

### EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA

Pena Outeiriño J.M., Medina López R., Torrubia Romero F.

*Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología. HH.UU. Virgen del Rocío . Sevilla*

En esta comunicación presentamos los estudios realizados valorando los resultados de la Prostatectomía radical robótica (PPR) comparada con la laparoscópica (PRL) y la abierta.

#### Material:

Se han analizado las 169 prostatectomías robóticas realizadas en el Hospital Virgen del Rocío y Carlos Haya con 93 Laparoscópicas de Reina Sofía y San Juan de Dios y 69 abiertas de Virgen de las Nieves y Virgen de la Victoria, valorando :

Estancia Hospitalaria

Remisiones y progresión bioquímica

Márgenes quirúrgicos

Calidad de vida mediante cuestionario SF36

Disfunción eréctil mediante cuestionario IIEF

Continencia urinaria mediante cuestionario ICIQ-SF

#### Resultados:

La casuística y tiempos de seguimiento pueden ser insuficientes, por lo que deben ser considerados como preliminares

Como dato obtenidos podemos afirmar que la Prostatectomía Radical asistida por Robot (PRR):

- 1.- Permite un aprendizaje mas rápido y seguro que la laparoscópica
- 2.- La PPR es menos dolorosa y por lo tanto más confortable
- 3.- Las técnicas laparoscópicas (PPR y PRL) permiten una más temprana incorporación a la vida laboral
- 4.- La función Eréctil es mejor en el grupo de Robótica que en cualquiera de las otras dos.
- 5.- La continencia se comporta de un modo similar en la cirugía robótica que en la abierta, con un cierta ventaja a la laparoscópica, al primer mes
- 6.- Los equipos con experiencia previa en cirugía laparoscópica incorporan con mayor facilidad la técnica robótica

#### Comentarios:

Creemos muy relevante el considerar que la incorporación de los sistemas robóticos a los diferentes centros ampliará de forma contundente la oferta de la cirugía mínimamente invasiva para el paciente con cáncer de próstata al facilitar a los urólogos el aprendizaje de una técnica que, por su dificultad, ha quedado restringida a uno pocos centros



## comunicaciones orales

### ¿HAY DIFERENCIAS ENTRE LOS CÁNCERES DE PRÓSTATA DIAGNOSTICADOS CON UNA BIOPSIA, CON LOS DIAGNOSTICADOS CON MÁS DE UNA BIOPSIA?

Daniel León Ramírez, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Arturo Alonso Rodrigo, Benito Rodriuez Iglesias, Antonio Ojea Calvo.

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Chuvi). Hospital Xeral*

#### Objetivo:

El objetivo es determinar si los cánceres de próstata que necesitan varias biopsias para ser diagnosticados se comportan en el tiempo de forma diferente a los diagnosticados con una biopsia y por lo tanto el número de biopsias previas al diagnóstico sería un factor pronóstico.

#### Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de 618 pacientes con cáncer de próstata a quienes se le practicó prostatectomía radical, se dividieron en 2 grupos: Grupo A, 526 pacientes diagnosticados con una biopsia y Grupo B, 92 pacientes que precisaron más de una biopsia para el diagnóstico. La biopsia fue ecodirigida en todos los pacientes con un mínimo de 10 cilindros. El Nº de biopsias para el diagnóstico en el Grupo B, 75 pacientes 2 biopsias, 12 pacientes 3 biopsias, 4 pacientes 4 biopsias y 1 paciente 6 biopsias; edad media Grupo A, 64 (47-78) años y Grupo B, 64 (47-76) años; tiempo medio de seguimiento Grupo A, 115 (3-490) meses y Grupo B, 82 (3-418) meses; PSA medio Grupo A, 8 (1-70) ng/ml y Grupo B, 8 (4-36) ng/ml; Porcentaje de T1c Grupo A, 440 (84%) y Grupo B, 85 (92%). Se compara, cáncer localizado en la próstata (pT2) y recidiva bioquímica en los 2 grupos.

