Comunicaciones Orales

CO 1 - PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO: SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Rey Rey, Jorge; Rodríguez Alonso, Andrés; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; Janeiro Pais, José Manuel; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan Cuerpo Pérez, Miguel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Analizar los factores predictivos supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB) en cáncer de próstata de alto riesgo (CaPAR) tratado mediante prostatectomía radical (PR).

Material y Métodos:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo de 598 pacientes sometidos a PR entre Enero de 2000 y Marzo de 2013, seleccionando según criterios D´amico 53 casos con CaPAR tratados. Se analizaron las variables: antropométricas, demora en biopsia y tratamiento, PSA, velocidad de PSA, estadio clínico, anatomopatológicas de la biopsia y de la pieza, estadio, presencia de márgenes quirúrgicos, tiempo hasta recidiva bioquímica y mortalidad.
Las variables cualitativas fueron estudiadas mediante análisis de Kaplan-Meier y las cuantitativas mediante regresión de Cox. Se realiza análisis multivariado de regresión de Cox.

Resultados:

La mediana de edad fue de 66,77 años (52-76), PSA preoperatorio de 13,3 ng/ml (3,4-34), PSAV preoperatorio de 0,29 ng/mL/año (-3,22-1,59), numero cilindros positivos 4 (1-12). El estadio clínico preoperatorio más frecuente fue T1c 34 (64,2%), Gleason biopsia más frecuente: 8, en 25 casos (47,2%),el acceso más frecuente fue el laparoscópico realizado en 34 pacientes (64,2%) presencia de márgenes quirúrgicos positivos en 32 casos (66,4%), la categoría pT más frecuente fue pT2b 26 (49,1%), el Gleason de la pieza más frecuente fue el 7, presente en 19 casos (35,8%) Con un seguimiento medio de 35 meses (9-143) Presentaron recidiva bioquímica (RB) 29 pacientes (54,7%),con una mediana de seguimiento

hasta RB de 11,3 meses (0,59-150,03). En la serie hay 2 casos (3,8%) de muerte cáncer relacionada.
El estado de los márgenes quirúrgicos modifica significativamente la SLRB (Logrank 6,16; p 0.013), en análisis multivariado de regresión de Cox ajustado por edad, PSA, márgenes quirúrgicos, PSAV, Gleason pieza y estadio T, se muestra que la SLRB se asocia de forma independiente con la edad (RR:1,12, 95%IC:1,03-1,227, p=0,014), PSA (RR:1,124, 95%IC:1-1,252, p=0,035) y presencia de márgenes quirúrgicos positivos (RR:3,26 95%IC:1,347-7,91, p=0,009).

Conclusiones:

Según los resultados de nuestra serie, la edad, el PSA preoperatorio y la existencia de márgenes quirúrgicos positivos, son variables independientes en la predicción de la recidiva bioquímica en pacientes con CaPAR tratados mediante PR.

C 2 - ¿LOS NIVELES DE TESTOSTERONA PREOPERATORIOS PUEDEN PREDECIR LA RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL?

Rey Rey, Jorge; Rodríguez Alonso, Andrés; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; Janeiro Pais, José Manuel; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Cuerpo Pérez, Miguel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Valorar si los valores de testosterona plasmática (T) preoperatorios pueden predecir la recidiva bioquímica (SLRB) en pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR).

Material y Métodos:

Analizamos 420 pacientes sometidos a PR entre el año 2007 y 2012 en nuestro centro. Se definió recidiva bioquímica como el incremento de PSA ≥0,20 en dos determinaciones consecutivas. Variables analizadas: Edad, Estadio clínico e histopatológico, PSA , T, estado de márgenes quirúrgicos, existencia de recidiva bioquímica. Análisis estadístico: Determinación de SLRB univariado mediante metodología Kaplan-Meier. Análisis multivariado de regresión de Cox para determinar variables asociadas a recidiva bioquímica tras PR. Determinación de la capacidad predictiva del valor de T mediante curvas ROC y área bajo la curva (ABC).

Resultados:

327 de 420 pacientes constaba determinación de T preoperatoria. Edad media 65,39 años (48-77), Valor medio de T 438,15 (833-1032), Tiempo medio de seguimiento es de 30,40 meses (1-78). 67 pacientes (20,5%) pacientes presentaron RB. El análisis de SLRB mediante metodología Kaplan –Meier no mostró significación estadística para RB según el nivel de T . El análisis multivariado de regresión de Cox ajustando por edad, T, PSA preoperatorio, categoría pT, Gleason de la pieza y estado de márgenes quirúrgicos mostró que las variables que predecían de forma independiente la progresión bioquímica tras PR eran: T (RR:1;95%IC:1-1.003;p:0,010), PSA preoperatorio (RR:1.12;95%IC:1.081-1.165;p:0,000), Gleason de la pieza (RR:1,48;95%IC1.124-1.975;p:0,005) y el estado de los márgenes quirúrgicos (RR:3.76;95%IC: 1.997-6.750;p:0,000). Las ABC ROC de T preoperatoria fue de 0,531.

Conclusiones:

Según los resultados de este estudio. Los niveles de T preoperatoria, el Gleason de la pieza, el PSA preoperatorio y la existencia de márgenes positivos predicen de forma independiente la RB tras prostatectomía radical.

C 3 - MiARNs CIRCULANTES EN GRUPOS DE RIESGO DE TUMORES DE PRÓSTATA

Martínez Breijo, Sara; Medina Villaamil, Vanesa; Portela Pereira, Paula; Rodríguez Aller, Marcos; Vázquez Pazos, Darío; Gómez Veiga, Francisco; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos:

Evidencias recientes indican que los miARNs 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). En este sentido los miARNs podrían constituir una nueva y prometedora clase de biomarcadores para la detección de CTC. El objetivo de este trabajo es el estudio de miARNs como marcadores de CTC en sangre de pacientes afectados de TP. El análisis se centró en aquellos miARNs expresados diferencialmente en sangre de pacientes con TP en comparación con controles sanos (CS) .

