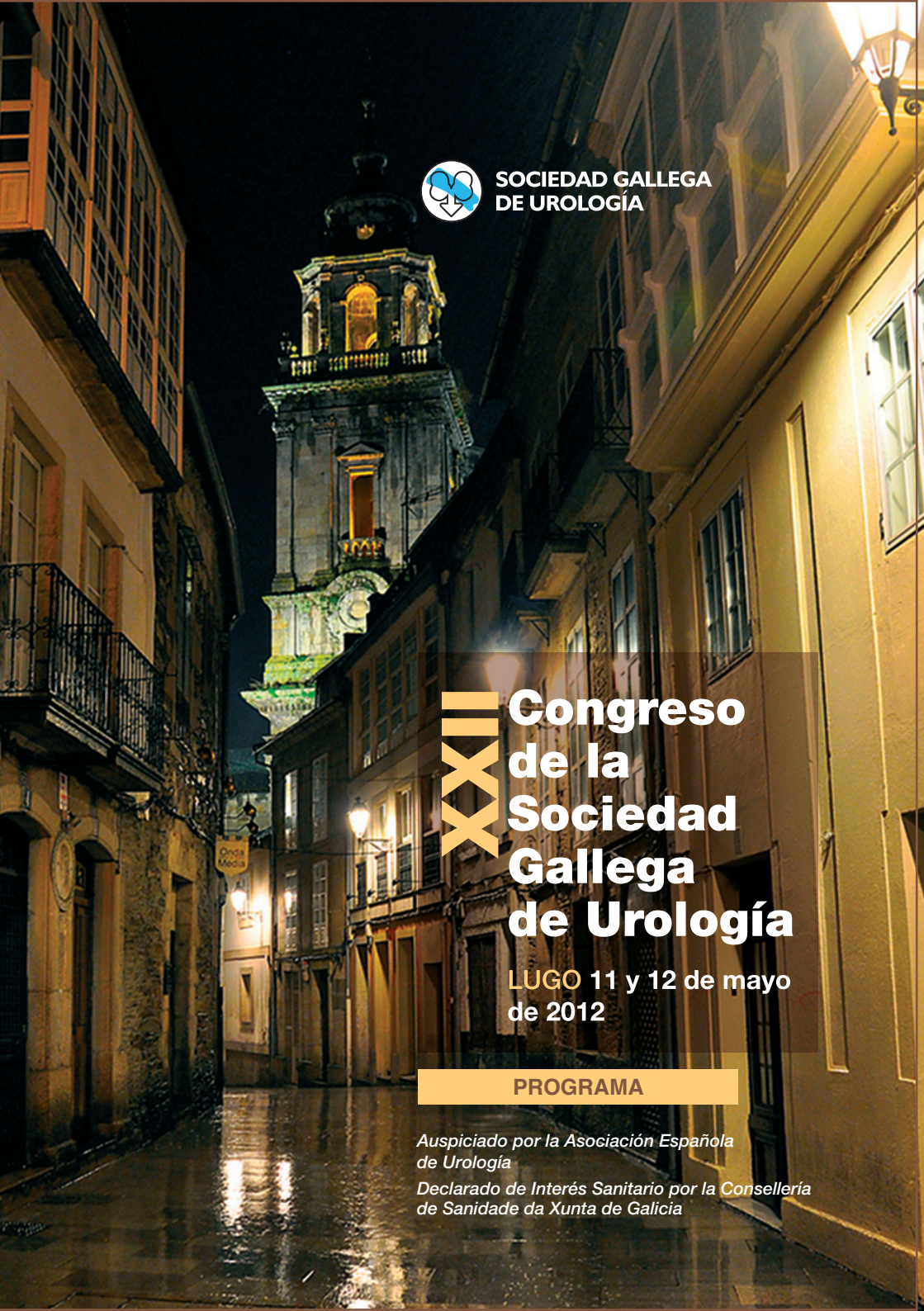

SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

LUGO 11 y 12 de mayo de 2012

PROGRAMA

Auspiciado por la Asociación Española de Urologia

Declarado de Interés Sanitario por la Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

XUNTA DE GALICIA
DELEGACIÓN TERRITORIAL DE LUGO
Xefatura Territorial da Consellería de Sanidade

Rúa Montevideo, 9
27001 LUGO
Teléfono 982 29 20 86

Nº de expediente: SA301A 2012/7-2

Vista a solicitude co rexistro de entrada neste departamento territorial nº 2012/3490 de data 10/02/2012, e formulada por GALLEGA EXPOSICIONES Y CONGRESOS, S.L., na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para CONGRESO , organizado por SOCIEDADE GALEGA DE UROLOGÍA

RESULTANDO: Que o informe do Servizo de Xestión emítese en sentido favorable ao solicitado.

CONSIDERANDO: Que este Departamento Territorial de Sanidade da Lugo é competente para coñecer e decidir sobre a cuestión proposta de conformidade co disposto no artigo 2º da Orde do 7 de maio de 1992, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico, e o Decreto 310/2009, do 28 de maio, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade.

Vistos os preceptos legais citados e demais de xeral aplicación:

RESOLVO:

1º.- Outorgar o recoñecemento de interese sanitario a XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA , organizado por SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA , que se vai celebrar en Lugo dende o 11 de maio ata o 12 de maio .

2º.- Ordear a súa inclusión no rexistro de actos, reunións, cursos, congresos e xornadas do Servizo de Xestión.

O dito recoñecemento, segundo o disposto no artigo 6º da orde citada, implica a obriga para o comité organizador ou, en todo caso, os órganos de dirección da asociación ou entidade organizadora do acto, de remitir a este departamento territorial, no prazo de dous meses a partir da data do remate do acto, as conclusións ou acordos adoptados.

Contra esta resolución poderá interpoñer RECURSO DE ALZADA ante a Sra. Conselleira de Sanidade no prazo de **1 mes**, contado a partir do día seguinte á súa notificación, de conformidade co estipulado nos arts. 114 e 115 da Lei 30/92, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, modificada pola Lei 4/99 do 13 de xaneiro.

Lugo, 17 de febreiro de 2012
A xefa territorial

Purificación Rivas Varela

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología
Comité Organizador

PRESIDENTE

Dr. Antonio Asorey Fernández

SECRETARIO

Dr. Luis A. Mateo Cambón

VOCALES

Dr. Francisco García Novio

Dr. José Mosteiro Ponce

Dr. Javier Neira Pampín

Dra. María Dolores de Paz Villasenín

Dr. José A. Picallo Sánchez

Dra. María Magdalena Vérez Rivero

Dr. Ángel Núñez López

Dr. Jorge Rey Rey

Dr. Alejandro Sousa Escandón

Dra. María Luisa Suárez de Lis

Dr. Carlos Uribarri González

Sociedad Gallega de Urología
Junta Directiva

PRESIDENTE
Dr. Juan Mata Varela

VICEPRESIDENTE
Dr. Venancio Chantada Abal

SECRETARIO GENERAL
Dr. Javier Tato Rodríguez

TESORERO
Dr. Enrique Cespón Outeda

VOCALES
Vocal actividades científicas:
Dr. Miguel Ángel Blanco Parra

Dr. Daniel Pérez Fentes
Dra. Elena López Díez
Dr. Luis Mateo Cambón
Dr. Julián Nieto García
Dra. Ana Puñal Pereira
Dr. Andrés Rodríguez Alonso
Dr. Higinio Rodríguez Núñez
Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada
Dr. Luis Santos-Ascarza Tabarés

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología
Profesores Invitados

Dr. Joaquín Carballido Rodríguez
Madrid

Dr. Maximino Castro Iglesias
Vigo

Dr. Venancio Chantada Abal
A Coruña

Dr. Francisco Gómez Veiga
A Coruña

Dr. Antonio Marqués Queimadelos
Santiago de Compostela

Dr. Eduardo Martínez Agulló
Valencia

Dr. Juan Mata Varela
Vigo

Dr. Luis A. Mateo Cambón
Lugo

Dr. Fernando Meijide Rico
Vigo

Dr. Daniel Pérez Fentes
Santiago de Compostela

Dr. José A. Picallo Sánchez
Lugo

Dr. Andrés Rodríguez Alonso
Ferrol

Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada
A Coruña

Información general

ORGANIZA
Sociedad Gallega de Urolgía

FECHAS DEL CONGRESO
Días 11 y 12 de mayo de 2012

SEDE DEL CONGRESO
Gran Hotel Lugo
Av. Ramón Ferreiro, 21 - 27002 LUGO

EXPOSICIÓN COMERCIAL
Salones del Gran Hotel Lugo
Av. Ramón Ferreiro, 21 - 27002 LUGO

HOTEL DEL CONGRESO
Gran Hotel Lugo
Av. Ramón Ferreiro, 21 - 27002 LUGO

SECRETARÍA CIENTÍFICA
Hospital Universitario Lucus Augusti
Servicio de Urología
San Cibrao, s/n - 27003 LUGO
Telf: 982 296 000

SECRETARÍA TÉCNICA
Para cualquier información dirigirse a esta secretaría:
GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS, S. L.
C/. Avda. Atlántida, 124 Bajo - 36208 VIGO
Tels: 654 556 193 - 699 900 821 • Telf./Fax. 986 294 465
e-mail: congresos@gallegadecongresos.com
www. gallegadecongresos.com

Índice

PROGRAMA..... pág. 14

COMUNICACIONES ORALES..... pág. 25

POSTERS ..... pág. 38

VÍDEOS ..... pág. 60

ENTIDADES COLABORADORAS..... pág. 79

programa

viernes, 11 de mayo de 2012

8,45 Entrega de documentación en Secretaría del Congreso

9,00 BIENVENIDA
Dr. Antonio Asorey Fernández
Presidente del Comité Organizador

9,15 - 11,00 PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES ORALES
Moderador:
Dr. José Mosteiro Ponce. *H.U. Lucus Augusti - Lugo*

MINISLING OPHIRA. REVISIÓN DE NUESTROS PRIMEROS CASOS
Picallo Sánchez, J.Antonio, Mateo Cambón, L. A., Martínez P (*), Mosteiro Ponce. J. A., Vérez Vivero M., García Novio F., Asorey Fernández A.
(* S. Ginecología)
Servicio de Urología, Área Sanitaria de Lugo, Hospital Universitario Lucus Augusti

SISTEMA AJUSTABLE TRANSOBTURADOR EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA. EXPERIENCIA INICIAL.
Carlos Müller Arteaga, Daniel Pesqueira Santiago, Luis Fariña Pérez, Fernando Meijide Rico, José M. Regojo Balboa, José L. Quintana de la Rosa.
Hospital Policlínico Vigo - Povisa

INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 2011.
Carlos Müller Arteaga, Luis Fariña Pérez, Fernando Meijide Rico, Daniel Pesqueira Santiago, José L. Quintana de la Rosa, José M. Regojo Balboa.
Hospital Policlínico Vigo - Povisa

CABESTRILLO SUBURETRAL AJUSTABLE (REMEEX R) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.
Carlos Müller Arteaga, Fernando Meijide Rico, Daniel Pesqueira Santiago, Luis Fariña Pérez, José L. Quintana de la Rosa, José M. Regojo Balboa.
Hospital Policlínico Vigo - Povisa

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE 125 CISTECTOMÍAS RADICALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO.

Pereira Beceiro Javier; Mosquera Seoane Teresa; Rodríguez Alonso Andrés; Janeiro Pais José, González Blanco Alfonso, Rodríguez Souto Pilar, Lorenzo Franco José, Barbagelata López Alfonso, Bonelli Martín Carlos, Cuerpo Pérez Miguel Ángel.
Area Sanitaria de Ferrol. Hospital Arquitecto Marcide

QUIMIOHIPERTERMIA (QHT) NEOADYUVANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES NO MÚSCULO INVASIVOS DE RIESGO MEDIO-ALTO: ESTUDIO EN FASE I

A. Sousa*, I. Piñeiro I**, J.V. Aparici***, M.I. Gómez****, C. Uribarri*
Servicios de Urología, Hospital de día**, Farmacia*** y Anatomía Patológica****.*
Hospital Comarcal de Monforte – Lugo

ANÁLISIS DE MICROARNS CIRCULANTES COMO BIOMARCADORES DE DETECCIÓN DE MICROMETÁSTASIS EN TUMORES DE PRÓSTATA.

Martínez Breijo,Sara; Medina Villaamil, Vanessa; Ponce Díaz-Reixa, José;Gonzalez Dacal, Juan; Santamarina Cainzos, Isabel; Portela Pereira, Paula; Blanco Castro,Eva;Pertega, Sonia; Casas Nebra, Javier; Zarraonandía Andraca, Antón; Antón Aparicio, Luis; Gómez Veiga, Francisco; Chantada Abal, Venancio.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña - CHUAC

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA MEDIANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN NUESTRO CENTRO.

Cordeiro González, P; Novás Castro, S; Lema Grille, J; Puñal Pereira, A; Honorato Ruíz, L; Novoa Martín, R; Blanco Gómez, B; Cimadevila García, A; Toucedo Caamaño, V; Pérez Fentes, D; Blanco Parra, M; García Freire, C.
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

ESTENOSIS URETRAL COMPLEJA: ANÁLISIS DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS US VERSUS UA

Rodríguez Núñez, H; García Riestra, Vi; Fernández García, Ml; Díaz Bermúdez, J; Selas Pérez, A; Devesa Múgica, M; Ruibal Moldes, M
Complejo Hospitalario de Pontevedra

PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO. RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE NUESTRA SERIE
Darío Vázquez Pazos, Juan A. González Dacal, Francisco Gómez Veiga, Marcos Aller Rodríguez, Paula Portela Pereira, Aaron Barreiro Mallo, José L. Ponce Díaz-Reixa, Venancio Chantada Abal.
Servicio Urologia. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL: ALTA HOSPITALARIA EN <24 HORAS
E. Cespón , E. Comesaña, I. Martínez-Sapiña, E. López, D. Jamardo, F. Sabell, A. Larrañaga, T. De la Hoz, J. Mata
S. Urología Hospital Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

11,00 PAUSA PARA CAFÉ

11,30 PRESENTACIÓN DE PÓSTERS
Moderadores:
Dr. Francisco García Novio. *H.U. Lucus Augusti - Lugo*
Dr. Alejandro Sousa Escandón. *H.C. de Monforte de Lemos*

URETEROCELE PROLAPSADO EN MUJER ADULTA.
Vérez, M.; Picallo, J. A.; García Novio, F.; Mosteiro, J. A.; Mateo, L.; Asorey, A.
Servicio de Urología, H. U. Lucus Augusti. Lugo.

MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA URETERO-ILEAL
Mosteiro Ponce J. A., Mateo Cambón L. A., Picallo Sánchez J. A., Vérez Vivero M., García Novio F., Asorey Fernández A.
Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti – HULA

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE: EXPERIENCIA INICIAL
Rodríguez Núñez, H; Ruibal Moldes, M; García Riestra, Vi; Díaz Bermúdez, J; Fernández García, Ml; Devesa Múgica, M; Varela Salgado, M; Llovo Taboada, F; Selas Pérez, A
Complejo Hospitalario de Pontevedra

RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL: INFLUENCIA DE LA SUBESTADIFICACIÓN.

Paula Portela Pereira; Darío Vázquez Pazos; Marcos Aller Rodríguez; Aarón Barreiro Mallo; Francisco Gómez Veiga; Sara Martínez Breijo; Juan A. González Dacal; Venancio Chantada Abal.
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

RECIDIVA LOCAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL. EXPANDIENDO INDICACIONES DE LA BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA.

Rodríguez Gómez, F. Gómez Veiga, L. Alvarez Castelo, A. Zarraonandía Andraca, J. Casas Nebra, M. Aller Rodríguez, A. Mariño Cotelo, A. Candal, V. Chantada Abal
Sº de Urología y Oncología Radioterapica. C.H.U A Coruña y Centro Oncológico Regional. A Coruña

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE RIÑÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Rosa Novoa Martín, Daniel Pérez Fentes, Patricia Cordeiro Gonzánez, Benito Blanco Gómez, Luciano Honorato Ruiz, Ana Puñal Pereira, Miguel Blanco Parra, Serafín Novás Castro, Camilo García Freire
Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

FACTORES DE RIESGO EN CÁNCER DE PENE: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 20 AÑOS

Iyad Barghouti, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Andrea Sánchez Vázquez, Aarón Barreiro Mallo, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

MICROLITIASIS TESTICULAR: DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Iyad Barghouti, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Aarón Barreiro Mallo, Andrea Sánchez Vázquez, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal
Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

RELACIÓN DEL VOLUMEN TUMORAL Y AGRESIVIDAD TUMORAL EN UNA SERIE DE 4532 PACIENTES CANDIDATOS A PRIMERA BIÓPSIA DE PRÓSTATA CON PSA 2,5-10

Marcos Aller Rodríguez, Darío Vázquez Pazos, Francisco Gómez Veiga, Ignacio Rodríguez Gómez, Sonia Pertega, José Luis Ponce Díaz-Reixa, Venancio Chantada Abal.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

TRATAMIENTO DE VEJIGA NEURÓGENA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (BTX-A) INTRADETRUSOR: SERIE DE 30 CASOS

Paula Portela Pereira, Marcos Aller Rodríguez, Luis Álvarez Castelo, Luis Busto Martín, Sara Martínez Breijo, Juan Ándres González Dacal, Venancio Chantada Abal.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA ORAL

Teresa Mosquera Seoane, Javier Pereira Beceiro
Area Sanitaria de Ferrol. Hospital Arquitecto Marcide

¿SE DEBE INDICAR LA PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO TRATAMIENTO INICIAL EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO?

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, José Manuel Barros Rodríguez, Antonio Ojea Calvo.
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE FRACASO DE LA ANASTOMOSIS URETEROILEAL EN DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Jacobo Freire Calvo, Daniel León Ramírez, Sabela López García, Ángel Maximino Castro Iglesias, Juan Benavente Delgado, Antonio Ojea Calvo.
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

¿DE QUÉ MUEREN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA?

Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Jacobo Freire Calvo, Daniel León Ramírez, Sabela López García, Ángel Maximino Castro Iglesias, Juan Benavente Delgado, Antonio Ojea Calvo.
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

¿EXISTE ALGÚN CILINDRO QUE PRESENTE MAYOR RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA BIOPSIA DE PRÓSTATA?

Freire Calvo, Jacobo; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; León Ramirez,Daniel Hildebrando; Lopez García, Sabela; Berros Rodríguez, José Manuel; Castro Iglesias, Maximino; Ojea Calvo, Antonio
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

14,00 Comida de trabajo
Comedor Gran Hotel Lugo

16,00 PRESENTACIÓN VÍDEOS
Moderador:
Dr. Ángel Vicente Núñez-López. *H. da Costa, Burela - Lugo*

FLAP DE DARTOS: SIMPLE Y EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS VESICO-RECTALES
A. Sousa Escandón y C. Uribarri González
Hospital Comarcal de Monforte. Servicio de Urología

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA DE TUMOR EN POLO SUPERIOR DE RIÑÓN IZQUIERDO
Novas Castro, Serafín; Puñal Pereira, Ana; Honorato Ruiz, Luciano; Cordeiro Gonzalez, Patricia; Novoa Martín, Rosa María; Blanco Gómez, Benito; Cimadevila García, Antonio; García Freire, Camilo; Lema Grillé, José; Pérez Fentes, Daniel Adolfo; Toucedo Caamaño, Valentín; Blanco Parra, Miguel; Villar Núñez, Manuel.
Servicio neurología, C.H.U. de Santiago de Compostela

NEFROURETERECTOMÍA DERECHA Y URETERECTOMÍA IZQUIERDA CON POSTERIOR REIMPLANTE VÉSICO URETERAL LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CO TM DE URETER BILATERAL
E. Cespón, E. Comesaña, I.Martínez-Sapiña, E. López, D. Jamardo, F. Sabell, A. Larrañaga, T. De la Hoz, J. Mata
Servicio de Urología. Hospital Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TUMORES T2
Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Antonio Selas; Manuel Varela; Luisa Fernández
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN CIRUGÍA DE RESCATE EN CARCINOMA RENAL
Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Vicente García Riestra; Luisa Fernández; Antonio Selas
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA EN LEAK TIPO II EN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
Manuel Ruibal; Raul Casas; Juan Vidal; José Domínguez
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VESICO-PERITONEO-VAGINAL
Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Eloy Del Moral; Francisco Llovo; Luisa Fernández
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS ÚNICA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LARINGE.
López García Sabela; Carballo Quintá Manuel; Freire Calvo Jacobo; León Ramírez Daniel; Castro Iglesias A. Maximino; Ojea Calvo Antonio.
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

17,00 **Simposio Janssen**
TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN: PRESENTE Y FUTURO
Moderador:
Dr. Juan Mata Varela. *Servicio de Urología, C.H.U. de Vigo-H Meixoeiro*
Ponente:
Dr. Francisco Gómez Veiga. *Servicio de Urología, C.H.U de A Coruña*

17,40 Inauguración oficial del Congreso. Pausa café

18,15 **Mesa redonda:**
UTILIDAD DE LA URODINÁMICA EN LA VALORACIÓN DE LOS S.T.U.I. CONTRIBUCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y EN EL TRATAMIENTO
Moderador: Dr. Luis A. Mateo Cambón
Servicio de Urología del H.U. Lucus Augusti, Lugo
Panelistas:
Utilidad de los E.U.D. en pacientes con persistencia de los S.T.U.I. tras cirugía prostática
• Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada
Servicio de Urología C.H.U. de A Coruña
Utilidad de los E.U.D. previamente a la cirugía de la H.B.P. ¿Cuándo indicarlos?
• Dr. Eduardo Martínez Agulló
Valencia

Indicaciones de los E.U.D. en el estudio previo a la cirugía de la I.U.E. en la mujer
• Dr. Antonio Marqués Queimadelos
Servicio de Urología, C.H.U. de Santiago de Compostela

21,00 Salida en autocares del hotel al restaurante A Palloza
Cena Oficial del Congreso

00,00 Regreso al Hotel

programa

sábado, 12 de mayo de 2012

9,00 PRESENTACIÓN VÍDEOS

Moderador:

Dr. Javier Neira Pampín. *H. Policlínico Polusa - Lugo*

PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA DEL SUELO PÉLVICO PREVIA

Sabela López García, Jacobo Freire Calvo, Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Daniel León Ramírez, Antonio Ojea Calvo.
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PURA SIN CAMBIAR DE POSICIÓN AL PACIENTE

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Benito Rodríguez Iglesias, Antonio Ojea Calvo.
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN QUISTE DE URACO INFECTADO

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Arturo Rodrigo Elías, Antonio Ojea Calvo.
Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

ANEURISMA DE ARTERIA RENAL. RESOLUCIÓN MEDIANTE NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, REPARACIÓN EX - VIVO Y AUTOTRASPLANTE.

Javier Rguez.-Rivera, J. García Buitrón, A. Zarraonandía, J. Ponce, V. Chantada, P. Portela, D. Vázquez.
Complexo hospitalario universitario de A Coruña

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE TRAS RADIOTERAPIA

Ruibal Moldes. M.; Rodríguez Núñez, H.; Selas, A.; Fernández, L.; Varela Salgado, M.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra.

ESTENOSIS URETERO-NEOVESICAL: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Antonio Selas; Luisa Fernández; Francisco Llovo
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

TUMOR RENAL MÚLTIPLE: CIRUGÍA CONSERVADORA LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Vicente García Riestra; Antonio Selas; Miguel Devesa
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN AUTOTRASPLANTE RENAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; José Díaz; Antonio Selas;
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

10,15 **Simposio Amgen**

ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS ÓSEAS: PAPEL DEL RANKL

Enfermedad ósea: nuevas dianas terapéuticas.
Inhibidores del RANKL
Dr. Joaquín Carballido Rodríguez
Servicio de Urología, H.U. Puerta de Hierro, Madrid
Resultados estudios clínicos Denosumab
Dr. Francisco Gómez Veiga
Servicio de Urología, C.H.U. de A Coruña

10,45 Pausa Café

11,15 **Debate cara a cara**

REHABILITACIÓN PENEANA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Moderador: Dr. Venancio Chantada Abal
Servicio de Urología, C.H.U. de A Coruña
Panelistas:
• Dr. José A. Picallo Sánchez
Servicio de Urología, H.U. Lucus Augusti, Lugo
• Dr. Fernando Meijide Rico
Servicio de Urología, Policlínico Vigo (POVISA), Vigo

12,00 **MESA REDONDA**
COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS HOY. MEDIDAS PREVENTIVAS
Moderador: Dr. Juan Mata Varela
Servicio de Urología, C.H.U. de Vigo – H. Meixoeiro
Panelistas:
Complicaciones en cirugía abierta
• Dr. Maximino Castro Iglesias
Servicio de Urología, C.H.U. de Vigo – H. Xeral
Complicaciones en cirugía laparoscópica
• Dr. Andrés Rodríguez Alonso
Servicio de Urología, Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol
Complicaciones en endourología
• Dr. Daniel Pérez Fentes
Servicio de Urología, C.H.U. de Santiago de Compostela

14,30 Salida en autocares desde el Hotel del Congreso al restaurante Casa Grande de Nadela

15,00 Comida de clausura. Entrega de premios

18,00 Asamblea General de la S. G. U. 1º Convocatoria

18,30 Asamblea General de la S. G. U. 2º Convocatoria

comunicaciones orales

MINISLING OPHIRA. REVISIÓN DE NUESTROS PRIMEROS CASOS

Picallo Sánchez, J. Antonio, Mateo Cambón, L. A., Martínez P (*), Mosteiro Pocce. J. A., Vérez Vivero M., García Novio F., Asorey Fernández A.
(S. Ginecología)*

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Lugo, HULA.

Objetivo:
Valorar los resultados del tratamiento con Minisling OPHIRA de nuestras primeras 19 pacientes.

Material y Métodos:
19 pacientes que se valoran con cuestionario de calidad de vida postoperatorio (Test Sandvik), valorándose asimismo las complicaciones del procedimiento.

Resultados:
Continencia completa: 11 pacientes
Incontinencia: Test Sandvik
Leve: 2
Moderada: 4
Grave: 2

Conclusiones:
El mini sling Ophira es una opción segura y efectiva en el tto de la IUE, Fácil colocación con escasas complicaciones, Corto tiempo quirúrgico, Puede realizarse con anestesia local, Representa una alternativa a la tradicional técnica del cabestrillo suburetral

SISTEMA AJUSTABLE TRANSOBTURADOR EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA. EXPERIENCIA INICIAL.

Carlos Müller Arteaga, Daniel Pesqueira Santiago, Luis Fariña Pérez, Fernando Meijide Rico, José M. Regojo Balboa, José L. Quintana de la Rosa.

Hospital Policlínico Vigo - Povisa.

Introducción:
El déficit esfinteriano es la principal causa de incontinencia urinaria en varones, generalmente iatrogénico tras cirugía. El uso de mallas para el tratamiento de esta se ha extendido en los últimos años. Presentamos nuestra experiencia inicial y los resultados obtenidos con el sistema ajustable AMI ATOMSR.

Material y Métodos:
Desde Junio 2011 a Febrero 2012 hemos implantado 4 dispositivos en nuestro Centro en pacientes diagnosticados de incontinencia urinaria severa cuyo origen en todos los casos fue secundario a prostatectomía radical. Se describen las complicaciones, pautas de ajuste y resultados obtenidos durante el seguimiento hasta el momento actual.

Resultados:
La edad promedio fue de 70 años (61-78), en 3 pacientes la incontinencia empeoró tras cervicotomía por esclerosis de la unión uretrovesical. El tiempo medio de incontinencia fue de 5.75 años (2-9). En ningún caso se evidencio recidiva de enfermedad prostática. Todos los pacientes habían estado previamente con ejercicios de rehabilitación de suelo pélvico (3 de forma supervisada). Días de ingreso promedio 2.5 (1-6). El tiempo medio de seguimiento es de 5.75 meses (3-11). Las complicaciones registradas en 1 de los casos fueron: Perforación vesical, hematoma escrotal y fistula uretral que mejoró con tratamiento conservador. Otro paciente presentó dolor relacionado con el reservorio que requirió la retirada del mismo. Tras la pauta de ajuste se consiguió continencia en 3 de los 4 pacientes, 1 mejoría.

Conclusiones:
El sistema AMI-ATOMS para el tratamiento de incontinencia urinaria masculina post cirugía parece tener buenos resultados iniciales. Su mayor muestra, progresar en la curva de aprendizaje y aumentar el tiempo de seguimiento para establecer conclusiones.

INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 2011.