#### Resultados:

El tumor estaba localizado en el Grupo A 387/526(73.6%) y en el Grupo B 86/92(93.5%) pacientes ( $p=0.000$ ). La recidiva bioquímica en el Grupo A fue de 129/526(24.5%) y en el Grupo B 13/92 (14.1%) pacientes ( $p=0.029$ ). Sin embargo, las curvas de Kaplan-Meier y Tet de Log-Rank no muestran diferencias significativas en cuanto a la recidiva bioquímica entre los dos grupos ( $p=0.105$ ). La regresión de Cox tampoco muestran diferencias significativas en cuanto a la recidiva bioquímica en ambos grupos; el Riesgo Relativo (IC 95%) en el Grupo A es de 1.584 (0.895-2.8059) ( $p=0.1149$ ).

#### Conclusiones:

Aunque inicialmente los cánceres de próstata que precisan más de una biopsia para el diagnóstico parece que tienen mejor pronóstico que los que se diagnostican con una biopsia, con el tiempo el pronóstico en cuanto a recidiva bioquímica es el mismo.

Palabras clave: Cáncer de próstata, Biopsia de próstata, Factores pronósticos

## comunicaciones orales

### ¿SE DEBE CONTINUAR EL DESPISTAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN MAYORES DE 75 AÑOS?

Daniel León Ramírez, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Maximino Castro Iglesias, José M Barros Rodríguez, Antonio Ojea Calvo.

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (Chuvi). Hospital Xeral*

#### Introducción:

El impacto del despistaje del cáncer de próstata en mayores de 75 años es desconocido. Por otra parte, la esperanza de vida disminuye 6-8 años en los pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo (D´amico). Nuestro objetivo es evaluar si continuar el despistaje del cáncer de próstata en  $\geq 75$  años puede influir en la esperanza de vida de estos pacientes.

#### Material y Métodos:

Realizamos un estudio de cohorte con 582 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata por biopsia prostática ecodirigida entre 2007-2010, estos pacientes fueron estratificados en 2 grupos según su edad: pacientes  $< 75$  y pacientes  $\geq 75$  años. Las variables analizadas fueron score Gleason de la biopsia y pieza, PSA al diagnóstico, estadio clínico, estadio patológico en los pacientes que se operaron y riesgo de enfermedad (D´amico), para el análisis estadístico se hizo un estudio univariante para comparar ambos grupos y un análisis de regresión logística (IC 95%) para determinar el riesgo de cáncer de próstata de alto riesgo en pacientes  $\geq 75$  años.

#### Resultados:

El grupo de pacientes  $< 75$  años estaba conformado por 484 (83.2%) y el grupo  $\geq 75$  años por 98 (16.8%). Los pacientes  $\geq 75$  años tienen cáncer de próstata de mayor estadio clínico ( $p=0.001$ ), mayor score de Gleason ( $p<0.001$ ), mayor PSA al diagnóstico ( $p<0.001$ ) y menor frecuencia de enfermedad órgano-confinado que los pacientes  $< 75$  años. El análisis de regresión logística muestra que los pacientes  $\geq 75$  años tienen más riesgo (OR=2.45,  $p<0.001$ ) de desarrollar cáncer de próstata de alto riesgo en comparación con los pacientes  $< 75$  años [IC 95% 1.51-3.96].

#### Conclusión:

Los pacientes  $\geq 75$  años tienen mayor probabilidad de presentar cáncer de próstata de alto riesgo, por lo tanto discontinuar el despistaje de cáncer de próstata en este grupo etario podría disminuir sus expectativas de vida.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Screening. Diagnóstico precoz.

## comunicaciones orales

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS NEOPLASIAS TESTICULARES EN EL ÁREA SANITARIA DE FERROL EN EL PERÍODO 2000-2010

Javier Pereira Beceiro, Andrés Rodríguez Alonso, José Manuel Janeiro Pais, Alfonso González Blanco, Carlos Bonelli Martín, Pilar Rodríguez Souto, José Lorenzo Franco, Miguel Ángel Cuerpo Pérez

*Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña.*

#### Objetivos:

Analizar las neoplasias testiculares diagnosticadas en el Área Sanitaria de Ferrol en el período 2000-2010, desde el punto de vista epidemiológico y resultados oncológicos.

