



pósters

MIOINTIMOMA DEL GLANDE DEL PENE: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Paula Portela Pereira, Iyad Barghouti, Darío Vázquez Pazos, Marcos Aller Rodríguez, Ignacio Rodríguez Gómez, Venancio Chantada Abal

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Objetivos:

El miointimoma fue descrito por primera vez en el año 2000 como una proliferación miointimal que afecta al cuerpo esponjoso del glande del pene. Presentamos un caso clínico de este diagnóstico y revisamos la literatura médica.

Material y Métodos:

Varón de 34 años sin antecedentes de interés que consulta por una única lesión nodular de consistencia firme en el glande del pene de 1 mes de evolución. No presentaba clínica acompañante ni refería historia de trauma previo en esa zona. A la exploración física solamente destacaba un nódulo menor de 1 cm de diámetro de aspecto perlado próximo al surco balano-prepucial.



Resultados:

El paciente se intervino quirúrgicamente realizándose una biopsia escisional de la lesión. Estudio anatómico-patológico: lesión de 0.9 x 0.6 x 0.4 cm en la que se demuestra una tumoración constituida por una proliferación de células fusiformes que afecta a la vasculatura del cuerpo esponjoso. Con técnica de Masson las células miointimales

pósters

presentan un citoplasma eosinófilo, separadas por colágeno basófilo. Con técnicas de inmunohistoquímica, la proliferación miointimal es inmunoreactiva para actina, vimentina y calponina. Con CD34 se delimitan las estructuras vasculares y acentúan la distribución miointimal. La S100 resulta negativa. Con estas características el diagnóstico fue de miointimoma del glándula del pene.

Conclusiones:

Se han publicado 18 casos clasificados como miointimoma desde su descripción en el año 2000. Es una tumoración mesenquimal benigna muy poco frecuente incluida en la clasificación de los tumores genitourinarios de la Organización Mundial de la Salud desde 2006. Se presenta como una masa única que afecta al glándula de varones en un rango de edad desde 2 hasta 74 años en los casos descritos; con duración del proceso desde unos pocos días hasta más de 6 meses. Su tamaño varía entre unos pocos milímetros hasta 2 cm. Nuestro paciente no presenta recidiva tumoral tras 6 meses de seguimiento después de la extirpación completa, lo que apoya su naturaleza benigna.

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LOS GRUPOS DE RIESGO EN NUESTRA SERIE DE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Iyad Barghouti, Antón Zarraonandia Andraca, Paula Portela Pereira, Javier Casas Nebra, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal

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

Objetivos:

Analizar la tendencia de nuestra serie de prostatectomía radical en base a la evolución de grupos de riesgo (NCCN) detectados en esta misma serie.

Materiales y Métodos:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo formado por 1210 pacientes con cáncer de próstata a los que se practicó prostatectomía radical entre 1996 y 2008. Se excluyeron los casos que no tenían PSA, estadiaje, Gleason, o aquellos que recibieron tratamiento neoadyuvante; analizándose 950 casos. Utilizamos el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para analizar las variables y su cambio por periodos de tiempo.

Resultados:

La edad media fue de 65,9 (43-79) años, PSA medio 8,1 ug/dl (± 8), densidad de PSA (dPSA) 0,2 ($\pm 0,27$), Gleason preoperatorio 6,1 ($\pm 0,9$) y el porcentaje de cilindros positivos fue 30% ($\pm 18,7$). Según el estadio clínico 784 (82,5%) era <cT2a, 163 (17%) cT2a-c y 11 (1,1%) cT3. Según el grupo de riesgo de la NCCN versión 2010, 204 (21,3%) eran muy bajo riesgo, 226 (23,6%) bajo riesgo, 343 (35,8%) intermedio y 186 (19,4%) alto. Se demuestra una mejoría significativa en la disminución de todas las variables analizadas, así como en la agrupación de riesgo NCCN.