Carlos Müller Arteaga, Luis Fariña Pérez, Fernando Meijide Rico, Daniel Pesqueira Santiago, José L. Quintana de la Rosa, José M. Regojo Balboa.

Hospital POVISA. Vigo

Introducción:
EL uso de toxina botulínica en el tratamiento de la disfunción del detrusor refractario a tratamiento ha aumentado en los últimos años. Presentamos la experiencia durante el primer año de aplicación en nuestro centro.

Materiales y Métodos:
Durante el año 2011, se realizaron 16 Inyecciones de Toxina botulínica (DysportR) en 15 pacientes. La dosis administrada fue de 250 Ud en el músculo detrusor con esquema de 10 punciones respetando el trígono, en régimen de ingreso de una noche. Presentamos las características, condiciones de realización del procedimiento, complicaciones y resultados en calidad de vida.

Resultados:
La media de edad de los pacientes fue de 61,87 años (26-80), 81,25% mujeres. El IMC fue de 30,01 (21,48-41,91). La indicación principal fue la hiperactividad del detrusor idiopática (75%); 12,5% hiperactividad del detrusor neurógena y, 12,5%, Sd de vejiga hiperactiva. La falta de respuesta al tratamiento habitual (93,75%), habiendo probado al menos 2 anticolinérgicos, fue la causa principal de administración de esta medicación.
Se demostró mejoría en los cuestionarios de calidad de vida (KHQ, CACV, ICIQ-SF).
No se registraron complicaciones precoces. 4 pacientes presentaron infección del tracto urinario no complicada que mejoró con tratamiento. El aumento medio del residuo postmiccional a los 7 días fue de 53,57; siendo al mes de 93,75. La duración del efecto en los primeros casos fue, en promedio, de 6 meses (0-9).

Conclusiones:
En nuestra experiencia, consideramos que la toxina botulínica es eficaz y segura en el tratamiento del Sd de vejiga hiperactiva/hiperactividad del detrusor, nuestros resultados son comparables con los publicados en la literatura. Es necesario mayor muestra y un tiempo adecuado de seguimiento para establecer conclusiones.

CABESTRILLO SUBURETRAL AJUSTABLE (REMEEX R) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Carlos Müller Arteaga, Fernando Meijide Rico, Daniel Pesqueira Santiago, Luis Fariña Pérez, José L. Quintana de la Rosa, José M. Regojo Balboa.

Hospital Povisa. Vigo.

Introducción:
En el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina post-quirúrgica se presentan variedad de opciones. Los mecanismos obstructivos regulables representan una clara opción de tratamiento. Se presenta la experiencia con el dispositivo tipo RemeexR en nuestro Centro.

Material y Métodos:
Estudio retrospectivo de las características y resultados obtenidos en el Hospital Povisa de los pacientes a los que se les realizo implante de prótesis RemeexR. Entre Octubre de 2006 y Octubre de 2010 fueron colocados 7 dispositivos en pacientes con una edad promedio de 68 años (56 - 79), se realizo además el seguimiento y control de otro implante colocado en otro centro. La causa de la IU fue post Prostatectomia radical en 7 casos y en 1 caso post enucleación laser de próstata. La IU era moderada-severa en todos los casos. El tiempo de duración de la incontinencia antes de la colocación del implante fue de 32 meses en promedio (20 - 50). El tiempo medio de seguimiento es de 41 meses (16 - 53).

Resultados:
Tras la colocación del implante, se realizó un primer ajuste en el postoperatorio inmediato. La media de días de ingreso fue 3. El promedio de ajustes fue de 1,7 veces tras el ajuste inicial (1 -3). Se obtuvo continencia en 25% de los casos (2), mejoría en el 25% (4) y fracaso en 50%. Las complicaciones registradas incluyen: retiradada por infección, fistula cutánea desde baritensor, perdida de capacidad de tensión del baritensor. En los que refieren mejoría no se realizaron nuevos ajustes por petición de los pacientes.

Conclusiones:
El cabestrillo suburetral masculino tipo RemeexR representa una opción valida para el tratamiento de la IU masculina. En nuestra experiencia hemos conseguido una baja tasa de continencia. Las complicaciones son similares a otros dispositivos. La necesidad de colocación del introductor para cada ajuste debe ser tomada en cuenta a la hora de planificar su implantación. Son necesarios mayor numero de casos para establecer conclusiones.

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS DE 125 CISTECTOMÍAS RADICALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE CLAVIEN-DINDO.

Pereira Beceiro Javier; Mosquera Seoane Teresa; Rodríguez Alonso Andrés; Janeiro Pais José, González Blanco Alfonso, Rodríguez Souto Pilar, Lorenzo Franco José, Barbagelata López Alfonso, Bonelli Martín Carlos, Cuerpo Pérez Miguel Ángel.

Area Sanitaria de Ferrol - Hospital Arquitecto Marcide

Objetivos:
Analizar las complicaciones perioperatorias de la cistectomía radical.

Material y Métodos:
Pacientes (n= 125) a los que se practicó cistectomía radical en el Area Sanitaria de Ferrol entre 2000 y 2011. Se utilizó la Clasificación de Clavien-Dindo para definir y graduar las complicaciones. Se consideró periodo perioperatorio desde la intervención quirúrgica hasta los 90 días postoperatorios. Análisis estadístico: Se realizó estudio descriptivo de todas las variables. Las variables cuantitativas fueron descritas como media ± desviación típica o mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su 95% IC.

Resultados:
La media de edad fue 64,32 ± 7,71 años (48-79). 119 pacientes eran hombres (95,2%) y 6 mujeres (4,8%). La indicación de cistectomía fue neoplasia en 123 casos (98,4%) y cistopatía rádica en 2 (1,6%). La vía de abordaje fue abierta en 80 casos (64%) y laparoscópica en 45 (36%). El tipo de derivación empleada fue neovejiga en 58 pacientes (46,4%), conducto ileal en 37 (29,6%), ureterosigmoidostomía en 26 (20,8%) y ureterostomía cutánea en 3 (2,4%). La media de días de ingreso fue 21,75± 12,85 días (8-81). Se observaron complicaciones perioperatorias en 55 pacientes (44,0%). La complicación más grave fue grado I en 11 casos (8,8%), grado II en 9 (7,2%), grado IIIa en 8 (6,4%), grado IIIb en 14 (11,2%), grado IVa en 4 (3,2%) grado IVb en 4 (3,2%) y grado V (exitus) en 9 (7,2%). Entre las complicaciones IIIa la más frecuente fue el absceso pélvico en 3 casos (2,4%). Las IIIb más frecuente fueron fístula intestinal u obstrucción intestinal por bridas, ambas en 4 casos (3,2%). 43 pacientes (34,4%) presentaron 1 complicación, 10 pacientes (8,0%) presentaron 2 complicaciones y en 3 casos (2,4%) se observaron 3 complicaciones. La media de seguimiento fue de 31,00 ±33,63 meses (0-143).

Conclusiones:
La cistectomía radical es una técnica quirúrgica con un porcentaje elevado de complicaciones cuando se utiliza la Clasificación de Clavien-Dindo. En nuestra serie se observa un porcentaje de complicaciones y mortalidad perioperatoria similar a las series publicadas.

QUIMIOHIPERTERMIA (QHT) NEOADYUVANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES NO MÚSCULO INVASIVOS DE RIESGO MEDIO-ALTO: ESTUDIO EN FASE I

A. Sousa*, I Piñeiro I**, JV Aparici***, MI Gómez****, C Uribarri*
(Servicios de Urologia, Hospital de día**, Farmacia*** y AnatomiaPatologica****).*

Hospital Comarcal de Monforte – Lugo

Introducción: La QHT, realizada mediante microondas a demostrado su eficacia como tratamiento adyuvante o neoadyuante en el tratamiento de tumores NMI de riesgo medio-alto o tras el fracaso de otras terapias. El enorme costo de la maquinaria necesaria y de los consumibles utilizados a limitado enormemente su utilización generalizada.

Objetivos:
Con el objeto de demostrar la seguridad y eficacia de la QHT mediante recirculación de una solución caliente hemos realizado un estudio fase I de QHT neoadyuante aprobada por el Comité ético de Galicia.

O. Principal: Evaluar la tolerancia y los efectos secundarios de este nuevo sistema de QHT neoadyuvante mediante recirculación.

O. Secundario: Evaluar la eficacia antitumoral del tratamiento.

Material y Métodos:
Entre noviembre de 2010 y Mayo de 2011 hemos realizado un estudio prospectivo que incluyó a 11 pacientes con tumores vesicales NMI de riesgo medio alto de progresión y/o recidiva para evaluar la seguridad y eficacia antitumoral de la QHT intravesical realizada con 80 mgr de Mitomicina C a 43 ºC durante 60 minutos mediante un nuevo sistema de recirculación de fluidos calientes.

Resultados:
Los efectos secundarios de las 87 dosis evaluables fueron en general leves y transitorias (CTC: grado I). Su eficacia antitumoral fue alta entre los 9 pacientes finalmente evaluables. De ellos, 6 (66.6%) mostraron ausencia tumoral en el material de RTU (pTo) –Respuesta Completa- y otros 3 (33.3%) mostraron una reducción tumoral mayor del 50% en el número y/o tamaño de las lesiones –Respuesta Parcial-.

Conclusiones:
hemos apreciado que los efectos secundarios fueron generalmente leves y transitorios. Igualmente se ha demostrado una alta eficacia antitumoral al conseguir la erradicación tumoral en dos terceras partes de los pacientes.

ANÁLISIS DE MICROARNS CIRCULANTES COMO BIOMARCADORES DE DETECCIÓN DE MICROMETÁSTASIS EN TUMORES DE PRÓSTATA.

Martínez Breijo,Sara; Medina Villaamil, Vanessa; Ponce Díaz-Reixa, José; Gonzalez Dacal, Juan; Santamarina Cainzos, Isabel; Portela Pereira, Paula; Blanco Castro,Eva;Pertega, Sonia; Casas Nebra, Javier; Zarraonandía Andraca, Antón; Antón Aparicio, Luis; Gómez Veiga, Francisco; Chantada Abal, Venancio.

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña - CHUAC

Introducción:

Los microARNs son ARNs reguladores de pequeño tamaño que no codifican para proteínas. Evidencias recientes indican que los microARNs pueden funcionar como supresores de tumores y oncogenes. La detección de células tumorales circulantes (CTC) proporcionaría información diagnóstica y pronóstica en los tumores de próstata (TP). Así los microARNs podrían constituir una nueva y prometedora clase de biomarcadores para la detección de CTC. El objetivo de este trabajo es el estudio de microARNs como marcadores de CTC en sangre de pacientes afectados de TP.

Pacientes y Métodos:

El análisis preliminar comprende una N poblacional de 49 pacientes con una media de edad de 70 años, una media de PSA Total de 18, 9ng/mL y una moda de 6 para la escala Gleason en la biopsia. Respecto al grupo de riesgo (GR) en relación a la biopsia de próstata: un 43% bajo riesgo, un 28% riesgo intermedio y un 28% alto riesgo. La búsqueda in silico usando bases de datos libres como Sanger miRBase, microRNA.org, miRNAMap, smiRNAdb, GeneHUB-GEPIS y miRex combinó análisis de perfiles de expresión en TP pero ausentes en el sistema hematopoyético.

Resultados:

El análisis bioinformático incluyendo microARNs específicos de tejido y oncogénicos en TP y mínima expresión en sangre sana (SN) nos llevó a un listado de 193 candidatos, entre ellos: familia let7, miR100, miR125a, miR125b, miR144, miR145, miR148a, miR154, miR31 y familia miR200. El análisis in vitro sobre las líneas celulares VCap (hormono independiente) y LNCap (hormono sensible) mostró expresión desregulada para el grupo miR200. Destacar que el estudio preliminar in vivo sobre tejido fresco de adenocarcinomas de próstata (estadios III/IV) reveló una expresión relativa de hsa-let-7c 3 veces superior que en SN.

Conclusiones:

El abordaje bioinformático como primer paso para identificar posibles biomarcadores en TP para detectar CTC es una herramienta útil. Actualmente nuestro grupo trabaja en el proceso de clarificar el potencial de los microARNs seleccionados como marcadores de CTC así como su papel diagnóstico y pronóstico en los distintos GRs. Este trabajo está financiado por: Beca FIU 2011-2012.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA MEDIANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN NUESTRO CENTRO.

Cordeiro González, P; Novás Castro, S; Lema Grille, J; Puñal Pereira, A; Honorato Ruíz, L; Novoa Martín, R; Blanco Gómez, B; Cimadevila García, A; Toucedo Caamaño, V; Pérez Fentes, D; Blanco Parra, M; García Freire, C.

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos:
Revisar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata localizado intervenido mediante prostatectomía radical laparoscópica.

Material y Métodos:
Estudio retrospectivo de las prostatectomías radicales laparoscópicas realizadas en el Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela desde el año 2009 hasta la actualidad.

Resultados:
Se valorarán situación oncológica previa de nuestros pacientes, incidencias periquirúrgicas, (incluyendo complicaciones y su tratamiento), y el seguimiento clínico efectuado posteriormente a la intervención.

Conclusiones:
Observamos que los resultados oncológicos y clínicos de los cánceres de próstata intervenidos mediante abordaje laparoscópico son similares a los de otras series. La duración de las intervenciones es cada vez menor. Las complicaciones periquirúrgicas han disminuido a lo largo de la curva de aprendizaje, así como hemos mejorado en el control primario de estas complicaciones.

ESTENOSIS URETRAL COMPLEJA: ANÁLISIS DE LAS DISTINTAS TÉCNICAS US VERSUS UA

Rodríguez Núñez, H; García Riestra,Vi; Fernández García, Ml; Díaz Bermúdez, J; Selas Pérez, A; Devesa Múgica, M; Ruibal Moldes, M

Complejo Hospitalario De Pontevedra

Introducción y objetivo:

El abordaje moderno de las estenosis de uretra requiere una completa evaluación diagnóstica previa y una decisión sobre el tratamiento basada en la localización y la longitud de la estenosis. Realizamos un análisis de los resultados obtenidos mediante las distintas técnicas de uretroplastia.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio observacional y descriptivo de las uretroplastias realizadas en nuestro servicio desde Febrero de 2007 hasta Diciembre de 2011 con un seguimiento de al menos 6 meses. Se recogen datos de las siguientes variables:edad, etiología, localización de la estenosis, longitud, tipo de injerto y complicaciones postoperatorias.
Siguiendo los criterios metodológicos consideramos éxito cuando: la flujometría presenta un Q max ⇢ 15, la uretrocistografía en normal o con calibre ⇢ 50% y cuando el paciente está asintomático.