Métodos:

El diagnóstico fue obtenido por biopsia transrectal ecodirigida de 10 cilindros, PSA y tacto rectal realizados previamente . Los pacientes no recibieron tratamiento previo a la extracción sanguínea. Los niveles circulantes de diferentes especies de miARNs (miR-337-3p, miR-339-3p y miR-218), fueron determinados mediante qRT-PCR en sangre de 70 pacientes con TP (estratificados por grupos de riesgo) y 21 CS. Los niveles de miARNs se correlacionaron con los parámetros clínico-patológicos: puntuación de Gleason, % de cilindros positivos, PSA y afectación perineural. Se utilizó el área bajo la curva (AUROC) para comparar la sensibilidad y especificidad de cada biomarcador.

Resultados:

La mediana de expresión del miR-337-3p y miR-218 fue significativamente mayor en los pacientes con alto riesgo versus intermedio y bajo riesgo ($p<0,01$). El nivel de miR-339-3p permitió discriminar pacientes con TP de alto riesgo y CS con fuerte especificidad (78,9 %; AUC: 0,783, IC 95%, 0,635 – 0,931). El punto de corte del miR-339-3p (2,23) se determinó utilizando el índice de Youden (0,572). Se observó asociación entre la escala de Gleason y miR-218 y 337-3p ($p<0,01$); el grupo PSA (10-20 ng/ml) y miR-337-3p; % de cilindros positivos y miR-337-3p (Spearman rho =0,387, $p<0,01$) y, finalmente, miR-337-3p y miR-218 se asoció con afectación perineural ($p=0,003$ y $p<0,01$ respectivamente).

Conclusiones:
Nuestros resultados sugieren a miR-337-3p, miR-339-3p y miR-218 como nuevos marcadores sanguíneos para la detección de TP. Trabajo financiado por la Fundación para Investigación en Urología (FIU).

C 4 - TUMORES INFRECUENTES DE PROSTATA. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarras, Moisés; Carballo Quintá, Manuel; Martínez Sapiña, Ignacio; Cespón Outeda, Enrique; Comesaña Davila, Enrique; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

Objetivos:

Las neoplasias malignas de próstata constituyen una de las patologías oncológicas más frecuentes en la humanidad significando cerca del 20% de todos los cánceres diagnosticados en países desarrollados, el 95% de estos casos son adenocarcinoma no obstante existe un grupo de neoplasias prostáticas de estirpe histológica distinta que pretendemos revisar a través de la descripción y análisis de casos clínicos.

Material y Métodos:

Caso Clínico 1: Paciente masculino de 38 años de edad que acude a valoración especializada remitido por su MAP debido a dolor lumbar derecho de larga evolución , diagnosticándose un Linfoma No Hodgkin de célula grande B difuso en próstata.

Caso Clínico 2: varón de 20 años que es remitido a nuestra consulta por episodio de RAO, exploración física resalta un TR: próstata aumentada de tamaño, es lisa y regular, sin nódulos palpables ni zonas abscesificadas, es diagnosticado de un rabdomiosarcoma alveolar.

Caso Clínico 3: Paciente masculino de 61 años como antecedentes relevantes encontramos: Síndrome de Down, Nefrectomía izquierda 8 años antes por cáncer células renales de 5cm de diámetro PT1N1M1 consulta por STUI obstructivos severos se realiza adenomectomía, la anatomía patológica revela metástasis en próstata de hipernefroma.

Caso Clínico 4: varón de 62 años HTA, seguido en consulta de urología por STUI Obstructivos, TR: II/IV y PSA: 2,5 en controles sucesivos en consulta el paciente refiere astenia, pérdida de peso, se diagnostica: cáncer de células transicionales de los ductus prostáticos.

Resultados:

Pretendemos demostrar las características clínicas y anatomopatologicas relevantes de los tumores de próstata descritos enfatizando en el diagnostico diferencial y manejo, debemos resaltar además la baja incidencia de estos tumores lo que conlleva a una falta de habito por parte de clínico en su manejo.

Conclusiones:

Los grupos etarios que en algunos de los casos expuestos no corresponde con la edad de los pacientes habituales con patología prostática así como una dinámica de PSA diferente en este tipo de neoplasias aunado a la agresividad con la que pueden cursar deben despertar nuestro interés por mejorar la compresión fisiopatológica de dichos tumores.

C 5 - DETECCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN PRIMERA O SUCESIVAS BIOPSIAS: DIFERENCIAS ANATOMOPATOLÓGICAS Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD.

Carballo Quintá, Manuel; Rodríguez Almúster, Sheila; Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; Freire Calvo, Jacobo; Castro Iglesias, Máximo; Alonso Rodrigo, Arturo; Benavente Delgado, J.; Barros Rodríguez, José Manuel; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

Palabras clave:
Segunda biopsia, pronóstico, cáncer de próstata.

Objetivos:
La tasa de falsos negativos en la primera biopsia prostática transrectal ronda el 20% en las series de la literatura. Al riesgo de sobrediagnóstico en rebiopsia se contrapone la indetección de cáncer de próstata de alto riesgo en la primera biopsia. Evaluamos diferencias anatomopatológicas y pronósticas del cáncer de próstata en función del número de biopsias necesarias para su detección.

Material y Métodos:
Realizamos un estudio retrospectivo de 1992 pacientes sometidos a prostatectomía radical entre 1995 y 2013 en nuestro centro. La mediana del Gleason prequirúrgico es 6 (IQR 6-7), mediana de PSA 6 (IQR 5-7), mediana de edad en la cirugía 63 años (IQR 59-68), correspondiendo a estadío clínico T1c el 79.95%. Analizamos los tumores detectados en primera (1ªB), segunda (2ªB) y sucesivas biopsias transrectales (≥3ªB) evaluando estratificación de riesgo según NCCN, afectación de márgenes quirúrgicos (MQ), extensión tumoral en la pieza y supervivencia libre de recidiva bioquímica a los 5 años (SLRB5) en cada grupo. Aplicamos Chi-cuadrado, curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox, utilizando SPSS19.