#### Material y Métodos:

Pacientes (n=31) a los que se les diagnostica neoplasia testicular en el Área Sanitaria de Ferrol entre enero de 2000 y diciembre de 2010. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo expresando las variables cuantitativas como media  $\pm$  desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su 95% IC. La supervivencia global y cáncer-relacionada fueron analizadas con la metodología Kaplan-Meier.

#### Resultados:

La media de edad fue  $32,79 \pm 11,97$  años (11-67). En 17 casos la neoplasia era derecha (54,83%) y en 14 izquierda (45,17%). El tamaño ecográfico medio de la lesión al diagnóstico fue de 3,85 cm (0,5-13). Marcadores elevados: AFP en 9 pacientes (29,03%), BHCG en 14 (45,16%) y LDH en 6 (19,35%). Categoría So en 12 pacientes (38,7%), S1 en 18 (58,1%) y S2 en 1 (3,2%). La categoría pT más frecuente hallada fue la pT1 en 14 casos (45,2%), seguida de la pT2 en 11 casos (35,5%), pT3 en 2 (6,5%), pTo 2n 2 (6,5%) y pTis en 1 (3,2%). Estadio 1a en 13 pacientes (41,9%), 1b en 7 (22,6%), 2a en 2 (6,5%), 2b en 2 (6,5%), 2c en 1 (3,2%), 3a en 1 (3,2%), 3b en 1 (3,2%), y 3c en 2 (6,5%). A nivel anatomopatológico en 15 casos el diagnóstico fue seminoma (48,4%), en 15 tumor no seminoma (48,4%), y en 1 caso tumor no germinal (mesotelioma maligno, 3,2%). Se analiza tratamiento quimioterápico y radioterápico adyuvante. Se analizan recidivas y su causa. Muerte cáncer relacionada en 1 caso (3,22%). La mediana de seguimiento fue de 47,04 meses (6,66-130,36). La supervivencia cáncer relacionada en el grupo de pacientes de seminoma fue del 100% a los 130 meses, y en el grupo de no seminoma fue del 92,9% a los 117 meses.

#### Conclusiones:

En nuestro Área sanitaria, los tumores seminomatosos tienen una incidencia similar a los no seminomatosos, con una supervivencia media muy alta.

## comunicaciones orales

### ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS, ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES DE NUESTRA SERIE EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Higinio Rodríguez Núñez, Miguel Devesa Múgica, Antonio Selas Pérez, Francisco Llovo Taboada, Vicente García Riestra, M<sup>a</sup> Luisa Fernández García, José Díaz Bermúdez, Manuel Ruibal Moldes

#### Objetivos:

La prostatectomía radical es el tratamiento quirúrgico de referencia para el cáncer de próstata localizado.

Tras iniciar nuestro programa de prostatectomía radical laparoscópica en Septiembre de 2009 con más de 200 casos, realizamos un análisis de los resultados quirúrgicos, oncológicos y funcionales de nuestra serie.

#### Material y Métodos:

Se realiza un estudio observacional, descriptivo y longitudinal de una serie de casos realizados en nuestro servicio desde Septiembre de 2009 y Diciembre de 2010 con un seguimiento al menos de 6 meses.

Se recogen los datos de las siguientes variables: edad, PSA al diagnóstico, volumen prostático, sangrado operatorio, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria postoperatoria, complicaciones quirúrgicas, así como estadio clínico, resultado anatomopatológico y márgenes quirúrgicos para su posterior análisis con el programa estadístico SPSS. Se evalúan la supervivencia global y libre de recidiva bioquímica.

#### Resultados:

Se analizaron 121 prostatectomías radicales laparoscópicas con una edad media de 63,3 años (rango 47-77). El volumen medio prostático 52,5 cc (17-167) y PSA medio de 7,12 ng/ml (2,75-29,6).

El tiempo quirúrgico medio fue de 177 minutos (rango 90-320). La tasa de sangrado medio fue de 435cc (rango 200-1600) con 12 transfusiones intraoperatorias.