Resultados:

Se realizaron 31 uretroplastias, 16 termino-terminales y 15 de sustitución.
La edad media fue de 48,53 años (17-77) en la US y de 53,33 años (31-76) en la UA. La localización ha sido bulbomembranosa en el 100% de la UA y en la US ha sido peneana en el 66,6% y bulbomembranosa en en 33,3%.
La etiología ha sido idiopática en 16 casos (51,61%), iatrogénica en 9 casos (29%), traumática en 3 casos (9,67%) e infecciosa en 3 casos (9,67%).
La longitud media de las estenosis ha sido de 1,6 cms (1-3) en la UA y de 6,03 cms (2-13) en la US.
En las uretroplastias de sustitución se ha utilizado injerto de mucosa prepucial en 3 casos (20%), injerto de mucosa oral en 11 casos (73,33%) y colgajo prepucial en 1 caso (6%), realizándose cirugía en 2 tiempos en 4 casos (26%).
Las complicaciones postoperatorias han sido: 2 fístulas urinarias (6,45%),3 hematomas (9,67%) y 2 abscesos perineales (6,45%).
La tasa de éxito siguiendo los criterios metodológicos ha sido del 68,75% en los casos de US y del 76,92% en los casos de UA

Conclusión:

La cirugía reconstructiva de uretra supone la mejor opción para el tratamiento inicial de la estenosis uretral compleja, siendo resolutiva con escasa morbilidad postquirúrgica en un porcentaje aceptable de pacientes.

PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO. RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE NUESTRA SERIE

Darío Vázquez Pazos, Juan A. González Dacal, Francisco Gómez Veiga, Marcos Aller Rodríguez, Paula Portela Pereira, Aaron Barreiro Mallo, José L. Ponce Díaz-Reixa, Venancio Chantada Abal.

Servicio Urologia. Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción:
La prostatectomía radical (PR) es el gold standard en el tratamiento del carcinoma de próstata (CaP). Existe cierto grado de controversia sobre su indicación en el contexto de pacientes de alto riesgo (AR) debido a la mayor probabilidad de márgenes positivos, afectación ganglionar y riesgo de recidiva bioquímica y progresión.

Objetivo:
Nuestro objetivo es analizar los factores clínicos y patológicos así como su impacto sobre la progresión y supervivencia en pacientes de AR sometidos a PR.

Material y Métodos:
Entre Enero 1996 y Diciembre de 2008, se realizaron un total de 1149 PR, de las cuales 167 correspondientes a pacientes clasificados, según criterios NCCN, como AR. Ninguno de estos pacientes había recibido tratamiento neoadyuvante o adyuvante hasta progresión (PSA→0,2ng/ml).
La edad media fue de 67 años (48-77), el valor medio de PSA fue 14,8 ng/ml (1,26-100 ng/ml) y la media de porcentaje de cilindros positivos 38,5%.
El seguimiento medio fue de 77 meses (24-262).
Se analizaron factores de riesgo, probabilidad de progresión, supervivencia cáncer específica y supervivencia global (análisis competitivo de factores) con factores competitivos, empleando curvas de Kaplan-Meier, log-rank y modelos de Cox. Empleamos paquete estadístico SPSS 17.0.

Resultados:
En nuestra serie 89 pacientes presentaron progresión, 29 pacientes fallecieron por causas globales y 6 pacientes relacionados con el CaP.

Número FR		6 meses	9 meses	12 meses	24 meses	36 meses	48 meses	60 meses
0	Recurrencia BQ	7,0%	20,0%	30,5%	37,4%	41,5%	47,7%	68,8%
	Muerte	0,0%	0,0%	1,1%	2,2%	2,2%	3,9%	13,2%
	Vivo / Libre progresión	93,0%	80,0%	68,4%	60,4%	56,3%	48,4%	18,0%
≥1	Recurrencia BQ	4,5%	16,6%	27,2%	33,9%	37,8%	37,8%	50,2%
	Muerte	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	31,4%
	Vivo / Libre progresión	95,5%	83,4%	72,8%	66,1%	62,2%	59,8%	18,4%

0= 2 Factores de Riesgo Intermedio ≥1= 1 ó más Factores AR **p= 0.214**

Conclusión:

Nuestros resultados ponen de manifiesto que un porcentaje importante de pacientes con CaP de alto riesgo sometidos a PR presentan progresión tras la cirugía. Los factores primarios pueden tener un mayor peso que los de la suma de dos de riesgo intermedio lo que puede ayudarnos a realizar indicaciones más individualizadas para la selección de estos pacientes a falta de ensayos clínicos que definan mejor la estrategia con cirugía en AR.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL: ALTA HOSPITALARIA EN <24 HORAS

E. Cespón, E. Comesaña, I. Martínez-Sapiña, E. López, D. Jamardo, F. Sabell, A. Larrañaga, T. De la Hoz, J. Mata

S. Urología Hospital Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción:
La Cirugía de Corta estancia con alta hospitalaria a las 24 horas persigue una optimización de los recursos sanitarios manteniendo unos niveles de calidad asistencial adecuados.
Entre las ventajas de la Cirugía Laparoscópica se encuentra la disminución de la estancia hospitalaria postoperatoria .

Objetivos:
Establecer estrategias quirúrgicas que favorezcan el alta hospitalaria en 24 horas, consiguiendo un alto nivel de calidad y seguridad asistencial con el menor coste

Material y Métodos:
Presentamos los 10 primeros casos sometidos PRL Extraperitoneal en nuestro centro y con alta en 24 horas.
Los criterios para el alta precoz fueron:
No colocación de drenaje post-operatorio
Ausencia de hematuria
Tolerancia adecuada y ausencia de complicaciones.
Se evaluaron las siguientes variables: Estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico, Hematocrito postoperatorio, complicaciones postquirúrgicas, y soporte familiar del paciente

Resultados:
En los últimos 2 meses 10 pacientes sometidos a Prostatectomia radical laparoscópica extraperitoneal fueron dados de alta a las 24 h de la intervención tras un inicio precoz de la tolerancia y la movilización del paciente.
La estancia postoperatoria fue en todos los pacientes de esta serie de 24 horas, en ningún caso hubo reingreso hospitalario, ni atención en el S. de urgencias
Todos los pacientes fueron revisados a los 7 días en la consulta, donde fueron evaluados los parámetros: Nivel de satisfacción del paciente, necesidad de analgesia domiciliaria, estado de la herida quirúrgica.

Conclusiones:

La Prostatectomía Radical Laparoscópica Extraperitoneal es una técnica estandarizada y reconocida que permite una recuperación segura y precoz del paciente quirúrgico, con el consiguiente acortamiento de su estancia hospitalaria, mejorando su calidad de vida y el coste hospitalario. Es factible y segura el alta precoz en 24 horas en pacientes seleccionados.

posters

URETEROCELE PROLAPSADO EN MUJER ADULTA.

Vérez, M.; Picallo, J.A.; García Novio, F.; Mosteiro, J.A.; Mateo, L.; Asorey, A.

Servicio de Urología, H. U. Lucus Augusti. Lugo.

Resumen:
Se presenta el caso de una mujer de 26 años que consulta por Disuria y bultoma en introito vaginal que desaparece tras la micción. Es diagnosticada de ureterocele ectópico prolapsado en vagina (sólo 8 casos publicados, en los últimos 30 años). Se trata quirúrgicamente (resección + reimplantación ureteral) con buenos resultados funcionales.

MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA URETERO-ILEAL

Mosteiro Ponce J. A., Mateo Cambón L. A., Picallo Sánchez J. A., Vérez Vivero M., García Novio F., Asorey Fernández A.

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo - HULA

Resumen:
Se presenta un caso de una paciente de 75 años de edad, diagnosticada de carcinoma vesical infiltrante. Fue tratada con quicio y radioterapia. Posteriormente fue sometida a Cistectomia radical con derivación urinaria tipo Bricker. En el postoperatorio se evidencia la existencia de una fistula compleja entra la anastomosis ileal y la anastomosis uretero-ileal. Se decide tratamiento conservador con alimentación parental y somatostatina, axial como manejo endourologico. Se comenta evolución y resultados.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE: EXPERIENCIA INICIAL

Rodríguez Núñez, H; Ruibal Moldes ,M; García Riestra, Vi; Díaz Bermúdez, J; Fernández García, Ml; Devesa Múgica, M; Varela Salgado, M; Llovo Taboada, F; Selas Pérez, A

Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción y Objetivo:
La PRL de rescate es una opción de tratamiento para aquellos pacientes tratados con RT, con intención curativa y que presentan recidiva tumoral.
Siguiendo los criterios de selección de las guías clínicas, analizamos los resultados quirúrgicos y oncológicos de los pacientes sometidos a PRL de rescate.

Material y Métodos:
Realizamos un estudio descriptivo de nuestro programa de PRL de rescate.
Se recogen variables como edad, PSA al diagnóstico, Gleason de la biopsia, tipo de RT, neoadyuvancia, PSA nadir, PSA de rebiopsia, tiempo quirúrgico, tasa de sangrado, estancia media postoperatoria, resultado anatomopatológico y complicaciones.

Resultados:
Según los criterios de selección hemos realizado PRL de rescate a tres pacientes con los siguientes resultados.
La edad media fue de 60,5 años (59-61), PSA diagnóstico medio fue de 13,38 (5,06-26,9), Gleason medio de biopsia 7 (6-8), PSA nadir medio 1,05 (0,77-1,32), PSA de rebiopsia fue de 3,38 (2,8-4,04), siendo tratados 2 pacientes con RT externa y 1 con RT+BQ.
Todos fueron tratados con neo y adyuvancia.
Se realizó PRL+eLND con un tiempo quirúrgico medio de 185 minutos (135-210), tasa de sangrado de 366 cc (200-600). La estancia media postoperatoria fue de 5,66 días (4-9).
El resultado anatomopatológico presentó pT2a (33%), pT2c (33%), pT3a (33%) habiendo márgenes positivos en un caso.
La tasa de complicaciones ha sido baja, con una perforación rectal resuelta con sutura en 2 planos y una RAO tras retirada de sonda.
En el seguimiento ningún paciente presenta recidiva bioquímica.

Conclusión:
La PRL de rescate es un procedimiento factible, aunque técnicamente exigente.
Una adecuada selección de pacientes ayuda a minimizar las complicaciones, logrando un aceptable nivel de eficacia y seguridad

RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL: INFLUENCIA DE LA SUBESTADIFICACIÓN.

Paula Portela Pereira; Darío Vázquez Pazos; Marcos Aller Rodríguez; Aarón Barreiro Mallo; Francisco Gómez Veiga; Sara Martínez Breijo; Juan A. González Dacal; Venancio Chantada Abal.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción y objetivos:

El incremento de pacientes con baja carga tumoral obliga a reconsiderar las opciones de tratamiento del cáncer de próstata, planteándose la vigilancia activa(AS) en este contexto.
Analizamos los resultados oncológicos y el impacto del subestadiaje en pacientes candidatos a vigilancia activa según los criterios PRIAS(P) y START(S) sometidos a prostatectomía radical(PR).

Material y Métodos:

Se incluyeron un total de 687 pacientes con PSA, TR y BPE de 10 cilindros entre junio/1999 y diciembre/2008 clasificados según TNM 2009.
Seleccionamos pacientes sometidos a PR con criterios P:"PSA≤10, PSADT≤2.2, cT1, cT2, Gleason≤ 6, ≤2 cilindros positivos en la biopsia", o criterios S: "PSA≤10, ≤cT3, Gleason≤6". Analizamos concordancia de criterios histológicos, progresión de enfermedad y supervivencia global usando SPSSv.19.

Resultados:

Un total de 212 y 353 pacientes cumplieron criterios de P y S.
Edad media: 66,9±5,7. PSA 7,6±5,1. Seguimiento medio: 56 meses (30-154). Subestadiaje: 40,6% en P y 47,9% en S. Progresión: 15,2% en P y 20,4% en S. Éxitus: 11,1% en P y 13,4% en S.
Incidencia acumulada de muerte, progresión bioquímica (RB) y supervivencia libre de enfermedad (SLP).

TIEMPO (AÑOS):	1/2	1	2	3	4	5
PRIAS						
No ECE,no IVS,Gleason <7						
SLP	97.6%	95.2%	87.5%	84.2%	82.8%	75.9%
RB	1.6%	4.0%	10.8%	13%	14.4%	17.8%
Muerte	0.8%	0.8%	1.7%	2.8%	2.8%	6.3%
ECE,IVS,Gleason ≥ 7						
SLP	96.5%	92.9%	84.2%	80.9%	79.3%	74.6%
RB	3.5%	5.9%	14.6%	16.3%	17.9%	20.2%
Muerte	0%	1.2%	1.2%	2.8%	2.8%	5.2%
START						
No ECE, no IVS, Gleason <7						
SLP	96.8%	94.5%	89.3%	85.5%	81.8%	72.6%
RB	1.6%	3.3%	7.9%	10.9%	13.7%	20.5%
Muerte	1.6%	2.2%	2.8%	3.6%	4.5%	6.9%
ECE, IVS, Gleason ≥ 7						
SLP	94.6%	90.4%	81.3%	74.7%	73%	63%
RB	4.2%	7.2%	16.3%	22.1%	23%	29%
Muerte	1.2%	2.4%	2.4%	3.2%	4.0%	8.0%

No DS entre ambos grupos($p>0.05$)

Conclusiones:

Un porcentaje importante de pacientes candidatos a seguimiento activo pueden presentar un perfil anátomo-patológico agresivo y alta tasa de progresión, pero el impacto y la progresión global no parecen ser significativos. La selección de candidatos a la AS tiene que ser prudente en espera de resultados de más ensayos clínicos.

RECIDIVA LOCAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL. EXPANDIENDO INDICACIONES DE LA BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA.

I. Rodríguez Gómez, F. Gómez Veiga, L. Alvarez Castelo, A. Zarraonandía Andraca, J. Casas Nebra, M. Aller Rodríguez, A. Mariño Cotelo, A. Candal, V. Chantada Abal.