Resultados:

	1ªB	2ªB	≥3ªB	Significación
CaP diagnosticado	87.1%	9.2%	3.7%	
Edad media	62.86 (±6.87)	64.67 (±5.54)	65.56 (±7.91)	
Bajo riesgo NCCN	44.5%	44.8%	33.8%	
Riesgo intermedio	40.2%	44.3%	55.4%	
Alto riesgo NCCN	15.3%	10.9%	10.8%	P=0.043 (entre 1ªB y restantes)
Gleason 8-10	11.8%	6%	13.5%	P<0.05 (entre 2ªB y restantes)
Infragradación Gleason	20.1%	28.4%	27%	P<0.01
MQ +	33.8%	28.4%	32.4%	
Organoconfinados	71.6%	92.9%	81.1%	P<0.01
SLRB a los 5 años	69.1%	81.4%	75.5%	P<0.01 (entre 1ªB y 2ªB)

Los pacientes diagnosticados en 2ªB tienen una SLRB5 significativamente superior (p=0.002) al grupo de diagnosticados en 1ªB (81.4% frente a 69.1%), siendo igualmente significativa esta diferencia en análisis mediante regresión de Cox (HR: 0.78; IC: 0.62-0.98) junto con el PSA y el Gleason de la biopsia.

Conclusiones:

Los tumores diagnosticados en 2ªB presentan características anatomopatológicas más favorables lo que conlleva mayor SLRB5 frente a los diagnosticados en 1ªB (81.4% vs. 69.1%). El grupo de pacientes diagnosticados en ≥3ªB en nuestra serie presenta características intermedias si bien las diferencias no alcanzan significación estadística.

C 6 - PAPEL ASISTENCIAL DE UN COMITÉ DE TUMORES UROLÓGICOS MULTIDISCIPLINAR. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Muller Arteaga, Carlos [(1)]; Fernández Calvo, Ovidio [(2)]; Bello Giz, José Antonio [(3)]; Rodríguez Gamundi, Santiago [(4)]; Pérez-Cid Riebolleda, Javier [(4)]; Carballo Fernández, Esther [(5)]; López Bellido, Dionisio [(1)].

[(1)] Servicio de Urología, [(2)] Servicio de Oncología médica, [(3)] Servicio de Anatomía patológica, [(4)] Servicio de Radiodiagnóstico, [(5)] Servicio de Oncología radioterápica. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introduccion:

La patología urológica oncológica requiere, cada vez mas, un abordaje multidisciplinar. Muchos tratamientos neo adyuvantes, adyuvantes y otras opciones requieren la participación de distintas especialidades. La discusión de casos entre los distintos especialistas permite la adecuada toma de decisiones en beneficio del mejor tratamiento para el paciente y limitar los tiempos de espera, sobretodo en pacientes complejos.

Objetivo:

Describir la organización, desarrollo y características del funcionamiento del comité de tumores urológicos en nuestro Centro.

Material y Métodos:

Se revisan de forma retrospectiva los casos presentados en el comité durante el periodo de Noviembre del 2012 hasta Febrero del 2014 (16 meses). Se describe el número de casos, la patología implicada y otras variables. El comité de tumores urológicos se reúne con una periodicidad semanal. En el mismo participan los Servicios de Urología, Oncología médica, Anatomía patológica, Radiodiagnóstico y Oncología radioterápica. Los casos son presentados con sus antecedentes, se revisan los estudios de imágenes y el diagnostico anatomopatológico. Se discuten las opciones de tratamiento. La decisión final queda registrada en la historia informática del paciente. Los casos a discutir son enviados a los participantes al menos con 24 horas de anticipación para su valoración previa.

Resultados:

En el periodo estudiado se han realizado un total de 163 presentaciones de casos, correspondiendo a tumores de vejiga un 35,58%; próstata, un 31,90%; riñón, un 20,25%; testículo, un 7,98%; otros, 4,29%. De todos los casos un 7,36% presentaban un segundo tumor. La complejidad o seguimiento de la patología ha requerido la presentación de casos mas de 1 vez en 26 ocasiones.

Conclusiones:

La toma conjunta de decisiones en cuanto al diagnostico y tratamiento del paciente es una herramienta fundamental en la practica clínica. A través de estas sesiones se limitan los tiempos de espera, la duplicación de pruebas y consultas de seguimiento y, se establecen líneas comunes de orientación diagnostica y terapéutica en las diferentes patologías uro-oncológicas.

C 7 - FACTORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA VESICAL TRAS NEFROURETERECTOMÍA POR CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Janeiro Pais, José Manuel; Rey Rey, Jorge; Bonelli Martín, Carlos; Barbagelata López, Alfonso; Cuerpo Pérez, Miguel Ángel

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivos:

Definir factores predictivos de recidiva vesical en pacientes con carcinoma de células transicionales del tracto urinario superior (CCT-TUS).

Material y Métodos:

Pacientes (n=79) sometidos a nefroureterectomía por CCT-TUS. Diseño: estudio observacional de cohorte retrospectivo y prospectivo. Ámbito: Área Sanitaria de Ferrol. Período: 1992-2013. Análisis estadístico: Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto (%), con 95%IC. Se realizó análisis univariado de supervivencia libre de recidiva vesical (SLRV) mediante metodología Kaplan-Meier en variables cualitativas y regresión de Cox en variables cuantitativas. Se determinaron variables asociadas a SLRV mediante análisis multivariado de regresión de Cox.