Grupos de Riesgo	Muy Bajo	Bajo	Intermedio	Alto
1996-1999	9 (6,2%)	32 (21,8%)	63 (43,2%)	42 (28,8%)
2000-2002	42 (17,7%)	57 (24,1%)	82 (34,6%)	56 (23,6%)
2003-2005	50 (21,5%)	52 (22,3%)	84 (36,1%)	47 (20,2%)
2006-2008	103 (30%)	85 (24,8%)	114 (33,2%)	41 (12%)
TOTAL	204 (21,3%)	226 (23,6%)	343 (35,8%)	186 (19,4%)

$p < 0.0001$

Conclusión:

Se demuestra disminución de los grupos de riesgo con el paso del tiempo. Sin embargo, un porcentaje importante de pacientes sigue presentando tumores agresivos en grupos de riesgo medio y alto. Por lo tanto, debemos seguir esforzándonos para lograr la mejor detección de tumores.

pósters

REVISIÓN DE NUESTRA SERIE RECIENTE DE IMPLANTES DE PRÓTESIS DE PENE.

Darío Vázquez Pazos, Marcos Torres Roca, Juan Andrés González Dacal, Paula Portela Pereira, Dolores Rey Fraga y Venancio Chantada Abal.

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

Introducción:

El implante de una prótesis de pene es una alternativa a tener en cuenta en pacientes con disfunción eréctil refractaria a fármacos orales e inyecciones intracavernosas (primeras líneas del tratamiento habitual para la DE). La selección de candidatos (estado general y comorbilidades asociadas) es crucial para que el implante tenga éxito.

Materiales y Métodos:

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes sometidos a un implante de prótesis de pene entre agosto de 2004 y febrero de 2010.

Resultados:

Se presentan los resultados de estos pacientes. El período de estudio es de seis años y el seguimiento mínimo de uno.

El número de implantes realizados fue de 30 (23 primeros implantes y 7 recambios). La edad media que presenta la serie es de 59 años (rango: 29 - 77). El tipo de prótesis implantada mayoritariamente fue el de 3 elementos (73% de los casos). Entre las enfermedades asociadas a la DE o causantes de ella, destacan la dislipemia, la HTA y el Peyronie, presentes en el 46%, 40% y 36% de los pacientes respectivamente. Se realizó estudio del estado vascular con ecografía doppler de pene al 60% de los pacientes (demostrándose en el 56% de ellos déficit arterial). La práctica totalidad habían realizado pruebas terapéuticas previas al implante con IPDE5 y con alprostadil IC. En cuanto a las complicaciones, la más frecuente fue el dolor al inicio de la manipulación de la prótesis. Se precisó reintervenir a 3 pacientes. La tasa de retirada protésica fue del 10% (3 casos). El 60% de los pacientes de nuestra serie manifiesta estar satisfecho o muy satisfecho con el implante de la prótesis.

Conclusiones:

El implante de una prótesis de pene representa una alternativa óptima en casos de refractaria. Es fundamental la selección de los pacientes para que el implante tenga éxito (ausencia de contraindicaciones quirúrgicas, pacientes motivados y bien informados y con la suficiente habilidad manual e intelectual para el correcto manejo del dispositivo). En nuestra serie alcanzamos un elevado nivel de satisfacción con una tasa de complicaciones asumible.

EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS.

Carballo Quintá M, Freire Calvo J, León Ramírez D, López García S., Rodríguez Iglesias B., Barros Rodríguez J.M, Ojea Calvo A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

Introducción:

El liposarcoma es una neoplasia de origen mesenquimal poco común, que representa el 0.1% de todas las neoplasias del organismo y entre el 20 y el 30% de los tumores retroperitoneales. El liposarcoma retroperitoneal es un tumor con una alta agresividad local que, unida a una expresividad clínica tardía inherente a su localización, lo convierte en una entidad de mal pronóstico.

Materio y Métodos:

Presentamos dos casos de liposarcoma retroperitoneal: caso 1. Se trata de una mujer de 31 años de edad con historia de molestias dolorosas en hipocondrio derecho de 2 años de evolución. El diagnóstico de presunción se efectuó mediante TC abdominopélvico con contraste. El tratamiento fue exéresis laparoscópica del tumor. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de liposarcoma retroperitoneal bien diferenciado. Macroscópicamente se describía una pieza de 9x5.5x3 cm con márgenes negativos. No se administró tratamiento adyuvante con radioterapia por los datos histopatológicos favorables. En el TC de control no se detecta recidiva local ni extensión a distancia. Caso 2. Se trata de un paciente varón de 71 años de edad que incidentalmente, en el estudio de cólico nefrítico secundario a litiasis renal, se detectó tumor retroperitoneal de partes blandas. La RM confirmó las características lipomatosas de la tumoración. El tratamiento fue la extirpación laparoscópica de la grasa retroperitoneal incluyendo el tumor. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de neoplasia lipomatosa atípica. Macroscópicamente el tumor estaba incluido en una pieza de 10x12.5x3 cm y medía 3.5x2.5x2 cm sin relación clara con otras estructuras definidas. En el TC de control no se detectó recidiva local ni extensión a distancia.