Sº de Urología y Oncología Radioterápica.CHUAC Y CENTRO ONCOLÓGICO REGIONAL. A Coruña

Introducción:

La recidiva local postprostatectomía radical es un fenómeno relativamente frecuente en la práctica clínica. El tratamiento con braquiterapia de baja tasa (LDB) podría convertirse en una opción válida junto con la radioterapia externa clásica.

Material y Métodos:

Entre Enero- 2004 y Diciembre- 2010 fueron tratados 53 enfermos ,pero sólo 47 con un seguimiento ⇢ 6 meses fueron incluidos en el estudio. La edad media fue 69,6 años (54-77).El estadio postprostatectomía fue pTo 1 caso (2,1%); pT2a 12 casos (25,5%);pT2b 3 casos(6,4%);pT2c 12 casos (25,5%);pT3a 4 casos (8,5%).

Se realizó por protocolo biopsia de anastomosis en todos los casos con grado de Gleason de 6 en 21 casos (44%), 7 en 20 casos (42%) y ⇢7 en 6 casos (12%).

Se realizó implante mediante técnica en tiempo real, con semillas Rapid Strand y utilizando el programa Variseed versión 7.2. La dosis estimada fue de 144 Gy, para un volumen medio de 9,3 cc., con una media de 43 semillas por sesión (0.47 mCi.). La D 90 media uretral fue de 112 Gy.

Resultados:

La estancia media fue ⇠ 24 horas en todos los casos, no precisando catéter uretral en ninguno de ellos y sin complicaciones perioperatorias importantes.

La toxicidad aguda génitourinaria fue grado 1 en 15 pacientes (31,9%) y grado 2 en 3 casos (6,4%), mientras la gastrointestinal fue grado 1 en 2 pacientes (4,3%) y grado 2 en 1 caso (2,1%).

Las tasas de toxicidad tardía fueron grado 1 en 3 casos (6,4%) y grado 2 en 1 enfermo(2,1%) para la genitourinaria e idénticas cifras para la gastrointestinal, con 3 y 1 caso respectivamente.

Con un seguimiento medio de 40 meses la supervivencia libre de recidiva bioquímica es de 92,9% a 2 años y de 80,8% a 5 años.

8 pacientes se encuentran en progresión y 1 paciente falleció por causa relacionada.

Conclusiones:

La LDB es una opción válida para el tratamiento de la recidiva local, con unos resultados óptimos en supervivencia global y libre de recurrencia.

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO DE RIÑÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rosa Novoa Martín, Daniel Pérez Fentes, Patricia Cordeiro Gonzánez, Benito Blanco Gómez, Luciano Honorato Ruiz, Ana Puñal Pereira, Miguel Blanco Parra, Serafín Novás Castro, Camilo García Freire

Complexo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivo:
Presentación del manejo de un varón que presenta un cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal sobre un riñón en herradura. Es una entidad que se presenta con una baja frecuencia y de predominio en mujeres. Nuestro caso constituye el quinto caso en varón descrito en la literatura.

Material y Métodos:
Varón de 53 años, sin patologías previas. Presenta un cuadro de oligoanuria e insuficiencia renal aguda. Se aprecia una masa en epigastrio, no dolorosa a la palpación.
En la ecografía abdominal, se observa una masa quística en la zona de unión de un riñón en herradura e hidronefrosis bilateral.

Resultados:
Se decide cateterización ureteral retrógrada bilateral, requiriendo posteriormente nefrostomía percutánea izquierda ante la no mejoría de la función renal.
En TC con contraste, se confirma el diagnóstico de masa quística de 12,5x10,3 cm, que impresiona de quiste complicado, comprimiendo ambos uréteres de forma extrínseca
Se decide realizar la exéresis quirúrgica de la masa quística. La lesión se abre accidentalmente en el campo quirúrgico, con salida de material mucinoso a la cavidad peritoneal.
A través del estudio anátomo-patológico se obtiene el diagnóstico de cistoadenocarcinoma mucinoso de riñón.
En el postoperatorio precoz el paciente vuelve a presentar oligoanuria. Se realiza pielografía descendente a través de la nefrostomía izquierda, observando una obstrucción a nivel del tercio proximal ureteral izquierdo. La TC abdómino-pélvica, sugiere la presencia de una colección postquirúrgica. Tras un mes de evolución manteniendo la nefrostomía percutánea abierta, se realiza nueva TC, evidenciándose de nuevo una masa sólida retroperitoneal infrarrenal.
Se programa reintervención quirúrgica. El estudio anátomo-patológico confirma la recidiva del cistoadenocarcinoma mucinoso. Se objetivan múltiples metástasis óseas en la gammagrafía ósea.

Se inicia tratamiento quimioterápico con capecitabina, con mala respuesta clínica, falleciendo el paciente a los 5 meses del inicio de la quimioterapia.

Conclusiones:

-El diagnóstico preoperatorio es complicado. La sospecha se establece a través de pruebas de imagen. No es raro que se confundan con lesiones quísticas renales. La confirmación final se obtiene mediante estudio el anátomo-patológico.

-El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, el papel de las pautas de quimioterapia y radioterapia aún no está establecido.

FACTORES DE RIESGO EN CÁNCER DE PENE: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 20 AÑOS

Iyad Barghouti, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Andrea Sánchez Vázquez, Aarón Barreiro Mallo, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Introducción y Objetivos:

El carcinoma de pene es una neoplasia poco frecuente. Su pronóstico depende de múltiples factores de riesgo que afectan a los resultados de tratamiento, supervivencia global de los pacientes y la tasa de recidiva.
Presentamos en este trabajo análisis del impacto de los factores clínico-patológicos del cáncer de pene.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo entre 1991 y 2010, en el que se revisan 75 pacientes diagnosticados de cáncer de pene. La edad media de los pacientes 65.5 años (rango de 30-89 años), con seguimiento mínimo de un año. Se analizan la supervivencia libre de enfermedad a 5 años(SLE5) y la supervivencia global a 5 años(SG5),entre dos grupos de cada factor de riesgo: pTcN0(Grupo1:≤=pT1,Grupo2:≥pT1),Grado(Grupo 1:≤=I,Grupo2:≥II), tamaño de tumor(Grupo1:≤=2cm,Grupo2:≥2cm.
Se calculan por las tablas de Kaplan-Meier y la prueba de chi-cuadrado, utilizando el paquete estadístico SPSSv17.0 para el análisis.

Resultados:

Las SLE5 y SG5 fueron mayores en el grupo de bajo riesgo. Aunque la SG5 es significamente mayor en el grupo de bajo pT, sin embargo SLE5 no demuestra diferencia significativa entre los dos grupos. No hay diferencia significativa en el tamaño ni de SLE5 ni SG5.

Factores	SLE5			SG5		
	Grupo1	Grupo2	p	Grupo1	Grupo2	p
pTcN0	51.3%(ES0.091)	48.8%(ES0.138)	0.176	61.8%(ES0.089)	21.9%(ES0.129)	0.003
Grado	63.9%(ES0.101)	29.1%(ES0.083)	0.0001	72.9%(ES0.091)	26.1%(ES0.083)	0.0001
Tamaño	37.5%(ES0.126)	52.3%(ES0.074)	0.951	63.8%(ES0.111)	46.7%(ES0.076)	0.383

ES = Error Estándar

Conclusión:

Nuestros resultados del grado tumoral como factor pronóstico para definir grupos de riesgo son compatibles con los distintos estudios publicados, si bien el estadío puede tener relevancia. Es posible que precisemos mejores factores pronósticos para poder definir población riesgo de progresión y planificar mejores o más adecuadas estrategias terapéuticas. Los estudios multicéntricos en contexto de ensayos clínicos junto con una educación socio-sanitaria parecen fundamentales en el cáncer del pene.

MICROLITIASIS TESTICULAR: DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Iyad Barghouti, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Aarón Barreiro Mallo, Andrea Sánchez Vázquez, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal

Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Introducción y Objetivos:
La microlitiasis testicular es una patología poco frecuente, que generalmente se identifica por casualidad en la ecografía testicular. El interés por microlitiasis testicular ha aumentado en los últimos años, debido a una asociación observada con el tumor testicular de células germinales (TTCG) y carcinoma testicular in situ. Presentamos un caso de varón de 45 años que presenta microlitiasis testicular diagnosticado por ecografía escrotal, y revisamos la literatura.

Materiales y Métodos:
Varón de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de ligera dislepemia y asma, intervenido de polipectomía endoscópica con displasia superficial leve compatible con microadenomas tubulares. Acudió a nuestra consulta de Urología por fallo de conseguir embarazo con su pareja después de 18 meses de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. No refiere antecedentes de traumatismos en los testículos ni enfermedades relacionadas en la infancia ni disfunción eréctil. A la exploración física se demuestra testículos moderadamente atróficos. Se le realizó ecografía escrotal que demostró varicocele bilateral más importante en el lado izquierdo, e inespecíficas micro calcificaciones en ambos testículos. Azoospermia en la espermiograma. Se decidió realizar biopsia testicular.

Resultados:
Estudio anatomo-patológico: Ausencia de espermatozoides. No evidencia de malignidad. Se decidió seguir el paciente en nuestras consultas para descartar desarrollo de tumor testicular con el tiempo.

Conclusiones:
El manejo de pacientes con microlitiasis testicular varía en función de las necesidades específicas del individuo. Un enfoque conservador que implica el autoexamen testicular se recomienda para pacientes con microlitiasis testicular que son asintomáticas. La biopsia testicular se debe considerar en los pacientes con microlitiasis testicular y las características asociadas al síndrome de desgencia testicular,como infertilidad, atrofia testicular y la criptorquidia, dada la mayor frecuencia de detección de TTCG y CIS en este grupo de personas.

19/11/2010 Ecografía escrotal:
Varicocele bilateral más importante en el lado izquierdo.
Pequeñas microcalcificaciones en ambos testículos, inespecíficas.
En la cabeza de ambos epidídimos se observan quistes simples, el mayor de 2,2 cm en el lado izquierdo y de 1,7 cm en el lado derecho.
Discreta ectasia de la rete testis en el testículo izquierdo

24/11/10 *BIOQUIMICA*: Glucosa 77.0, Urea 35.0, Creatinina 1.08, GPT (ALT) 40.0.
HEMATIMETRIA:Leucocitos 7.55, Eritrocitos 5.59, Hemoglobina 17.3, Hematocrito 49.9, V.C.M. 89.2, H.C.M. 30.9, C.H.C.M. 34.7, Plaquetas 227.0, MPV 8.8, Linfocitos % 35.5, Monocitos % 6.7, Neutrófilos % 52.3, Eosinófilos % 3.1, Basófilos % 0.6, LUC / LYC 1.8, Linfocitos 2.68, Monocitos 0.51, Neutrófilos 3.95, Eosinófilos 0.24, Basófilos 0.05.

OURIÑOS e LIQUIDOS BIOLOXICOS: Densidade 1020.0, pH 7.0, Leucocitos NEG, Nitritos NEG, Proteinas NEG, Glucosa NORM, Corpos cetónicos NEG, Urobilinóxeno NORM, Bilirrubina NEG, Eritrocitos NEG, Comentario sedimento Tras citometría no precisa revision microscópica.

ESTUDIO ELEMENTOS FORMES EN OURIÑOS: Hematíes 5.6, Leucocitos 2.0, Células Epiteliales 0.2, Cilindros hialinos 0.0, Bacterias Negativo.
HORMONAS: FSH 4.7, FSH V.ref. home:1-8
muller: fase folicular:3-11
pico ovulatorio: 10-45
fase luteínica: 1.5-7
menopausia: 26-162, LH 6.7, LH V.ref. home:1-12
muller: fase folicular:0.5-12
pico ovulatorio: 32-66
fase luteínica: 0.6-6
menopausia: 13-122, Testosterona total 634.0.

ESPERMIOGRAMA: Recibido : Dentro del tiempo recomendado, Color (aspecto) Blanco-amarillento, Examen microscópico en fresco Escasas células de epitelio redondo, Viscosidad Normal, Volumen 2.5, pH 7.0, Espermatozoides /ml Azoospermia, Total esper.en todo el eyaculado Azoospermia, Fructosa/seminal 158.0, Zinc/seminal 28.6.

RELACIÓN DEL VOLUMEN TUMORAL Y AGRESIVIDAD TUMORAL EN UNA SERIE DE 4532 PACIENTES CANDIDATOS A PRIMERA BIOPSIA DE PRÓSTATA CON PSA 2,5-10

Marcos Aller Rodríguez, Darío Vázquez Pazos, Francisco Gómez Veiga, Ignacio Rodríguez Gómez, Sonia Pertega, José Luis Ponce Díaz-Reixa, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción:

El diagnóstico del cáncer de próstata sigue basándose en la determinación de PSA, tacto rectal y la biopsia ecodirigida. En muchos casos estos tumores pueden presentarse con escasa carga tumoral de ahí la importancia de estudiar factores relacionados con la agresividad tumoral.
El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el volumen prostático y la agresividad tumoral en pacientes candidatos a primera biopsia

Material y Métodos:

Entre septiembre de 2002 y mayo de 2012, 4532 pacientes candidatos a primera biopsia con determinación de PSA con rango comprendido entre 2,5-10, tacto rectal previo y biopsia prostática ecodirigida de 10 cilindros fueron incluidos para el estudio. La edad media fue de 66,4 años, la media de PSA fue 5,27ng/mL, con una media de PSA complex de 4,38. El volumen prostático medio fue 48,7cc con una densidad media de PSA de 0,14. Se analiza la relación del volumen para definir tumores y agresividad tumoral expresada en A)Tumores con Gleason ≥ 7 y B) más de dos cilindros positivos en la biopsia. Utilizamos SPSS v17.0 con el test estadístico chi-cuadrado.

Resultados:

El diagnóstico de cáncer de próstata por biopsia fue de 1562 casos (34,5%) de las cuales el 51,8% presentaba un Gleason score ≥7. Así mismo, de todas las biopsias diagnósticas de cáncer, el 55% presentaba ⟶2 cilindros positivos. Al relacionar estas variables con el volumen prostático hallamos resultados significativos (p⟵0,0001):

Volumen próstata	Gleason <7	Gleason ≥7	Cilindros + ≤2	Cilindros + ≥2	Total casos
≤40 cc	397 41,2%	566 58,8%	375 38,9%	588 61,1%	963
>40 cc	355 59,3%	244 40,8%	328 54,8%	271 45,2%	599

Conclusiones:
Existe una clara relación entre el volumen prostático y la agresividad tumoral, siendo las próstatas de menor volumen las que presentan una mayor agresividad.