Resultados:

La media de edad fue 71,02±11,37 años. El 72,15% eran hombres. La distribución por estadio patológico fue: pT1 (37,97%), pT2 (24,05%), pT3 (36,71%). El 13,92% eran pN+. La distribución por grados fue: G1 (24,05%), G2 (29,11%), G3 (44,30%). Se observó multifocalidad tumoral en el 10,12% de los casos. La morfología microscópica fue papilar en el 59,49% y sólida en el 37,97%. Se produjo recidiva vesical en 22 pacientes (27,85%): 8 Ta (36,36%), 7 T1 (31,82%), 3 T2 (13,64%), 1 T3 (4,54%), 3 T4a (13,64%). El seguimiento medio fue 48,07±47,89 meses (0,59-215,57). El seguimiento medio hasta la primera recidiva vesical fue 20,72±22,82 meses (5,02-75,34). La SLRV al cabo de 1, 2, 5 y 10 años fue 82,90%, 72,40%, 66,40% y 55,10%, respectivamente. La SLRV se modificó significativamente según multifocalidad tumoral (log-rank=18,56;p<0,001), CIS asociado (log-rank=4,25;p=0,039), morfología microscópica (log-rank=4,34;p=0,037), tratamiento de uréter distal (log-rank=5,56;p=0,018), número de tumores (OR=1,54;95%IC=1,13-2,09;p=0,005), tiempo de seguimiento (OR=0,98;95%IC=0,97-1,00;p=0,043). Ajustando por sexo, grado, categoría pT, CIS asociado, tamaño tumoral,

morfología microscópica y multifocalidad en un modelo multivariado de regresión de Cox, se comprobó que las variables que predicen de forma independiente SLRV eran: tamaño (OR=3,63;95%IC=1,24-10,62;p=0,018), CIS asociado (OR=3,30;95%IC=1,06-10,26;p=0,039) y multifocalidad (OR=4,83;95%IC=1,46-15,92;p=0,010).

Conclusiones:

El tamaño tumoral, la presencia de CIS y la multifocalidad tumoral en el tracto urinario superior predicen de forma independiente la recidiva vesical en pacientes con CCT-TUS tratados mediante nefroureterectomía

C 8 - RECIDIVA TRAS CISTECTOMÍA RADICAL: FORMA DE PRESENTACIÓN Y RESPUESTAS A TRATAMIENTO ADYUVANTE Y DE RESCATE.

Rey Rey, Jorge; Rodríguez Alonso, Andrés; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar.; Bonelli Martín, Carlos ;Janeiro Pais, José Manuel; Cuerpo Pérez, Miguel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Analizar las formas de presentación de recidiva tumoral después de cistectomía, la respuesta a tratamiento adyuvante y de rescate en cuanto a supervivencia libre de recidiva (SLR) y supervivencia cáncer específica (SCE)

Material y Métodos:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo formado por 142 pacientes con carcinoma urotelial de vejiga a los que se practicó cistectomía entre el año 2000 y 2012. Se estudiaron factores anatomopatológicos, antecedentes personales de enfermedad urotelial, empleo de quimioterapia adyuvante, existencia de recidiva así como sus características de presentación y del tratamiento de rescate. Se realizó un análisis descriptivo y estudio de supervivencia libre de recidiva y cáncer específica mediante metodología de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados:

La mediana de edad fue de 65 años (48-81), la mediana de seguimiento de 29 meses (0-161), 10 pacientes (7%) habían precisado nefroureterectomía previa, presentaron recidiva 30 pacientes (21,1%), de los que 10 (33.3%) habían recibido quimioterapia adyuvante (QA), con una mediana de tiempo hasta recidiva de 42,8 meses (0-129), refirieron clínica asociada 21 (70%), datos relevantes a la exploración física 13 (43,3%), la mayoría se diagnosticaron por tomografía 22 (70%), de los que recidivaron fallecieron 19 (63,3%), con una mediana de tiempo hasta muerte de 5,38 meses (1-19). La administración de QA disminuye significativamente la mortalidad cáncer relacionada en los tumores localmente avanzados (LogRank 4,37; p 0.037), el análisis multivariante ajustado por edad, estadio, gradación, QA y número de RTU muestra asociación independiente de SLR para estadio N (RR:1,79, 95%IC:1,19-2,69, p=0,005), y número de RTU (RR:6,56 95%IC:1,16-37,19 p=0,033), y respecto a SCE para estadio N (RR:1,7, 95%IC:1,15-2,5, p=0,008), y QA (RR:0,146, 95%IC:0,046-0,464, p=0,001).

Conclusiones:

Según los datos de nuestra serie, las recidivas se producen durante los primeros años tras cistectomía y se suelen manifestar clínicamente, la tomografía es la prueba diagnóstica complementaria más habitual. El empleo de QA en grupos de riesgo resulta beneficiosa para SLR y SCE. El estadio N y número previo de RTU son factores independientes de mal pronóstico para SLR y SCE.

C 9 - PROTOCOLO TRATAMIENTO TRIMODAL CON PRESERVACIÓN VESICAL EN CÁNCER DE VEJIGA MUSCULO INFILTRANTE

Lopez Bellido, Dionisio; Muller Arteaga, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Sabell Fernández, Francisco; Esteban Hernández, Oscar; Rodríguez de la Rúa, Juan

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Introducción:

La conservación de órganos por la terapia de modalidad combinada (CMT) es utilizada con éxito en la oncología moderna: en el cáncer de la mama, el ano, la laringe, etc. En el cáncer de vejiga con invasión muscular (MIBC)), sin embargo, la cistectomía radical (RC) supone el gold estándar de tratamiento, a pesar de que la cistectomía puede estar asociada con una morbilidad significativa . Modernas estrategias preservación de la vejiga se combinan la resección transuretral de tumor vesical máxima (TURBT) seguido de un curso de iniciación de la radioterapia concurrente (RT) y la quimioterapia sensibilizante.

Objetivos:

En nuestro centro, desde el año 2012 se constituye el COMITÉ DE TUMORES UROLOGICOS en el que participan urólogos, oncólogos médicos y radioterápicos, radiólogos y anatomo patólogos y que evalúa, semanalmente los casos urológicos complejos. Como parte de los objetivos propios del Comité se establece la incorporación de estudios de investigación e incorporación de protocolos específicos de atención multidisciplinar en el tratamiento y seguimiento de los pacientes oncológicos urológicos. En este ideario se planificó un protocolo concreto, oficial a nivel del Complejo Hospitalario de Ourense (PT-CHOU-11) para el tratamiento trimodal del Cáncer de Vejiga con invasión de la muscular.