La mediana de estancia postoperatoria fue de 3 días (rango 2-12).

Se presentaron 2 complicaciones intraoperatorias: lesión cúpula vesical (1 p.) y lesión rectal (1 p.) y 8 complicaciones mayores postoperatorias: hematoma pélvico (3 p.), hematoma abdominal por lesión de vasos epigástricos (1 p.), trombosis venosa profunda (2 p.), fístula urinaria (1 p.) y TEP (1p.)

El estudio anatomopatológico reveló pT0 en 1,66% (2 p.), pT2a en 8,33% (10 p.), pT2b-c en 70% (84 p.), pT3a en 11,66% (14 p.) y pT3b en 5,83% (7 p.). Hubo afectación de márgenes en 24,16% (29 p.).

En el periodo de seguimiento durante 20 meses se han presentado 9 complicaciones mayores con 8 estenosis de unión uretrovesical y 1 estenosis uretral.

## comunicaciones orales

La supervivencia libre de recidiva bioquímica y global se evaluó a los 3, 6, 12, 18 meses y al final del periodo, habiendo recidivado 9 pacientes y fallecido 2.

En el análisis de los resultados funcionales se evaluó la función eréctil en aquellos pacientes que se le realizó conservación neurovascular bilateral y unilateral y que preoperatoriamente presentaban capacidad para la penetración. La tasa de respuesta al final del seguimiento tras un programa rehabilitación endotelial ha sido del 53,8% en aquellos con preservación bilateral y del 37,5% en los de preservación unilateral.

### Conclusiones:

La prostatectomía radical laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva, que permite una menor estancia hospitalaria, así como una tasa sangrado y complicaciones menor, siendo los resultados funcionales y oncológicos iniciales similares a la cirugía abierta.

## comunicaciones orales

### PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL

Manuel Ruibal Moldes, Francisco Llovo Taboada, Higinio Rodríguez Núñez, José Díaz Bermúdez, Antonio Selas Pérez, M<sup>a</sup> Luisa Fernández García

#### Introducción:

El Prolapso de compartimento anterior, cúpula vaginal, o del compartimento posterior se estima que afecta en mayor o menor grado al 50% de las mujeres multiparas. El riesgo global de necesidad de cirugía se aproxima 11% de los casos.

La promontofijación laparoscópica en la corrección de los prolapsos genitales de la mujer permite una adecuada exposición de las estructuras anatómicas implicadas en el prolapso, su liberación de la pared vaginal e identificación de los puntos de anclaje de las mallas a utilizar para la corrección de los mismos. Una adecuada indicación y una técnica quirúrgica depurada permite obtener resultados muy satisfactorios. La vía laparoscópica reduce la morbilidad del abordaje abdominal pero su nivel de dificultad técnica no es bajo y requiere una amplia experiencia en cirugía laparoscópica pélvica. El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados de nuestra serie inicial de promontofijaciones vía laparoscópica.

#### Material y Métodos:

En el periodo de Enero 2010 a Marzo de 2011, hemos realizado en nuestro servicio 21 promontofijaciones vía laparoscópica, en mujeres con prolapso de órganos pélvicos. Se analizan datos de complicaciones intraoperatorias, tiempo quirúrgico, complicaciones posoperatorias, estancias hospitalarias y resultados funcionales de las pacientes.

#### Resultados:

En las 21 pacientes pudo realizarse la técnica vía laparoscópica.  
Pérdidas hemáticas <100 cc. No necesidad de transfusiones sanguíneas.  
Complicaciones intraoperatorias: 1 lesión intestino delgado, 1 apertura vesical.  
Complicaciones posoperatorias: 1 íleo prolongado.  
20 pacientes con estancia menor a 48 horas.  
El grado de satisfacción de las pacientes es elevado, con corrección del prolapso en el 100% de los casos

#### Conclusiones:

La promontofijación laparoscópica es una técnica segura, eficaz en la corrección de los POP. La vía laparoscópica reduce drásticamente su morbilidad, lo que permite posoperatorio corto y cómodo para las pacientes.