Estos datos han de ser tenidos en consideración a la hora de la toma de decisiones para la realización de una biopsia

TRATAMIENTO DE VEJIGA NEURÓGENA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (BTX-A) INTRADETRUSOR: SERIE DE 30 CASOS

Paula Portela Pereira, Marcos Aller Rodríguez, Luis Álvarez Castelo, Luis Busto Martín, Sara Martínez Breijo, Juan Ándres González Dacal, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo:
Evaluar la eficacia de la inyección intradetrusor con toxina botulínica tipo A (BTX-A) en pacientes con hiperactividad del detrusor neurogénica en los que fracasaron los tratamientos farmacológicos.

Material y métodos:
Estudio descriptivo que incluyó 30 pacientes con vejiga hiperactiva neurógena con mala o nula respuesta a tratamiento farmacológico, y que fueron sometidos a la inyección intradetrusor con BTX-A. Variables medidas: sexo, edad, etiología, pérdidas de orina, dosis de BTX-A, parámetros urodinámicos (pretratamiento y postratamiento) y complicaciones. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.19.

Resultados:
La etiología fue traumática en 19 pacientes. 63'3% de los pacientes eran de sexo masculino, y la edad media fue de 39'9 años. En la mayoría de los pacientes, el manejo de la vejiga se llevó a cabo con agentes anticolinérgicos (93%) y cateterismos intermitentes (83%). A pesar de ello, el 90% mantenía pérdidas urinarias. 93% de los pacientes fueron sometidos a inyección intravesical de 300 UI de BTX-A distribuidos en 30 puntos, infiltrándose el trígono en 7 pacientes. Se observa una mejoría urodinámica significativa después del tratamiento en los siguientes parámetros: capacidad máxima cistométrica (p = 0'017), presión máxima del detrusor (p = 0'028) y compliance vesical (p = 0'037). El tiempo medio sin pérdidas de orina fue de 222 días, y no hubo diferencias estadísticamente significativas en la inyección de trígono. Se registraron 2 casos de infección del tracto urinario postratamiento.

Conclusiones:
La inyección intradetrusor de BTX-A es un tratamiento eficaz y seguro en los pacientes con vejiga hiperactiva neurógena refractaria. Esta terapia puede ser un tratamiento alternativo en pacientes con cateterismo difícil o contraindicaciones para otros procedimientos quirúrgicos.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA ORAL

Teresa Mosquera Seoane, Javier Pereira Beceiro

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña

Objetivos:
Analizar los resultados de la uretroplastia con injerto de mucosa oral en el tratamiento de la estenosis uretral de diferentes etiologías y localizaciones.

Material y Métodos:
Pacientes (n=14) a los que se practicó uretroplastia con injerto de mucosa oral en el Área Sanitaria de Ferrol entre abril de 2008 y octubre de 2011. Análisis estadístico: se realizó estudio descriptivo de todas las variables con medidas de centralización y dispersión, expresando las variables cuantitativas como media ± desviación típica. El éxito de la cirugía se definió como mejoría uretrográfica, flujométrica y sintomática o exploratoria.

Resultados:
La media de edad fue 47,14±8,38 años (35-61). La etiología de la estenosis fue manipulación uretral en 4 casos (28,57%), fístula uretral y estenosis tras cirugía de hipospadias en 3 pacientes (21,43%), traumática en 2 (14,29%), balanitis xerótica obliterante en 2 (14,29%), idiopática en 2 (14,29%) e infecciosa en 1 (7,14%). La longitud media de la estenosis uretral fue 3,09±0,88 cm (1,80-4,00). La localización de la estenosis era bulbar en 8 casos (57,14%), pendular en 3 (21,43%), pendulo-glandular en 2 (14,29%) y bulbo-peneana en 1 (7,14%). Se realizó uretroplastia en un tiempo en 12 casos (85,71%), en dos tiempos en 1 caso (7,14%) y en tres tiempos en 1 (7,14%). Se empleó injerto doble ventral y dorsal en 7 casos (50,00%), injerto ventral en 5 pacientes (35,71%) e injerto ventral con tubulización posterior en 2 casos (14,29%). El Qmáx preoperatorio fue 5,85±4,76 ml/s (0-14), siendo el último Qmáx postoperatorio medido de 16,78±6,39 ml/s (6-28). La estancia postoperatoria media fue 6,64±2,43 días (3-11). La sonda uretral se mantuvo tras la cirugía durante 21,07±4,71 días (15-30). El seguimiento medio de los pacientes fue 27,38±15,79 meses (6-49). De los 12 pacientes con cirugía planificada para un tiempo, 4 (33,33%) fueron reintervenidos una vez y uno dos veces (8,33%). La primera uretroplastia fue efectiva en 10/14 casos (71,43%). En total 12/14 pacientes obtuvieron un resultado satisfactorio con una o más uretroplatias (85,71%).

Conclusiones:
La mucosa oral resulta efectiva en el tratamiento de la estenosis de uretra de diversas etiologías y en diferentes localizaciones. El 85% de los pacientes presentan resultados satisfactorios desde el punto de vista clínico, uroflujométrico y uretrográfico, aunque el seguimiento medio de los pacientes es aún muy corto.

¿SE DEBE INDICAR LA PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO TRATAMIENTO INICIAL EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO?

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, José Manuel Barros Rodríguez, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo Xeral-Cies

Introducción:
En el varón el cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte oncológica. Hasta un tercio de los pacientes diagnosticados CaP tienen características de alto riesgo y suelen ser tratados con esquemas de radiación y hormonoterapia, existiendo controversia sobre la indicación de la prostatectomía radical en este grupo de pacientes

Objetivo:
Evaluar los resultados oncológicos a largo plazo de la prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo (CaPR) según la clasificación de D`amico

Material y Métodos:
Se revisaron 1028 prostatectomías radicales, seleccionándose 166 con criterios de CaPAR según la clasificación de D`amico (PSA⟶20 ng/ml, estadio clínico ≥T2c o Gleason de la biopsia ⟶7).
Las variables analizadas fueron edad, tacto rectal, Gleason de la biopsia y pieza, PSA al diagnóstico, estadio clínico y patológico. Se excluyeron a los pacientes que recibieron tratamiento hormonal y radioterapia antes de la progresión bioquímica (PSA ⟶0,2 ng/ml)
Analizamos la probabilidad de progresión bioquímica, supervivencia cáncer específica y supervivencia global utilizando las pruebas Kaplan Meyer, Long Rank y la regresión logística de Cox

Resultados:
La mediana de edad fue 65(49-78) años; PSA (≤20/⟶20) 106(63,9%) y 60(36,1%); estadio clínico (⟵T2c/≥T2c) 104(62,7%) y 62(37,3%); Gleason preoperatorio (≤7/⟶7) 64(38,6%) y 102(61,4%); mediana de seguimiento 74(1-201) meses. 36,2%(60) tenían enfermedad organoconfinada.
A los 10 años la supervivencia libre de progresión bioquímica, supervivencia cáncer específica y supervivencia global fue del 41%, 94,6% y 92,2% respectivamente
El análisis univariante mostró que tanto estadio clínico (≥T2c) como el score de Gleason (⟶7) estaban asociados a una mayor mortalidad por CaP (p=0.024 y p=0.001 respectivamente), pero no el PSA

La regresión logística de Cox muestra al Gleason de la biopsia (≥7) como el peor factor pronóstico y factor más influyente de recidiva recidiva bioquímica (OR=3,5; 95%IC:1,8-7,6;p=0.019) y muerte por CaP (OR=7,2; 95%IC:2,1-24,3;p=0.001).

Conclusión:
Los datos de nuestro estudio sugieren que la Prostatectomía Radical proporciona a largo plazo excelente resultados oncológicos en un subconjunto de hombres con CaPAR, disminuyendo significativamente el uso precoz de terapia de deprivación androgénica.

Palabras claves: Prostatectomía Radical. Cáncer de próstata. Alto Riesgo.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE FRACASO D E LA ANASTOMOSIS URETEROILEAL EN DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Jacobo Freire Calvo, Daniel León Ramírez, Sabela López García, Angel Maximino Castro Iglesias, Juan Benavente Delgado, Antonio Ojea Calvo.

Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

Introducción:
La cistectomía radical y las diversas técnicas de derivación urinaria, presentan una considerable morbilidad, con un 64% de complicaciones totales durante los primeros 90 días post-cirugía. El fracaso de la anastomosis ureteroileal, en el caso de reservorio Bricker, es una complicación frecuente durante los primeros 10 días.

Material y Métodos:
Presentamos el caso de una paciente de 69 años diagnosticada de cáncer vesical T1G3, con fracaso a inmunoterapia, sometida a cistectomía radical y derivación tipo Bricker con anastomosis ureteroileal Wallace II. A los 10 días post-intervención presenta vómitos, distensión abdominal y rebote positivo en la exploración.
Pruebas complementarias. En UroTC se evidencia urinoma de 17x14x10 cm sin observarse fugas, por lo que se coloca catéter de drenaje percutáneo en urinoma. Tras una semana, persiste débito por el drenaje, y se produce empeoramiento de función renal, por lo que se realizan nefrostomías percutáneas bilaterales; en pielografía anterógrada se evidencia fuga a nivel de uréter distal izquierdo y en anastomosis ureteroileal.
Intervención quirúrgica. Dado que el riñón derecho muestra un parénquima atrófico y considerando la fuga en uréter distal izquierdo, se realiza nefrectomía derecha, exéresis de segmento distal de uréter izquierdo y anastomosis uretero-ureteral izquierda-derecha, utilizando el remanente ureteral derecho para realizar la anastomosis ureteroileal.
Evolución. La paciente presenta buena evolución clínica, con alta hospitalaria a los 14 días de la intervención. Al año se mantiene sin complicaciones y libre de enfermedad.
Anatomía patológica. Riñón derecho con hallazgos de nefroangioesclerosis. Uréter izquierdo con signos de necrosis.

Discusión:
La transureteroureterostomía es una técnica extendida para el tratamiento de lesiones de uréter distal cuando no es factible la realización de la anastomosis ureteroileal. En nuestro caso, se realizó transposición del segmento proximal sano del uréter

izquierdo al lado controlateral. Tras nefrectomía derecha por riñón no funcionante, se aprovechó el remanente ureteral para completar la anastomosis ureteroileal, con un resultado satisfactorio.

Conclusiones:

La transposición ureteral es una técnica de utilidad ante el fracaso de la anastomosis ureteroileal secundaria a necrosis del segmento distal del uréter. La oportunidad de utilizar el remanente ureteral tras nefrectomía puede permitir realizar la anastomosis ureteroileal, conservándose el reservorio.

¿DE QUÉ MUEREN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA?

Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Jacobo Freire Calvo, Daniel Leon Ramírez, Sabela López García, Ángel Maximino Castro Iglesias, Juan Benavente Delgado, Antonio Ojea Calvo.

Servicio de Urología. Hospital Xeral-Cíes . Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos:
Analizamos las causas de muerte en pacientes a los que se les ha realizado prostatectomía radical (PR) tras diagnóstico de adenocarcinoma de próstata (CaP), evaluando si existe un patrón de causas de mortalidad diferente a la población de varones del mismo rango de edad en España (PE).

Material y Métodos:
Realizamos un estudio retrospectivo de 976 pacientes diagnosticados de CaP y tratados mediante PR entre 15/07/92 y 01/06/11. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 69.56 meses (±45,10), con mediana de edad de 64 años (rango 60-68.05), mediana de psa 7 (rango 5-10) y mediana de Gleason de la pieza quirúrgica 7 (rango 6-7). Se ha realizado estandarización indirecta de tasas (población de referencia la PE) para el posterior análisis de las razones de mortalidad estandarizadas (RME) con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados:
Se han registrado un 2.46 % de muertes por CaP (RME de 3,5 , IC95%: 2.37-5.26), un 2,36% de muertes por segundos tumores (RME 0.51, IC95%: 0.34-0.77), y un 2.25% de fallecimientos por otras patologías (RME 0.62, IC95%: 0.41-0.94). La mortalidad por CaP representa la causa individual más importante (35% de las muertes). Entre los fallecimientos por segundos tumores, el cáncer de pulmón representa el 26%, si bien presenta una RME de 0.32 (IC95%: 0.14-0.70), seguido por el cáncer de páncreas (17%) y el cáncer urotelial (17%). Entre las causas de muerte no oncológica, las más frecuentes son la enfermedad coronaria isquémica (32%) y las enfermedades crónicas broncopulmonares (27% y RME 0.33, IC95%: 0.14-0.81).

Conclusiones:
La principal causa de muerte de los pacientes con CaP tratados mediante PR es el propio cáncer de próstata. Estos pacientes no presentan con respecto a la PE, un aumento del riesgo de muerte por segundos tumores o por otras patologías no tumorales, incluyendo las derivadas de comorbilidad más frecuente en los grupos de mayor edad, especialmente enfermedades crónicas broncopulmonares. Asimismo, en consonancia con otras series de la literatura, se observa una menor frecuencia de muerte por cáncer de pulmón. Estos datos podrían evidenciar una adecuada selección de los pacientes candidatos a cirugía.

¿EXISTE ALGÚN CILINDRO QUE PRESENTE MAYOR RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA BIOPSIA DE PRÓSTATA?

Freire Calvo,Jacobo; Tortolero Blanco,Leonardo; Carballo Quintá,Manuel; León Ramirez,Daniel Hildebrando; Lopez García,Sabela; Berros Rodríguez,José Manuel; Castro Iglesias,Maximino; Ojea Calvo,Antonio

Hospital Xeral-Cies, Vigo

Objetivo:
Determinar si existe algún cilindro en el que se demuestre un mayor índice de positividad en el diagnóstico de cáncer de próstata.Analizamos además si existen diferencias entre biopsias positivas en un solo cilindro y biopsias con dos o más cilindros afectados.

Material y Métodos:
Se analizan 307 biopsias de próstata con resultado positivo para adenocarcinoma de próstata realizadas entre enero 2009 y noviembre 2011.Todas ellas se realizaron mediante un esquema de toma de muestras de 12 cilindros correspondientes con las zonas ápex, media externa e interna y base externa e interna.Se calcula en qué porcentaje se ven afectados cada uno de los cilindros.Estratificamos un subgrupo de 77 pacientes en los que sólo se ve afectado un cilindro de la muestra.Se analiza si existen diferencias entre pacientes con un solo cilindro positivo y pacientes con dos o más cilindros positivos.Se comparan los valores de PSA y porcentaje de PSA libre/PSA total entre ambos grupos.Características de los pacientes:Media edad(64 años),media PSA (8,04ng/ml),media PSA L/T 15%, media Gleason (7).Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias ,medianas, desviaciones y rango para las cuantitativas.Las diferencias entre PSA se obtuvieron con T-Student.