Discusión:

La clínica de debut del liposarcoma retroperitoneal en los dos casos expuestos es coherente con lo manifestado en la mayoría de las series de la bibliografía revisada, siendo el dolor abdominal difuso y la masa abdominal palpable las manifestaciones clínicas más frecuentes, si bien, últimamente debido al incremento del uso de las técnicas de imagen, se ha incrementado el diagnóstico incidental. De acuerdo con

pósters

lo aceptado en la literatura como único tratamiento potencialmente curativo, se ha practicado en ambos pacientes, exéresis amplia de la masa tumoral, obteniéndose en los dos casos, márgenes libres de enfermedad en el estudio anatomopatológico. El abordaje quirúrgico utilizado en ambos casos ha sido el laparoscópico con resultado satisfactorio.

Conclusión:

La cirugía con la resección completa del tumor es la mejor opción de tratamiento del liposarcoma. La cirugía laparoscópica reproduce la cirugía abierta con las mismas garantías pero con menos morbilidad.

VARIABLES DE SELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO FOCAL EN CÁNCER DE PRÓSTATA Y PORCENTAJE DE PACIENTES SUCEPTIBLES PARA EL MISMO.

López García Sabela, Carballo Quintá Manuel, Freire Calvo Jacobo, León Ramírez Daniel, Rey Rey Jorge, Alonso Rodrigo Arturo, Rodríguez Iglesias Benito, Ojea Calvo Antonio

Hospital Xeral de Vigo

Introducción y objetivos:

Identificar alguna variable que nos permita seleccionar a los pacientes adecuados para un tratamiento focal y el porcentaje de pacientes beneficiarios de esta alternativa terapéutica.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata entre febrero de 2005 y noviembre de 2009, tratados mediante prostatectomía radical. Se analizaron las siguientes variables: PSA preoperatorio $\leq 6 / > 6$, número de cilindros positivos en la biopsia de próstata $\leq 3 / > 3$ y cilindros positivos contiguos/no contiguos. Se comparan cada una de estas variables con la focalidad del tumor en la pieza de prostatectomía radical: tumor unifocal y unilateral/ (pT2a-pT2b unifocal) y tumor multifocal o bilateral (pT2a-pT2b multifocal o tumor \geq pT2c). Se calcula el porcentaje de tumores unifocales y unilaterales.

Hacemos un análisis univariante y multivariante. El análisis estadístico se realizó con SPSS 17.0

Resultados:

El total de pacientes analizados fue 436, se excluyeron 63, analizando un total de 373 pacientes. La edad media fue de 64 años (rango 46-76). La media de PSA 7,52 ng/ml (rango 1-38). La media de Gleason 6,52 (rango 3-9). De los 373 casos analizados 64 (17%) fueron tumores unifocales y limitados a un lóbulo prostático (pT2a-pT2b unifocales) y 309 (83%) fueron tumores multifocales o bilaterales (pT2a-pT2b multifocales o \geq pT2c). En el análisis univariante las variables que predicen de forma significativa aquellos tumores que pueden ser subsidiarios de tratamiento focal son el Gleason preoperatorio ≤ 6 ($p=0,046$) y el número de cilindros en la biopsia ≤ 3 ($p=0,047$). En el análisis multivariante ninguna de las variables predice de forma significativa la focalidad del tumor en la pieza.

El 17% de los tumores son unifocales y unilaterales.

Conclusión:

En el presente estudio el 17% de los pacientes podrían ser subsidiarios de tratamiento focal. Las variables que mejor predicen esta posibilidad son el Gleason preoperatorio ≤ 6 y el número de cilindros positivos en la biopsia ≤ 3 .

Palabras clave: Cáncer de próstata. Tratamiento focal.

PSEUDOANEURISMA ARTERIAL TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal Moldes, Higinio Rodríguez Núñez, José Díaz Bermúdez, M^a Luisa Fernández García, Francisco Llovo Taboada

Servicio de Urología Complejo Hospitalario de Pontevedra. CHOP

El PAR es una complicación rara, descrita tras procedimientos renales percutáneos (biopsia renal, nefrostomía, y nefroureterolitotomía percutánea), traumatismos renales, litotricia ureteroscópica, incluso tras trasplante renal. Es poco frecuente tras una nefrectomía parcial abierta, con una incidencia del 0,43-7,9%^{1,2}. Tras una NPL, hasta la actualidad, existen 21 casos publicados de PARA.