Resultados:

Se expone el protocolo utilizado en nuestro centro, definiendo los objetivos, criterios de inclusión y exclusión, circuito de atención del paciente, desarrollo de la terapia en todos las fases de la atención, y definiciones de trabajo. Desde 2012, se han incluido en este protocolo a 9 pacientes y se muestran los datos recogidos prospectivamente (preliminares) desde entonces en cuanto a supervivencia global, supervivencia cáncer especifica, toxicidad y necesidad de rescate quirúrgico. El estadio clínico de los pacientes es T2 (criterio de inclusión), el periodo medio de seguimiento es de 9,5 meses (rango 25-3), uno de los pacientes falleció como consecuencia de patología cardiaca, no se ha necesitado (hasta el momento) realizar ningún rescate quirúrgico por progresión y/o mala respuesta tras tratamientos de consolidación y la toxicidad asociada ha sido baja (criterios RTOG).

Conclusiones:

Terapia de preservación de la vejiga ofrece una oportunidad única para que los cirujanos urológicos, oncólogos radioterapeutas y oncólogos médicos para trabajar en un esfuerzo verdaderamente multidisciplinario para el beneficio de los pacientes. Los datos (aportados por la evidencia actual), sugieren, que en pacientes seleccionados es una alternativa de tratamiento, con tasas de supervivencia global y cáncer especifica cercanos a los obtenidos en series modernas de cistectomía radical y con una tolerancia y nivel de calidad de vida excelente.

C 10 - TUMOR UROTELIAL BILATERAL, RESECCIÓN URETERAL CON ELABORACIÓN DE VEJIGA PSOICA.

Rodríguez Socarrás, Moisés Elías; Almúster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; Alonso A., Jamardo, López Díez, Elena; Comesaña, D., Barros Rodríguez, José Manuel; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

Introducción:

Se presenta el caso de un paciente varón con episodios hematuria macroscópica autolimitados e intermitentes de 1 año de evolución diagnostica tumor urotelial bilateral multicéntrico. Se decide realizar en un primer tiempo resección de uréter derecho hasta región lumbar con confección de Vejiga Psoica mediante técnica de Turner-Warvick.

Materiales y Métodos:

Paciente masculino de 66 años con episodios de Hematuria, autolimitados. Se diagnostica de tumor urotelial bilateral. Uno en uréter pélvico derecho y otras dos tumoraciones en tercio proximal de uréter izquierdo. TC: Tumor de 3cm de longitud y que finalizaba a 12 cm aproximadamente de su unión a vejiga, a nivel de los vasos iliacos y que generaba uropatía obstructiva. En uréter abdominal izquierdo en su tercio proximal 2 tumoraciones separadas, una de 1 cm y otra menor superior Se decide realizar en un primer tiempo resección de uréter derecho hasta región lumbar con confección de Vejiga Psoica mediante técnica de Turner-Warvick para permitir mayor longitud de la vejiga y el reimplante de uréter a la altura de los iliacos libre de tensión, conservando así la función del riñón derecho; mientras que del lado izquierdo por encontrase las lesiones en tercio proximal y ser multifocal se decide realizar en segundo tiempo quirúrgico diferido el abordaje de dicha lesión.

Resultados y Evolución:

Evolución satisfactoria en el postoperatorio con función renal conservada posterior a la intervención, sin complicaciones derivadas de la cirugía, 5 días de ingreso hospitalario.

Discusión:

En el caso que aquí se presenta la comlejidad viene dada debido a la bilateralidad de los tumores uroteliales, se decidió realizar el procedimiento descrito por Tuner-Warwick, se considera que esta técnica presenta ventajas con respecto a la técnica de colgajo de Boari, al permitir una elongación mayor de la vejiga elevándola a la altura de los vasos iliacos, conservando la correcta vascularización de la misma, permite una reimplantación más cómoda y libre de tensión del uréter.

Palabras Clave:

Vejiga Psoica, Tumor urotelial, Turner Warwick.

C 11 - CÁNCER DE TESTÍCULO, ¿DIAGNOSTICAMOS CASOS MÁS FAVORABLES?

Freire Calvo, Jacobo; Castro Iglesias, Ángel Máximo; Carballo Quintá, Manuel; Tortolero Blanco, Leonardo; Rodríguez Socarrás, Moisés; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

Introducción:

Hay datos que informan sobre un incremento en la incidencia de tumores de testículo.
La recomendación de la autoexploración en campañas de salud pública y el mayor acceso a la ecografía para el diagnóstico de lesiones testiculares, buscan el diagnóstico precoz del tumor testicular.
El objetivo de este estudio es conocer si se han modificado las características de presentación de los tumores testiculares en los últimos años.

Material y Método:

Se recogen todos los tumores testiculares de nuestra base de datos, formando dos grupos: 1999-2006 y 2007-2013.
Se recogen como variables: edad, tamaño del tumor (mm), histología y estadio patológico T. Se realiza estudio estadístico mediante T-Student para la variable tamaño y Chi-cuadrado para el tipo histológico y estadio pT1

Resultados:

El estudio estadístico no ofrece diferencias significativas entre las variables estudiadas entre ambos grupos temporales.

Conclusiones:

El objetivo de una mejora en el diagnóstico precoz en los tumores de testículo parece que todavía no ha sido conseguido.

C 12 - PROGRAMA DE CIRUGIA LAPAROSCÓPICA AVANZADA EN UROLOGÍA: ANÁLISIS DE RESULTADOS

González Dacal, Juan Andrés; Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; Díaz Bermúdez, José; Devesa Múgica, M; García Riestra, Vicente.

Servicio Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivo:

La introducción de la cirugía laparoscópica (CL) ha supuesto uno de los avances más importantes en la cirugía contemporánea, alcanzando altos niveles de madurez y un desarrollo espectacular. El objetivo del presente estudio es valorar la rentabilidad de la CL en un Servicio de Urología.