Resultados:
Los cilindros que mayor índice de positividad presentaron fueron los correspondientes con base interna derecha(78,8%),base interna izquierda (78,2%) y ápex derecho(76,9%).En el grupo con sólo un cilindro positivo el más repetido fue el de media externa izquierda.No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0,418).No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos comparando valores de PSA y PSA L/T(p=0,61).

Conclusiones:
No hay evidencia de que exista algún cilindro que presente mayor rentabilidad diagnóstica para el cáncer de próstata.Los valores de PSA y PSA L/T en pacientes con biopsia positiva en un solo cilindro y pacientes con dos o mas cilindros afectados no arrojan diferencias significativas.

vídeos

FLAP DE DARTOS: SIMPLE Y EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS VESICO-RECTALES

A. Sousa y C. Uribarri

Hospital Comarcal de Monforte. Servicio de Urología

Introducción:
El tratamiento quirúrgico de las fístulas vesico-rectales o vesico-uretrales post prostatectomía radical es un procedimiento no exento de complicaciones serias y permanentes como la incontinencia urinaria y/o fecal además del riesgo de recidiva asociado sobre todo a los pacientes radiados, inmunodeprimidos, desnutridos o sobreinfectados.

Técnica quirúrgica:
Con el paciente colocado en posición de litotomía y tras cateterizar la uretra y la fistula. Realizamos una incisión con forma de V invertida sobre la piel escrotal movilizándola y desepitelizándola en su extremo distal para confeccionar un flap local muy bien vascularizado y anatómicamente muy cercano a la propia fistula lo que facilita su movilización para cubrir esa zona.

Discusión:
Las técnicas de sutura directa mas comunes son York.-Mason (transesfinteriana), Kraske (transacra), transperineal, transanal. Sin embargo, cuando interesa interponer tejido sano y vascularizado se prefiere utilizar flaps como Gracilis, Omento o Dartos perineal. Esta última técnica, consistente en una modificación del flap escrotal utilizado para tratar las estenosis uretrales complejas, fue descrita por Yosuef en 1999 y se caracteriza por su simplicidad, bajo índice de complicaciones y elevado nivel de éxitos.
Presentamos un video describiendo los principales pasos de esta sencilla, pero efectiva, técnica que debería formar parte del armamentarium quirúrgico de cualquier urólogo y cirujano general.

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA DE TUMOR EN POLO SUPERIOR DE RIÑÓN IZQUIERDO

Novas Castro, Serafín; Puñal Pereira, Ana; Honorato Ruiz, Luciano; Cordeiro González, Patricia; Novoa Martín, Rosa María; Blanco Gómez, Benito; Cimadevila García, Antonio; García Freire, Camilo; Lema Grillé, José; Pérez Fentes, Daniel Adolfo; Toucedo Caamaño, Valentín; Blanco Parra, Miguel; Villar Núñez, Manuel.

Servicio de Urología, C.H.U. de Santiago de Compostela.

Objetivo:

Presentar un caso de tratamiento quirúrgico de un tumor renal izquierdo localizado, mediante cirugía laparoscópica.

Material y Métodos:

Varón de 72 años, con antecedentes de epilepsia y arritmia cardíaca, al que se le diagnostica, incidentalmente por eco, una lesión renal bilateral. El TAC posterior confirma la existencia de una masa de 3.6 cm en polo superior del RI y otra de 2.9 cm en tercio medio del riñón D compatibles con hipernefroma, debiéndose valorar la variante de carcinoma papilar. Con estos hallazgos, se decide realizar nefrectomía radical derecha y nefrectomía parcial izquierda laparoscópicas, con abordaje transperitoneal.

Resultados:

En un primer tiempo, se realiza la nefrectomía parcial de polo superior del riñón izquierdo, posicionando al paciente en decúbito lateral derecho entre 45º y 60º, colocando inicialmente cuatro puertos: 2 de 12mm y dos de 5mm. Siendo necesario, posteriormente, la colocación de un quinto trocar de 5mm, para separar el bazo. Se utiliza una óptica de 30º.

Para el clampaje de la arteria renal se utiliza un torniquete Rummel, con un tiempo de isquemia caliente de 25 minutos.

En un segundo tiempo, se realiza la nefrectomía radical derecha laparoscópica.

La estancia postoperatoria del paciente fue de 12 días por drenaje productivo. Con un descenso de la hemoglobina de 3 g/dl, y un empeoramiento temporal de la función renal en el postoperatorio.

La anatomía patológica informa de oncocitoma de 3,4 cm en riñón izquierdo y oncocitoma de 2,9 cm intrarrenal en riñón derecho, que no contactan con márgenes quirúrgicos.

Actualmente el paciente está libre de tumor, con una función renal normal.

Conclusiones:

La nefrectomía parcial está indicada en casos de riñón único anatómico o funcional, como nuestro caso. Siendo la vía laparoscópica transperitoneal una indicación válida cuando el tumor es pequeño y periférico, con resultados oncológicos superponibles a la cirugía abierta.

En los tumores de polo superior renal, es importante, una buena decolación y liberación del ligamento esplenocólico y esplenorrenal, para facilitar el acceso quirúrgico. Es discutible, en estos casos, la idoneidad de la vía retroperitoneal.

NEFROURETERECTOMÍA DERECHA Y URETERECTOMÍA IZQUIERDA CON POSTERIOR REIMPLANTE VÉSICO URETERAL LAPAROSCÓPICO EN PACIENTE CO TM DE URETER BILATERAL

E. Cespón, E. Comesaña, I.Martínez-Sapiña, E. López, D. Jamardo, F. Sabell, A. Larrañaga, T. De la Hoz, J. Mata

Servicio de Urología. Hospital Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Presentamos en este video el caso de un paciente intervenido de Tm vesical en otro centro hace 4 años, que acude al S. de urgencias por hematuria
En los estudios complementarios presenta en el TAC y en la RMN imágenes compatibles con Tm de uréter bilateral
Se opta por la realización de nefroureterectomia derecha con ureterectomia izquierda y posterior reimplante uretero-vesical por vía laparoscópica, con buena evolución post operatoria y alta a las 48 horas

HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN TUMORES T2

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Antonio Selas; Manuel Varela; Luisa Fernández

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:
Actualmente la cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en los tumores renales T1. Sin embargo los buenos datos de control oncológico publicadas por Centros de Referencia con series importantes en tumores T2 animan a considerar la cirugía conservadora de nefronas en tumores ⇢ 7 cm.
El abordaje laparoscópico es así mismo el idóneo dadas las claras ventajas para el paciente. La experiencia en laparoscopia nos permite el abordaje por esta vía de lesiones renales de complejidad creciente.

Material – Método:
Paciente con hallazgo incidental de tumor renal bilateral sincrónico: derecho de 12 cm, izquierdo de 14 cm. Los hallazgos radiológicos sugieren oncocitoma en ambos casos. Se realiza cirugía conservadora renal derecha vía laparoscópica.

Resultados:
El tiempo quirúrgico fue de 150 minutos, isquemia de 25 minutos y sangrado de 300cc, estancia de 4 días sin complicaciones posoperatorias. La anatomía patológica correspondió a Carcinoma renal patrón cromófobo.

Conclusiones:
La cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en el carcinoma renal pT1. Debe considerarse electiva en los T2 y mandatoria en pacientes monorrenos o con tumores bilaterales. El abordaje laparoscópico es preferible a la cirugía abierta siempre que se prevea un resultado satisfactorio.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN CIRUGÍA DE RESCATE EN CARCINOMA RENAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Vicente García Riestra; Luisa Fernández; Antonio Selas

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

La cirugía conservadora renal constituye actualmente el tratamiento de elección en carcinoma renal T1. En tumores T2, su papel es más controvertido, aunque Centros con amplia experiencia están considerándola en estos casos. Cuando se decide realizar conservación renal en tumores voluminosos el seguimiento de estos pacientes debe ser más estrecho dado el mayor riesgo de recidiva local.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un paciente de 53 años de edad. Se diagnostica de carcinoma renal derecho de 8 cm de diámetro, al que se le realiza nefrectomía parcial laparoscópica correspondiendo el estudio anatomopatológico a un carcinoma renal de células claras con bordes negativos. A los 10meses de la cirugía y en un PET-TAC de control se aprecia lesión perirrenal sugestiva de recidiva tumoral. Con el diagnóstico de recidiva tumoral en fosa lumbar derecha se realiza abordaje laparoscópico para resección de dicha lesión. Abordaje laparoscópico transperitoneal con 4 trócares. Amplia liberación del riñón derecho. Resección completa de grasa perirrenal. Identificación de zona sospechosa. Resección completa de dicha lesión. Estudio intraoperatorio negativo para tumor. Se decide conservación renal El paciente evolucionó satisfactoriamente. el estudio anatomopatológico definitivo correspondió a cambios inflamatorios y necrosis grasa.

CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA EN LEAK TIPO II EN ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL

Manuel Ruibal; Raul Casas; Juan Vidal; José Domínguez

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Los aneurismas de aorta tienen una incidencia creciente con la edad situándose entorno al 2-5% a partir de los 60 años. Es cuatro veces más frecuente en varones que en mujeres. El riesgo de rotura es directamente proporcional al diámetro del aneurisma, situándose en el 20% en los mayores de 7 cm. El tratamiento clásico de cirugía abierta está siendo reemplazado por la colocación de endoprótesis dados sus buenos resultados y su menor morbimortalidad. Es esencial una adecuada colocación de la endoprótesis para el éxito terapéutico y reducir el riego de fracasos y complicaciones. En el seguimiento de estos pacientes es importante el despistaje de la aparición de una complicación relevante como son una comunicación de una arteria no ocluida que comunica con el saco aneurismático: Leak. Dentro de los Leak destaca por su relevancia clínica el Leak tipo II. El riesgo un Leak está en una presurización del saco por el aporte sanguíneo de una rama arterial no ocluida con el consiguiente riesgo de rotura. No todos os Leak tienen un comportamiento maligno y sólo estos requieren un tratamiento quirúrgico para su oclusión.

Caso clínico:

Presentamos el caso de un paciente de 75 años con aneurisma de aorta infrarrenal al que se le realizó colocación de endoprótesis vascular para corrección del aneurisma. En el seguimiento presenta a los 24 meses de la cirugía crecimiento del saco del aneurisma con presurización del mismo a partir de una arteria lumbar izquierda. SE decide conjuntamente con el Servicio de Cirugía Vascular el cierre de dicha arteria lumbar izquierda mediante abordaje laparoscópico. Presentamos en el siguiente video la técnica empleada.

CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VESICO-PERITONEO-VAGINAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Eloy Del Moral; Francisco Llovo; Luisa Fernández

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:
El desarrollo de fístulas vesico-vaginales constituye una temida complicación en la cirugía pélvica de la mujer, dada la complejidad que en ocasiones representa su corrección con tasas de recidivas no desdeñables. La posibilidad de su corrección vía laparoscópica es atractiva, pero debe tenerse en cuentaque para conseguir el cierre con éxito se requiere una adecuada técnica quirúrgica, con resección del trayecto fistuloso, cierre de ambas aperturas y la idoneidad de interposición de tejido entre ambas suturas.

Caso clínico:
Presentamos el caso de una paciente de 35 años de edad a la que se le había realizado histerectomía por ca de cérvix. En el posoperatorio presento un TEP con evolución satisfactoria tras anticoagulación. A los 6 meses de la cirugía relata pérdidas de orina continuas de pequeña cuantía pero permanentes, así como episodios de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca derecha. A la exploración física vaginal solo se logra confirmar escapes de orina tras llenado vaginal con azul metileno. Todos los estudios de imagen (Cistografía. UIV, TAC) fueron normales. Con diagnóstico de fístula vesico-vaginal se realiza abordaje laparoscópico con hallazgo de trayecto fistuloso que comunica vagina con cavidad peritoneal y vejiga. SE reseca trayecto fistuloso. Cierre de apertura vaginal y vesical. Interposición de plano graso de fondo saco de Douglas. Los estudios y la desaparición de la sintomatología confirman corrección completa de la fístula.

SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS ÚNICA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE LARINGE.

López García Sabela; Carballo Quintá Manuel; Freire Calvo Jacobo; León Ramírez Daniel; Castro Iglesias A. Maximino; Ojea Calvo Antonio.

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

Introducción:

Según la definición que la comisión nacional hace de la especialidad, la Urología es la especialidad que engloba el estudio, diagnóstico y tratamiento de de las afecciones médicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo en ambos sexos y del aparato genital masculino. Por lo tanto, el Urólogo tiene que estar familiarizado con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones de la glándula suprarrenal.

Material y Métodos:

Se introducen 4 trócares de 10mm a 2 centímetros del reborde costal: el primer trócar, de la óptica, es introducido a nivel de la línea axilar anterior; el segundo trocar a nivel de la línea axilar media; y el tercero y cuarto trócar a 5 centímetros del primero y el segundo respectivamente.
Los principios mayores para la extirpación de la glándula son: sección del ligamento espleno-frénico y espleno-renal; exposición de la cola del páncreas y los vasos esplénicos; localización del pedículo renal; Ligadura y sección individualizadas del pedículo superior, medio e inferior.

Resultados:

Paciente de 58 años de edad diagnosticado y tratado de carcinoma epidermoide de laringe pobremente diferenciado que, en controles rutinarios es diagnosticado de tumoración suprarrenal izquierda de 5 centímetros de diámetro compatible con origen metastático. Se procedió a la extirpación completa de la glándula siguiendo los principios generales. La Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico clínico. El paciente fue alta hospitalaria a las 72 horas.

Conclusión:

La cirugía laparoscópica de la glándula suprarrenal es una cirugía fácil, con apenas morbilidad.

PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON CIRUGÍA DEL SUELO PÉLVICO PREVIA

Sabela López García, Jacobo Freire Calvo, Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Daniel León Ramírez, Antonio Ojea Calvo.

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral.