El diagnóstico de PAR exige la sospecha clínica tras la presencia de hematuria con o sin dolor en flanco entre la 2.^a y 4.^a semana tras la NPL, debiendo realizar TC con contraste en fase arterial, venosa y excretora. La TC muestra habitualmente una imagen sacular, en la zona correspondiente al lecho quirúrgico, que capta contraste en fase arterial y no en fase venosa, ni excretora.

El tratamiento de elección del PAR en un paciente estable hemodinámicamente es la arteriografía con embolización selectiva mediante coils de la arteria sangrante, produciéndose una mínima pérdida de parénquima renal¹⁰, es una técnica con tasa de complicaciones baja comparada con las maniobras quirúrgicas, y presenta un índice de éxito mayor del 80%

Presentamos el caso de un paciente monorroño con carcinoma renal tratado mediante nefrectomía parcial laparoscópica y que reingresa a los 45 días por cuadro de hematuria macroscópica, con repercusión hemodinámica y deterioro de la función renal; tratado satisfactoriamente con embolización selectiva

DESCENSO DE PSA TRAS LA CIRUGÍA DE LA HBP. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE RESECCIÓN TRANSURETRAL, ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOIUM Y ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA.

ML. Suárez de Lis, O. Buisán Rueda, S. Bernal Salguero, I. Valverde Vilamala, M. Tapia García, J. Areal Calama, S. Bayona Arenas, L. Ibarz Servio.

Hospital Germans Trias I Pujol. Badalona. Barcelona

Introducción:

El antígeno prostático específico (PSA) se origina en las células epiteliales de la próstata. Múltiples estudios han correlacionado las cifras de PSA con el grado de obstrucción. Stamey y Lloyd correlacionaron la cantidad de tejido extraído tras la cirugía de la HBP con el descenso de PSA. Otros estudios han correlacionado el descenso duradero de PSA con la persistencia de la reducción del volumen glandular.

Objetivos:

Realizamos un estudio comparativo del descenso de PSA con las tres técnicas quirúrgicas empleadas en nuestro centro para el tratamiento de la HBP: RTUp, HoLEP y Adenomectomía Retropúbica.

Material Y Métodos:

Empleamos una cohorte de 140 pacientes intervenidos de HBP por clínica obstructiva infravesical entre Enero de 2004 y Marzo de 2009. Grupo A: 50 Adenomectomías retropúbicas. Grupo B: 50 HoLEP. Grupo C: 40 RTU prostáticas. (Tabla 1).

	RETROPÚBICA	HoLEP	RTUp
EDAD	67años	69años	69años
PSA PREOPERATORIO	6,2ng/dL	5,7ng/dL	3,5ng/dL
VOLUMEN PROSTÁTICO	99,9cc	73,58cc	48,8cc
PSA POSTOPERATORIO	1,01ng/dL	1,99ng/dL	1,33ng/dL

Se excluyeron aquellos pacientes con: PSA mayor de 15ng/mL, litiasis vesical, cirugía prostática previa, sonda vesical, tumor vesical, tratamiento con BCG, radioterapia pélvica previa, estenosis uretral y adenocarcinoma prostático. Realizamos la

pósters

comparación entre el porcentaje de reducción de PSA en los tres tipos de técnica quirúrgica mediante un ANOVA con un nivel de confianza del 95%. El análisis estadístico fue llevado a cabo mediante R 2.7.1.

Resultados:

El porcentaje de disminución del PSA es mayor para el Grupo A con una disminución media del 82,83%, seguido muy de cerca del Grupo B con una disminución media del 68,45%. Sin embargo el descenso de PSA es mucho menor en el caso del Grupo C con una disminución media del 39,74%.

Conclusiones:

No hemos hallado diferencias estadísticamente significativas en el descenso de PSA entre la Adenomectomía retropúbica y el HoLEP, pero sí entre estos dos tipos de intervención y la RTU prostática.

Si asumimos que el descenso de PSA es proporcional al descenso de volumen prostático, la enucleación con láser de Holmium extrae un volumen glandular similar a la adenomectomía retropúbica, y el mantenimiento de la mejoría funcional debe ser superponible.