Material y Métodos:

Desde 2008 el Servicio de Urología del CHOP realiza una apuesta por la cirugía mínimamente invasiva, instaurando un programa de cirugía laparoscópica en los que se incorporan todos los procedimientos laparoscópicos avanzados en urología.

Realizamos un análisis retrospectivo, desde 2008 a la actualidad, revisando parámetros e indicadores de gestión clínica sanitaria de nuestro Servicio, como: Hospitalización, Actividad Quirúrgica, Gasto Farmacéutico y Lista de espera.

Resultados:

La laparoscopia es una cirugía de alta tecnología y por consiguiente resulta cara. La CL aventaja a la cirugía convencional en estancia hospitalaria, necesidad de medicación analgésica post-operatoria y convalecencia del paciente.

Conclusiones:

El desarrollo de la CL y la superación de su curva de aprendizaje se ha traducido en cotas de beneficio y calidad contrastada, suponiendo no sólo ventajas clínicas demostradas para el paciente, si no también mejoras para los servicios de Urología en términos de ahorros de costes, estancia y rentabilidad quirúrgica.

C 13 - URETEROCELE DE SISTEMA RENAL ÚNICO. REPASO DE LA TÉCNICA ENDOSCÓPICA Y LA LITERATURA.

Regojo Balboa, José María; Fariña Pérez, Luis; Quintana De la Rosa, José Luis; Pesqueira Santiago, Daniel; Meijide Rico, Fernando

Servicio de Urologia, Hospital POVISA, Vigo

Objetivo:

Repasar la patología congénita del ureterocele (UC), y dentro de ella la relacionada con el sistenal renal único, presentando la técnica endoscópica y sus resultados en la literatura.

Material y Métodos:

El UC es una patología congénita relativamente frecuente (una cada 500 autopsias) mucho mas frecuente en mujeres (6 veces más), se trata de una dilatación quística (tipo divertículo) del ureter distal probablemente relacionado con una estenosis del orificio ureteral. 10 % son bilaterales.La clasificación según ubicación es intravesical o ectópico (cuando se extiende hacia el cuello vesical o incluso la uretra).La clasificiación que condiciona más su manejo es si está relacionado con sistema renal colector único (20%) o doble sistema renal colector (80%). Cuando el sistema es doble, es fundamental saber si existe reflujo vesico ureteral (RVU) tanto en el UC ectópico (del sistema colector superior)o en el uréter normoposicionado (del sistema colector inferior).El diagnóstico debe realizarse con ecografia, y complementariamente con uretrocistografia de relleno y TAC abdominal con contraste para su buena clasificación.La mayoria de los UC se diagnostican en los primeros meses de vida relacionado con infecciones urinarias e incluso formación de litiasis, desde los años 80 el primer abordaje quirúrgico es endoscópico con buenos resultado sobretodo en los UC intravesicales sin RVU

Resultados:

Presentamos un caso de una mujer de 45 años , asintomática con alguna infección urinaria que presenta una ureterocele de riñón unico izquierdo con gran carga litiásica secundaria. En un corto vídeo exponemos la resolucion del caso con la técnica endoscópica en "cara sonriente" para evitar el RVU postquirúrgico. En la literatura hay series que refrendan está técnica con series haste 9 casos sin reintervención, y otra de 13 casos en los que tuvieron que reintervenir 2 pero eran UC ectópicos.

Conclusiones:

EL UC de riñon único es una patologia congénita poco frecuente pero que se resuelve de forma sencilla mediante la técnica endoscópica en cara sonriente.

C 14 - ¿PUEDE LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE MODO INMEDIATO?

Pérez-Fentes, Daniel; Blanco Gómez, Benito; Gude Sampedro, Francisco; Novoa Martín, Rosa; Blanco Parra, Miguel; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

La nefrolitotomía percutánea (NLP) es el tratamiento de elección para litiasis complejas y de gran tamaño. Su principal objetivo debe de ser la completa eliminación de los cálculos, con la menor incidencia de complicaciones posible. Aunque se conoce que la litiasis renal afecta considerablemente la calidad de vida (CV), no se ha investigado apenas sobre los efectos de la NLP sobre la CV de los pacientes.

Material y Métodos:

Estudio observacional, prospectivo, de 40 pacientes consecutivos sometidos a NLP. La CV se determinó mediante el cuestionario SF-36, administrado previo a la intervención y a los 3 meses de la misma. Los cambios en CV se analizaron bajo criterios de relevancia estadística ($p<0,05$) y clínica: cálculo del tamaño del efecto (TE), media de respuesta estandarizada (SRM) y diferencias mínimas clínicamente importantes (MCID).

Resultados:

Ausencia de litiasis residuales en el 70% de los casos, con un 35% de complicaciones (33% Clavien I + II). Las puntuaciones basales de todos los dominios del SF-36 fueron inferiores a la población de referencia. A los 3 meses, se observa una mejoría estadísticamente significativa de las dimensiones función física, rol físico, dolor corporal, salud mental y componente sumario físico; siendo el dolor corporal la única dimensión cuyo cambio (TE=0,71 y MCID(TE)=0,56; SRM=0,77 y MCID(SRM)=0,61) fue percibido como clínicamente beneficioso por los pacientes.

Conclusiones:

La enfermedad litiásica afecta considerablemente la calidad de vida de los pacientes. La NLP no sólo permite la eliminación completa de las litiasis en un porcentaje considerable de casos, sino que produce un beneficio inmediato en la calidad de vida, principalmente a través del alivio del dolor corporal. Futuros trabajos con más tiempo de seguimiento permitirán conocer si este efecto inmediato de la NLP sobre la calidad de vida se mantiene también a largo plazo.