Introducción:

La disfunción del suelo pélvico femenino constituye un problema extenso, afectando aproximadamente a un tercio e las mujeres adultas; y muy invalidante, tanto por las complicaciones sociales como por el gran impacto que provoca en la calidad de vida de la mujer. Hoy en día el tratamiento estándar es la corrección quirúrgica mediante prótesis, tanto por vía vaginal como por vía abdominal. La promontofijación laparoscópica es una opción de tratamiento para la patología del suelo pélvico que puede realizarse incluso con antecedentes de cirugía pélvica.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 69 años con antecedentes de cirugía por cistocele e Incontinencia de Orina de Esfuerzo, TVT y Perigee, que acude a nuestra consulta por prolapso de los tres compartimentos. Tras valorar los diferentes abordajes quirúrgicos posibles, se decide promontofijación laparoscópica.

Se coloca al paciente en Trendelemburg 30º. Se introducen 5 trócares. La cirugía comienza elevando el útero y fijándolo a la pared abdominal. Se identifica el promontorio, se secciona el peritoneo posterior para la disección del mismo. Se realiza la disección interfecto-vaginal, liberando bien la cara posterior de vagina. Se coloca la malla posterior, previamente recortada, fijándola al elevador del ano.

Con el útero suspendido se realiza la apertura de un orificio en el parametrio bilateralmente. Se inicia la disección intervesico- vaginal, hasta trígono. Se coloca la prótesis anterior, fijándola sobre cara anterior vaginal y al promontorio.

Posteriormente se realiza reperitoneización.

Resultados:

No se registraron complicaciones intra ni perioperatorias.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas.

La promontofijación laparoscópica permite la corrección de la patología del suelo pélvico, con buenos resultados anatómicos y funcionales.

NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PURA SIN CAMBIAR DE POSICIÓN AL PACIENTE

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Benito Rodríguez Iglesias, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Xeral-Cies

Introducción:

La nefroureterectomía laparoscópica es el gold estándar para el manejo de los tumores del tracto urinario superior (TUS), existiendo diferentes técnicas de cómo desinsertar el uréter distal (endoscópica, cirugía abierta o laparoscópica) con similares resultados oncológicos.
Nuestro objetivo es mostrar nuestra técnica de nefroureterectomía laparoscópica con desinserción del extremo distal del uréter sin cambiar la posición del paciente.

Material y Métodos:

Paciente varón de 60 años, asintomático, sin antecedentes de importancia seguido por carcinoma de células transicionales (CCT), que presentó citologías positivas intermitentes, con estudios del tracto urinario superior dudosos, ureteroscopia y biopsias negativas para CCT. Evidenciándose en la segunda biopsia de la pelvis izquierda tumor de CCT de alto grado.
En decúbito lateral izquierdo mediante técnica de Hasson se colocó a nivel pararectal por encima del ombligo trocar de 10mm para la endocámara, en la línea medio clavicular 2 trócares de 5mm uno por encima de la cresta iliaca y otro subcostal, y otro de 10mm a nivel de línea axilar anterior. Se procedió con la nefrectomía reglada. Posteriormente se insertó un trocar adicional de 5mm en la FII, sin modificar la posición del paciente y previo clipado precoz se diseco el uréter, seccionando un rodete vesical de 2cm con uréter intramural. La pared vesical se cerró con puntos en cruz de Vycril. Extracción de la pieza, previo embolsado, por una pequeña incisión ilioinguinal que se inicia en el trocar más distal. Se dejó drenaje en lecho quirúrgico y sonda vesical Nº 18.

Resultados:

El tiempo operatorio fue de 140´, perdida sanguínea 110ml. Dado de alta a las 72 horas. La sonda vesical se retiró a los 7 días. El estudio histopatológico demostró CCT de alto grado, que infiltra la capa muscular, con márgenes de resección negativos y cuff vesical libres de afectación neoplásica
A los 14 meses se halla libre de recidiva de enfermedad

Conclusion:
Una planificación adecuada de la cirugía al momento de colocar los trocares es fundamental para abordar el uréter distal durante la nefroureterectomía laparoscópica sin tener que modificar la postura del paciente.

Palabras Clave: Nefroureterectomía. Laparoscopia. Uréter Distal. Cambiar de posición.

ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE UN QUISTE DE URACO INFECTADO

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, Arturo Rodrigo Elías, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Xeral-Cies

Introducción:
El quiste de uraco es una patología poco frecuente, suelen localizarse en la línea media, habitualmente asintomáticos y por lo general debutan con complicaciones infecciosas
El tratamiento estándar es la cirugía abierta (cistectomía parcial con exéresis completa del tumor). Sin embargo la vía laparoscópica es un procedimiento seguro y resolutivo proporcionando una mejor recuperación y menor estancia hospitalaria.

Objetivos:
Presentamos la resolución laparoscópica de un quiste de uraco infectado reproduciendo los pasos de la cirugía abierta.

Material y Métodos:
Mujer de 34, sin antecedentes quirúrgicos de importancia, que consultó por infecciones urinarias persistentes y dolor suprapúbico, que en la ecografía abdominal se apreció una lesión de 4cm de diámetro, heterogénea adyacente a la cúpula vesical. TC/RMN evidenciaban en cara anterior de vejiga una masa de 4 cm, triangular, sin afectación de estructuras contiguas ni de ganglios linfáticos regionales, sugestiva de quiste de uraco infectado. En la cistoscopia se visualizó en cúpula vesical una lesión de 3cm en forma de cono invertido que protruia hacia la luz.
Se practicó en decúbito supino y con acceso similar a la prostatectomía laparoscópica transperitoneal una cistectomía parcial con exéresis completa del tumor incluido el uraco y el peritoneo entre los ligamentos umbilicales y la lámina posterior de la vaina de los rectos. La pieza se extrajo previo embolsado a través del trocar umbilical

Resultados:
El tiempo operatorio fue de 60´, perdida sanguínea mínima. El postoperatorio transcurrió sin incidencias, con alta a las 72 horas. Retirándose la sonda vesical al séptimo día.
El estudio histopatológico reveló un quiste de uraco infectado
A los 12 meses se halla asintomática y libre de recidiva de enfermedad

Conclusiones:
El abordaje laparoscópico del quiste de uraco es una técnica factible, segura y eficaz con resultados superponibles a los de la cirugía abierta
Palabras Claves: Quiste de Uraco. Laparoscopia. Cistectomía parcial

ANEURISMA DE ARTERIA RENAL. RESOLUCIÓN MEDIANTE NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA, REPARACIÓN EX - VIVO Y AUTOTRASPLANTE.

Javier Rguez.-Rivera, J. García Buitrón, A. Zarraonandía, J. Ponce, V. Chantada, P. Portela, D. Vázquez.

Complexo hospitalario universitario de A Coruña

Objetivo:
El Aneurisma de Arteria Renal es una entidad rara, con una incidencia del 0,09% - 0,3% en la población general y que son evidenciados, generalmente, en el transcurso de los estudios de hipertensión arterial Presentamos un caso clínico con reparación quirúrgica y resultado satisfactorio mostrando en vídeo las distintas modalidades quirúrgicas, laparoscópicas, microquirúrgicas y de cirugía abierta, empleadas en las distintas fases de la intervención.

Material y Método:
Presentamos el caso de un paciente varón joven con Hipertensión Arterial grave y de difícil control farmacológico. Evidenciaba estenosis en ambas arterias renales (que habían sido tratadas anteriormente y poco éxito mediante dilatación) y un aneurisma en cada una de las arterias renales, a nivel de su bifurcación. El aneurisma renal izquierdo era de un tamaño considerable, unos 15 mm.

Resultado:
se decidió dar solución primeramente al riñón izquierdo realizando su extracción mediante técnica laparoscópica y obtención de fragmento de arteria hipogástrica izquierda. En "cirugía de banco" se procedió a exéresis del aneurisma y la arteria renal con posterior anastomosis de las cuatro pequeñas arterias renales resultantes al fragmento de arteria hipogástrica. Utilizando la misma incisión ilíaca izquierda por la que se extrajo el riñón procedimos a su reimplante sobre los vasos ilíacos. La continuidad de la vía urinaria se llevó a cabo mediante reimplante a vejiga con técnica extravesical y antirreflujo sobre catéter "doble J" (Lich-Gregoire). La evolución fue muy satisfactoria, siendo alta al octavo día postoperatorio.

Conclusiones:
Los aneurismas de arteria renal, si bien raros, pueden tener evoluciones catastróficas. La experiencia quirúrgica que proporcionan las técnicas de extracción laparoscópica y trasplante renal en un equipo es indudable permitiendo abordar con éxito casos clínicos complejos desde el punto de vista quirúrgico. Creemos que esta patología puede y debe ser abordada y solucionada por Urólogos.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE TRAS RADIOTERAPIA

Ruibal Moldes. M.; Rodríguez Núñez, H.; Selas, A.; Fernández, L.; Varela Salgado, M.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra.

Introducción:
El incremento en los últimos años de la radioterapia como tratamiento en el cáncer de próstata, ha provocado un incremento en el número de pacientes con fracaso de la misma. Su abordaje terapéutico es un desafío sobre todo en aquellos pacientes en los que pueden beneficiarse claramente de un nuevo enfoque terapéutico curativo. CASO CLÍNICO Paciente de 54 años diagnosticado de carcinoma próstata Gleason VII organoconfinado. Se realiza radioterapia externa, consiguiendo PSA nadir de 0.4. El paciente se encuentra asintomático con niveles normales de PSA durante 6 años. En 2011 presenta elevación de los niveles de PSA (3.3 ng/ml). Se realiza biopsia de próstata que es positiva para adenocarcinoma de próstata. El estudio extensión es negativo. Se decide realizar prostatectomía radical vía laparoscópica se realiza PRL según técnica habitual del Servicio: vía transperitioneal, 5 trócares, conservación de cuello vesical conservación uretral. Alta a las 48 horas. Retirada de sonda a los 7 días con episodio de RAO que preciso sonda durante 1 semana más. Estudio anatomopatológico: Ca próstata Gleason VIII con márgenes negativo. A los 6 meses, continencia urinaria completa. PSA ⇠ 0.04

ESTENOSIS URETERO-NEOVESICAL: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Antonio Selas; Luisa Fernández; Francisco Llovo

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Actualmente la laparoscopia constituye la vía de abordaje de elección en procedimientos estandarizados como la prostatectomía radical, nefrectomía, ... Su aplicación también debe considerarse en procedimientos menos habituales como las reparaciones de estenosis, uréter,...; y esto basada en su menor agresividad y optimos resultados.

Material – Método:

Presentamos en el siguiente vídeo una reparación laparoscópica de una estenosis completa a nivel de la unión del uréter izquierdo a una neovejiga intestinal en un paciente con una cistectomía radical laparoscópica previa por un carcinoma vesical pT2N1.

Resultados:

El procedimiento pudo completarse satisfactoriamente vía laparoscópica con un tiempo quirúrgico de 240 minutos, sangrado ≤ 100 cc, estancia de 7 días sin complicaciones intraoperatorias. El estudio UIV de control demuestra buen resultado con corrección de la estenosis.

Conclusiones:

La vía laparoscópica dadas sus ventajas demostradas de menor agresividad debe considerarse en la mayoría de las cirugías urológicas abdominales. Debe tenerse en cuenta la experiencia previa en laparoscopia a la hora de ampliar sus indicaciones.

TUMOR RENAL MÚLTIPLE: CIRUGÍA CONSERVADORA LAPAROSCÓPICA

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; Vicente García; Riestra Antonio; Selas Miguel Devesa

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:
Actualmente la cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en los tumores renales. El abordaje laparoscópico es así mismo el idóneo dadas las claras ventajas para el paciente. Sin embargo a la hora de enfocar el tratamiento quirúrgico del carcinoma renal debe predominar el principio de preservación renal sobre el de la laparoscopia, si existen dudas del éxito por vía laparoscopia.
La experiencia en laparoscopia nos permite el abordaje por esta vía de lesiones renales de complejidad creciente. Entre ellas los tumores renales múltiples.

Material – Método:
Presentamos en el siguiente vídeo una cirugía conservadora renal laparoscópica sobre riñón izquierdo con tumor múltiple (5 lesiones), en un paciente con carcinoma renal bilateral sincrónico.

Resultados:
Se realizo exéresis laparoscópica de 5 tumores renales: 2 de ellos con isquemia renal y 3 sin isquemia. El tiempo quirúrgico fue de 130 minutos, isquemia de 18 minutos y sangrado de 300cc. La anatomía patológica correspondió a Oncocitoma múltiple.

Conclusiones:
La cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en el carcinoma renal pT1. El abordaje laparoscópico es preferible a la cirugía abierta siempre que se prevea un resultado satisfactorio.

NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN AUTOTRASPLANTE RENAL

Manuel Ruibal; Higinio Rodríguez; José Díaz; Antonio Selas

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Pontevedra

Introducción:

Actualmente la cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en los tumores renales. El abordaje laparoscópico es así mismo el idóneo dadas las claras ventajas para el paciente. La experiencia en laparoscopia nos permite el abordaje por esta vía de lesiones renales de complejidad creciente.

Material – Método:

Presentamos en el siguiente vídeo una cirugía conservadora renal laparoscópica en un paciente monorreno con riñón derecho autotrasplantado en FID que presenta recidiva tumoral sobre el injerto.

Resultados:

Se realizo exéresis laparoscópica de lesión sólida a nivel del polo superior del injerto renal: clampaje de arteria ilíaca, resección tumoral con corte frio, cierre del defecto renal, reconstrucción del polo superior renal. El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, isquemia de 38 minutos, recuperación de la función renal al 5º día, creatinina actual de 1.8 ng/ml. En el posoperatorio presentó fístula urinaria manejada de modo conservador. La anatomía patológica correspondió a Carcinoma renal de células claras con márgenes negativos.

Conclusiones:

La cirugía conservadora renal es el tratamiento de elección en el carcinoma renal pT1. El abordaje laparoscópico de tumores renales complejos sólo debe plantearse si existe una adecuada experiencia en dicho campo.

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología
Colaboraciones

Nuestro más sincero agradecimiento a

EMPRESAS PATROCINADORAS

AMGEN
ALMIRALL
ASTELLAS PHARMA
ASTRAZENECA FARMACEUTICA SPAIN
LABORATORIOS COVIDIEN
GLAXOSMITHKLINE
GSA GALLEGA RUSCH
JANSSEN
LILLY

EMPRESAS COLABORADORAS

AMERICAN MEDICAL SYSTEMS
DISGAMEDICA
LABORATORIOS INIBSA
Q PHARMA
RECORDATI ESPAÑA