Palabras Clave: HoLEP, RTUp, PSA.

MALLA DE INCONTINENCIA MASCULINA ADVANCE (AMS®): RESULTADOS FUNCIONALES.

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

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

Objetivos:

Analizar los resultados funcionales de la implantación de la malla de incontinencia masculina AdVance®, en pacientes con incontinencia urinaria tras prostatectomía radical.

Material y Métodos:

Pacientes (n=13) a los que se implantó malla transobturatriz AdVance®, por incontinencia urinaria tras prostatectomía radical, en el Área Sanitaria de Ferrol, en el período 2009-2011. La incontinencia fue clasificada en grados de severidad (0-3).

Análisis estadístico:

Se realizó un estudio descriptivo de todas las variables, siendo las cuantitativas expresadas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su 95%IC.

Resultados:

La media de edad fue $70,38 \pm 5,78$ años (61-78). En 10 pacientes se había practicado prostatectomía radical retropúbica (76,92%) y en 3 laparoscópica (23,07%). El grado medio de incontinencia preoperatoria fue $2,23 \pm 0,83$ (1-3). El seguimiento medio de los pacientes fue de $11,79 \pm 7,89$ meses (3,15-26,13). La estancia postoperatoria fue de $3,30 \pm 0,63$ (2-4). Tras la retirada de la sonda 12/13 pacientes presentaron continencia completa. El grado medio de continencia al mes fue $1,07 \pm 1,18$ (0-3) y los 6 meses fue $1,41 \pm 1,31$ (0-3). Al cabo de 6 meses 5/13 pacientes (38,46%) presentaron continencia completa y 7/13 mejoraron su continencia (53,85%). Entre los pacientes con incontinencia preoperatoria grados 1-2, se observó continencia a los 6 meses en 5/7 (71,43%), mientras que en los pacientes con incontinencia preoperatoria se observó continencia completa a los 6 meses en el 0%. La continencia completa se observó en 2/10 pacientes sometidos a prostatectomía radical retropúbica (20%) y en 3/3 pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica (100%).

Conclusiones:

La implantación de malla de incontinencia AdVance® permite obtener unas tasas globales de continencia moderadamente satisfactorias. En los pacientes con una incontinencia preoperatoria más leve se obtienen los mejores resultados

pósters

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE MONORRENA

Enrique Cespón Outeda, Enrique Comesaña Davila, Ignacio Martínez-Sapiña Llamas, Juan Mata Varela.

Servicio de Urología Hospital Meixoeiro. Complejo Hospitalario Universitario Vigo

Introducción:

En el tratamiento quirúrgico del carcinoma renal de células claras, el parénquima renal debe ser conservado siempre que sea posible en los pacientes monorrenos, siendo el tiempo de clampaje del pedículo renal, la existencia de cirugías abdominales previas, obesidad, localización y tamaño del tumor lo que decida la técnica del abordaje quirúrgico, por lo que la vía laparoscópica solo se realizará en centros con experiencia demostrada.

Caso Clínico:

Paciente monorrena, con antecedentes de nefrectomía derecha por hipernefroma hace 8 años en otro centro hospitalario. Incidentalmente se diagnostica de 2 masas corticales en riñón izquierdo de 6 y 7 cm respectivamente en tercio medio y superior

Tratamiento:

Nefrectomía parcial laparoscópica

Conclusión:

El tiempo de isquemia en la NPL es el punto más conflictivo (junto con la hemostasia) de la técnica. La progresiva depuración de la técnica laparoscópica, la mejora del arsenal quirúrgico y desarrollo agentes hemostasiantes hacen que la nefrectomía parcial laparoscópica, a pesar de todos los condicionantes expuestos, sea una técnica adecuada y oncológicamente efectiva

RELACION GRADO NUCLEAR FUHRMAN Y PROGRESION TUMORAL

Antón Zarraonandia Andraca, Darío Vázquez Martul, Francisco Gómez Veiga, Sonia Pérttega*, Iyad Barghouti, Augusto Álvarez García**, Javier Rodríguez Rivera, Luis Busto Martín, Daniel López García, Marcos Aller Rodríguez, Venancio Chantada Abala.

*Servicio de Urología, *Estadística y **Anatomía Patológica del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, España*

Objetivos:

uno de los factores pronósticos más importantes en el carcinoma de células renales (CCR) es el grado nuclear Fuhrman. Nuestro objetivo es determinar la relación en nuestra serie entre los datos de progresión de la enfermedad y el grado Fuhrman en los CCR.