C 15 - CORRECCION DE LA INCONTINENCIA DE LA ORINA DE ESFUERZO OCULTA CONCOMITANTE AL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO: VALOR DE LA URODINÁMICA PREOPERATORIA

Freire Calvo, Jacobo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; López García, Sabela; López Díez, Elena; Jamardo González, David; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

Introducción y Objetivo:

El Prolapso de los Órganos Pélvicos(POP) es una entidad común que aparece en aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido algún parto. El tratamiento es la cirugía. Sin embargo, el postoperatorio inmediato de estas mujeres cursa con cierta frecuencia con Incontinencia de Orina de Esfuerzo(IOE) sintomática, a la que se denomina también IOE oculta o paradójica, porque aparece después de una acción de reforzamiento del suelo pélvico que en teoría también iría destinada a mejorar la continencia en la mujer. ¿Se puede de alguna forma prever la IOE oculta en las pacientes con POP, que evite la incertidumbre del cirujano, la contrariedad en la mujer, el costo de una segunda intervención o el ahorro en material en caso de sobretratamiento?.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de 94 mujeres con POP. En todas las pacientes con IOE o sin IOE se practicó estudio urodinámico completo, con reducción del prolapso mediante espéculo, para evitar compresión de la uretra y no enmascarar los resultados. Para la corrección del prolapso se practicó: Histerectomía y plastia en 62(66%)pacientes y diferentes tipos de plastias en 32(34.1%). En todas las pacientes con IOE clínica u oculta 59(62.8%), se practicó alguna técnica específica para la corrección de la IOE. Las variables evaluadas fueron: tipo de prolapso, IOE clínica preoperatoria, IOE oculta. También se evaluaron: IOE de las pacientes a las que no se le practico técnica de IOE simultanea a la cirugía del prolapso, IOE postoperatoria de las mujeres con IOE clínica e IOE postoperatoria de las mujeres con IOE oculta.

Resultados:

El tipo de prolapso fue de: primer grado 4(4.3%), segundo grado 14(14.9%), tercer grado 67(71.3%) y cuarto grado 9(9.6%). La IOE clínica preoperatoria estaba presente en 33(35%) de las mujeres. El estudio urodinámico preoperatorio diagnostico IOE en 50(53.2%), de las cuales 26(27.7%) eran IOE ocultas, lo que significa que pasó desapercibido al estudio urodinámico 9 IOE manifestadas

clínicamente. Fueron normales 37(39.4%) de los estudios urodinámicos y 7(7.4%) fueron etiquetados de vejiga hiperactiva. El resultado en cuanto a continencia de las pacientes a las que no se le practicó técnica específica para IOE y de las pacientes con IOE clínica u oculta e intervenidas con malla, fue respectivamente del 91,8%, 81,8% y 96%.

Conclusiones:

El estudio urodinámico preoperatorio en los prolapsos del suelo pélvico evita sobretratamiento en 32(34%) de los pacientes y segundas intervenciones por detección de IOE ocultas en 25(26%).

C 16 - ESTIMULACIÓN DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR: EXPERIENCIA INICIAL

Portela Pereira, Paula; Llovo Taboada, Francisco; Machado Agulla, C.M.; González Dacal, Juan Andrés; Jahnen Boetius, P.; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Ruibal Moldes, Manuel

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Objetivos:

La vejiga hiperactiva y la incontinencia de urgencia afectan significativamente a la calidad de vida de los pacientes. La primera línea de tratamiento con drogas de tipo anticolinérgico tiene una alta tasa de abandono por sus efectos secundarios. La estimulación del nervio tibial posterior es una técnica de neuromodulación periférica, no invasiva y que ha demostrado resultados positivos en varios estudios en el tratamiento de la frecuencia y urgencia miccional. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia inicial en la aplicación de la estimulación del nervio tibial posterior en pacientes del Complexo Hospitalario de Pontevedra.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo 40 pacientes, 6 varones y 34 mujeres, con edad media de 63.37 años que presentaban vejiga hiperactiva (35%) o hipersensibilidad vesical (48%) en el estudio urodinámico.

La mayoría de los pacientes presentaban una combinación de frecuencia miccional, urgencia e incontinencia (43%), un 15% sólo urgencia, un 28% urgencia con escapes y un 10% sólo incontinencia.

Todos ellos recibieron tratamiento anticolinérgico previo a la neuromodulación y realizaron un mínimo de cinco sesiones semanales, de media hora de duración utilizando una frecuencia de 20Hz y pulsos de 200µsec hasta obtener respuesta motora.

Evaluamos la respuesta inicial de los pacientes en cuanto a síntomas, mejoría de la calidad de vida y retirada de tratamiento anticolinérgico.

Resultados:

Un 90% de los pacientes presentaron mejoría clínica, con disminución de la urgencia (33%), disminución del número de escapes (10%) y resolución total de la sintomatología miccional en 13 casos (33%). Sólo cuatro pacientes (10%) refirieron nula mejoría. El índice de satisfacción medio tras la aplicación de los primeros cinco ciclos de tratamiento fue de 6.5 sobre 10, apreciándose mejoría desde la tercera sesión y llegándose a retirar el tratamiento anticolinérgico en un 45%(18) de los pacientes.

Conclusiones:
Considerando la reducción de episodios de urgencia e incontinencia, la mejoría en la calidad de vida y la ausencia de efectos adversos, la estimulación del nervio tibial posterior puede ser un tratamiento útil, de bajo coste y efectivo en pacientes con vejiga hiperactiva.

C 17 - RESULTADOS DEL USO DE SLING TRANSOBTURADOR MASCULINO AJUSTABLE ATOMS® EN 2 CENTROS SANITARIOS DE GALICIA

Zarraonandía Andraca, Antón; Díaz Bermúdez, José; Núñez López, Angel Vicente; Suárez de Liz, Luisa*; Jahnen, Peter; Llovo Taboada, Francisco; Rodríguez Nuñez, Higinio; Ruibal Moldes, Manuel.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra. *Hospital da Costa, Burela.*

Objetivos:

A pesar de la mejoría en las técnicas quirúrgicas, la incontinencia de orina de esfuerzo(IOE) masculina sigue siendo una complicación prevalente, con incidencias entre 1-45%. El tratamiento quirúrgico es amplio, siendo el esfínter urinario artificial el patrón oro. Bauer et al publicaron en 2011 la primera serie donde se utilizó el sling transobturador masculino regulable ATOMS®. Mediante este estudio queremos mostrar nuestra experiencia inicial utilizando este sling.