Materiales Y Metodos:

realizamos un estudio retrospectivo de los CCR tratados en el Servicio de Urología de nuestro centro entre enero de 1994 y octubre de 2010. En total incluimos un total de 461 pacientes analizando los datos de edad, estadio clínico, tamaño tumoral, grado nuclear Fuhrman y evolución de la enfermedad. Los resultados fueron analizados mediante pruebas Cox y Chi-cuadrado con el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados:

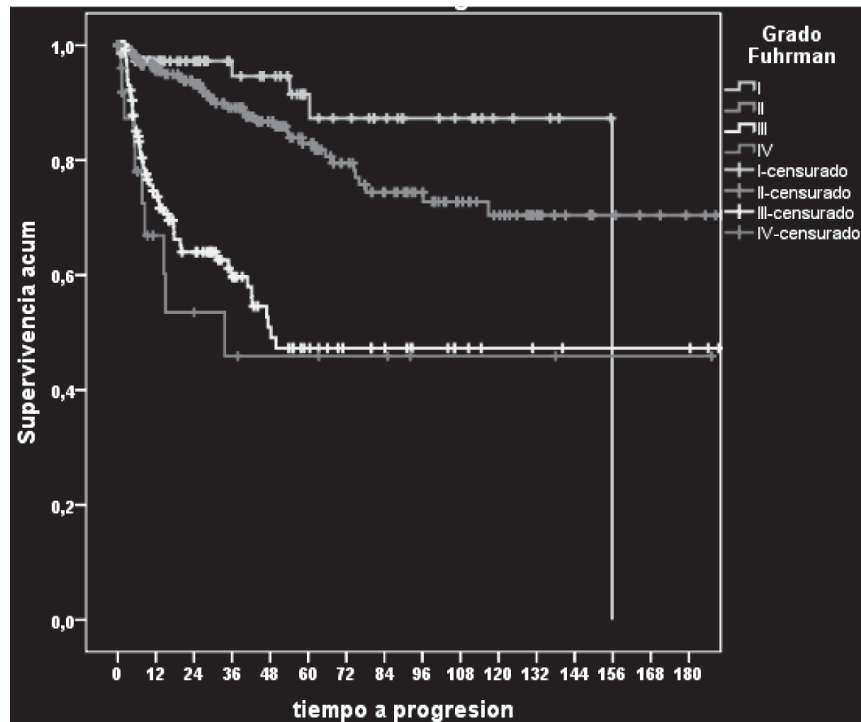
Fueron intervenidos quirúrgicamente mediante nefrectomía radical o parcial 461 pacientes. La media de edad fue de 63,65 (+/- 12,86) años. El tamaño medio en el TAC al diagnóstico fue de 6,84cm (desv. 4,9). El tiempo medio de seguimiento: 40,8+-45,94 meses (rango 7-190,56 meses)

Tabla 1: Relación entre Fuhrman y progresión

Fuhrman	Nº total	Nº progresión	Nº no progresión
I	76	6	70(92,1%)
II	232	35	197(84,9%)
III	125	48	77(61,6%)
IV	28	10	18(64,3%)
Global	461	99	362(78,5%)
P < 0,0001			

pósters

Gráfico 1: Supervivencia según grado de Fuhrman



Conclusiones:

Uno de los parámetros fundamentales para definir riesgo de progresión o valorar estrategias terapéuticas es el grado de Fuhrman. La asociación de grados mayores y pronóstico desfavorable es un argumento válido para definir posibles grupos de riesgo.

BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA EN EL MANEJO DE CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO. REVISIÓN DE NUESTRA SERIE.

Antón Zarraonandia Andraca, Javier Casas Nebra, Francisco Gómez Veiga, Marcos Torres Roca, Luis Álvarez Castelo, Luis Busto Martín, Ignacio Rodríguez Gómez, Paula Portela Pereira, Marcos Aller Rodríguez, Venancio Chantada Abal.

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

Introducción:

En todas las guías clínicas la braquiterapia de baja tasa (BBT) es una técnica aceptada para el tratamiento del cáncer de próstata (CP) localizado. El objetivo de este estudio es revisar los resultados oncológicos de nuestra serie de pacientes tratados con BBT.

Materiales y Métodos:

Entre Julio del 2001 a Octubre del 2008, de forma prospectiva se valoraron los paciente tratados con BBT. 578 pacientes fueron tratados con BBT. La edad media fue de 67,8 años (48-78), el Gleason fue ≤ 6 en 387 pacientes (66,8%), de 7 en 162 (28%) y >7 en 30 (5,2%). 290 (50,1%) pacientes eran bajo riesgo, 160 (27,6%) intermedio y 129 (22,3%) alto riesgo (según los grupos de riesgo de la NCCN). La dosis prescrita fue de 145 Gy en todos los casos. En ningún caso se realizó sobreimpresión con radioterapia externa. La progresión se definió como PSA nadir + 2 μ d/dl (criterios Astro Phoenix). La probabilidad de progresión se calculó utilizando el modelo de Cox. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados:

Con una media de seguimiento de 48,5 meses (30-115), 43 pacientes (7,4%) presentaron progresión; de los cuales 13 eran bajo riesgo, 16 riesgo intermedio y 14 alto riesgo ($p < 0,001$). Un total de 35 pacientes fallecieron (6%), 15, 10 y 10 respectivamente entre bajo, intermedio y alto riesgo. Sólo 1 paciente falleció por CP.

Tabla: Probabilidad libre de progresión

	Bajo riesgo (%)	Riesgo intermedio (%)	Alto riesgo (%)
5 años	98,5	94,4	84
10 años	97	89,5	79,2

Conclusiones:

La BBT es una buena alternativa para el tratamiento de CP localizado, particularmente en aquellos de riesgo bajo e intermedio. Considerando estos resultados, la necesidad de sobreimpresión es cuestionable, particularmente en los pacientes de riesgo intermedio.

pósters

NOMOGRAMA CLÍNICO PARA PREDECIR LA AGRESIVIDAD DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN PACIENTES CANDIDATOS A BIOPSIA RELACIONADO CON LA EDAD.

Antón Zarranandia Andraca, Juan González Dacal, Francisco Gómez Veiga, Iyad Barghouti, José Luis Ponce Díaz-Reixa, Darío Vázquez Martul, Sara Martínez Breijo, Daniel López García, Venancio Chantada Abal.

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

Introducción y Objetivos:

Actualmente el patrón oro para diagnosticar el cáncer de próstata (CP) es la biopsia de próstata (BPE). Con la introducción del PSA han aumentado el número de biopsias y la detección de mas CP, pero un importante número de estos son tumores insignificantes o tumores no candidatos a tratamiento curativo. El objetivo de este estudio es desarrollar nomogramas clínicos para predecir la agresividad del CP en pacientes con PSA entre 2,5-10 ng/dl y relación según grupo etáreo.

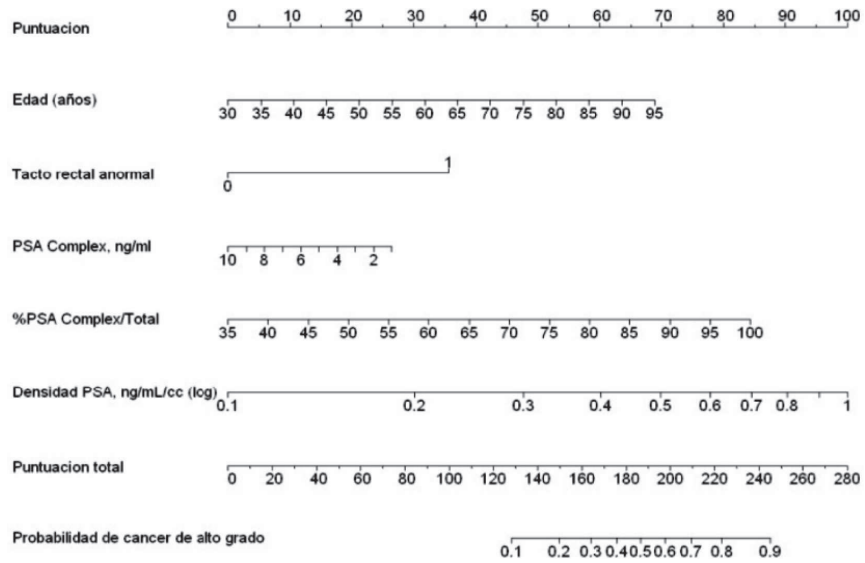
Métodos:

Entre Septiembre-2002 y Diciembre-2009 de forma prospectiva se valoraron 3098 pacientes con PSA entre 2,5-10ng/dl sometidos a primera BPE. Se realizó PSA y PSA complex (PSAc) (Centaur®) previo al TR y BPE. En todos los casos se realizó una BPE estandarizada de 10 cilindros. Se relacionaron diferentes parámetros con los resultados de la BPE, como: edad, TR, PSA, PSAc, %PSAc-PSAt y densidad de PSA. También realizamos regresión logística múltiple para valorar asociación simultánea entre las características clínicas y el resultado de la BPE. 3 posibles resultados se consideraron en la BPE: 1) CP, 2) CP de alto grado (Gleason ≥ 7) y 3) 2 o más cilindros positivos. Los nomogramas fueron desarrollados con un modelo de regresión logística y remuestreo con técnica bootstrap. Los resultados fueron ajustados a la expectativa de vida según datos de INE .El análisis estadístico se realizo con el SPSS 17.0.

Resultados:

1045 (33%) de los 3098 pacientes presentaron CP. De estos, 536 (51,3%) tuvieron un Gleason ≥ 7 y 603 (57,7%) ≥ 2 cilindros positivos. En el análisis univariante todos los factores de riesgos estudiados presentaron asociación significativa con la detección de CP. En el análisis multivariante hubo mayor asociación entre mayor edad, TR alterado, mayores valores de PSAc, % PSAc-PSAt y densidad de PSA con mayor probabilidad de CP o mayor agresividad. Tres nomogramas fueron construidos para predecir la presencia de 1, 2 o 3. Estos predicen los resultados de la BPE de forma adecuada con posibilidad de 0.76, 0.81 y 0.78 para 1,2 y 3 respectivamente.

pósters



Conclusiones:

Los nomogramas fueron confeccionados para predecir el diagnóstico de CP y su agresividad en pacientes con PSA entre 2,5-10ng/dl. Estas herramientas son de ayuda para poder definir el riesgo de CP de forma individualizada y tomar mejores decisiones.

UTILIDAD DE BIOPSIAR SISTEMÁTICAMENTE EL ÁPEX EXTREMO PROSTÁTICO PARA EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.

Freire Calvo J., Carballo Quinta M., León Ramírez D., López García S., Rey Rey J., Rodríguez Iglesias B., Barros Rodríguez J.M., Ojea Calvo A.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral Cíes

Objetivo:

Determinar si se incrementa el diagnóstico de cáncer de próstata cuando se realiza Sistemáticamente la biopsia de ápex extremo.

Material y Métodos:

Análisis prospectivo de 100 pacientes con sospecha de cáncer de próstata, sometidos a biopsia prostática. Se estratifican en dos grupos: grupo A, 50 pacientes analizados sin inclusión de ápex extremo en la biopsia ecodirigida, que incluye 12 cilindros: Ápex interno y externo, media interna y externa, base interna y externa en ambos lóbulos prostáticos. Grupo B: 50 pacientes estudiados en los que se incluyó ápex extremo: 14 cilindros: ápex interno y externo, media interna y externa, base interna y externa y ápex extremo (bilaterales). Se define ápex extremo como el cilindro extraído por una aguja cuyo trayecto es tangencial al ápex.

Características de los pacientes: mediana de edad grupo A 63,5 años (49-82) y grupo B 64 (49-89); Mediana de PSA grupo A 5,5 (4-25) y grupo B 6,3 (4-32); Gleason en la biopsia, mediana grupo A 7 (6-9) y grupo B 7 (6-7). Se analiza si se incrementa el diagnóstico histológico de cáncer de próstata al incluir el ápex extremo en la biopsia.

Resultados:

En el grupo A 23 (46%) biopsias presentaron cáncer de próstata y en el grupo B 19 (38%). De los pacientes del grupo B con biopsia positiva 9 (18%) presentaban cáncer en la muestra de ápex extremo y de éstos tan sólo 1 (2%) únicamente el ápex extremo. La comparación entre ambos grupos con respecto al rendimiento de la biopsia mediante metodología Chiz no evidenció diferencias estadísticamente significativas ($p=0,418$).

Conclusión:

La sistematización de la biopsia de próstata incluyendo ápex extremo no demuestra mejoría en su rendimiento. Solamente el 2% de los pacientes quedarían sin diagnosticar si no se incluye el ápex extremo.

Palabras Clave: Cáncer de próstata, diagnóstico, ápex extremo.