Materiales y Métodos:

De forma prospectiva se analizaron los resultados de los pacientes con IOE, tratados con el slingATOMS® en 2 centros sanitarios. Se evaluaron los datos previos a la cirugía como edad, causa de IOE, tratamientos previos, tiempo previo a la cirugía, grado de IOE y pruebas diagnosticas. De los datos del procedimiento se evaluaron: tiempo quirúrgico, volumen inicial en reservorio, complicaciones peri-operatorias, estancia hospitalaria y tiempo de sonda vesical. Sobre el seguimiento post operatorio se evaluó: grado de IOE, número y volumen de ajustes, uroflujometría, número, tiempo de seguimiento y grado de satisfacción del paciente.

Resultados:

Entre Octubre/2012 a Mayo/2014, 17 pacientes fueron tratados por IOE colocándose un slingATOMS®. En 15 la causa fue prostatectomía radical, 1 radioterapia prostática y 1 uretrotomía interna. La edad promedio fue de 68 años(51-82). El 89% estaba en tratamiento farmacológico. El 100% tenían IOE. 5 presentaban IOE severa, 8 moderada y 4 leve. El tiempo promedio desde la IO hasta colocación de sling fue de 23,3 meses(7-45). El tiempo quirúrgico promedio fue de 67 minutos(120-40). 1 paciente presento retención urinaria post operatoria, 1 absceso escrotal, dolor local en 2 y 1 perdida de seguimiento por exitus. El promedio de días de ingreso fue de 1,9(1-7) y la mediana de días con sonda vesical fue de 1(1-30). El tiempo medio de seguimiento es de 9

meses(1-18). 4 pacientes presentan continencia completa y 4 goteo ocasional y 2 utiliza una compresa y 2 utilizan dos compresas. 80% está muy satisfecho y el 20% satisfecho.

Conclusiones:

Es pesar de que la serie tiene pocos pacientes y poco seguimiento, el sling ATOMS® ha demostrado buenos resultados, sobre todo en aquellas IOE moderadas.

C 18 - IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE.

Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarras, Moisés; Carballo Quintá, Manuel; Martínez-Sapiña Llanas, Ignacio; López Diez, Elena; Barros Rodríguez, Manuel; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

Objetivos:

El implante de prótesis de pene actualmente se considera una opción terapéutica para el tratamiento de la disfunción eréctil en casos donde las otras terapias disponibles han fracasado. En este estudio presentamos nuestra experiencia en el uso de esta técnica y la presencia de complicaciones.

Materiales y Métodos:

Entre los años 2000 y 2012 implantamos 57 prótesis de pene utilizando el dispositivo AMS 700. Todos los pacientes habían fracasado al tratamiento farmacológico de la disfunción eréctil: inhibidores de la fosfodiesterasa e inyecciones intracavernosas alprostadil. La causa de la disfunción eréctil fue en 27(47.36%) casos post-prostatectomía y en 30(52.63%) casos otras causas. La técnica quirúrgica empleada fue la descrita por Wilson: incisión pene-escrotal única para prótesis y reservorio. Analizamos las variables (edad, indicación, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, tiempo de seguimiento, satisfacción, complicaciones y comorbilidades) .Los datos recogidos fueron analizados utilizando el programa estadístico SPSS v 20.

Resultados:

La media de edad fue 64 ±7.5 años, se complicaron 16(28.07%) de los casos, de los cuales 11(19.29%) fueron complicación precoces (quirúrgicas) y 5(8.77%) complicaciones tardías (mecánicas).De las complicaciones precoces encontramos 7(12.28%) hematomas, 3(5.26%) infecciones, 1 (1,75%) erosión de la prótesis. En cuanto a las complicaciones tardías observamos: 3(5,26%) mal funcionamiento de la prótesis, 1 (1,75%) activación espontanea, 1 (1,75%) perdida de liquido del reservorio, en 7 (12.28%) casos fue necesario la extracción y recambio de la prótesis. El tiempo quirúrgico medio fue 108±19 min, al correlacionar el tiempo quirúrgico con la presencia de complicaciones encontramos que tiempos superiores a los 108 min tienen mayor riesgo de presentarlas con diferencias cercanas a la significación estadística p: 0,055. La estancia hospitalaria fue 3,87±1.89 días, el tiempo de seguimiento: 42±18 meses. A los 32 meses de seguimiento el 72% de nuestros pacientes se encontraban satisfechos con los resultados de la cirugía (Test Kaplan meier).

Conclusiones:

El implante de prótesis de pene es una técnica eficaz para el tratamiento de la disfunción eréctil refractaria a tratamiento farmacológico con una tasa de complicaciones baja y un alto porcentaje de satisfacción para los pacientes.

C 19 - DESENSIBLIZACIÓN DE RECEPTORES CON INCOMPATIBILIDAD INMUNOLÓGICA EN NUESTRO PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

Vázquez-Martul Pazos, Darío; Rodríguez-Rivera García, Javier; Portela Pereira, Paula; Alonso Hernández, A*; Fernández Rivera, C*; Lancina Martín, Alberto; Valdés Cañedo, F*; Chantada Abal Venancio

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

Introducción:

La incompatibilidad inmunológica AB0 o tipo HLA entre donante y receptor ha dejado de ser una contraindicación absoluta en los programas de trasplante renal de donante vivo. Este obstáculo ha sido posible solventarlo mediante la realización de técnicas de desensibilización del receptor y mediante programas de donación cruzada.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo sobre un total de 117 pacientes sometidos a trasplante renal de donante vivo realizados en nuestro Centro entre julio de 2003 y diciembre de 2012. Durante este periodo, se comenzó en mayo de 2007 con nuestro programa de desensibilización de aquellos receptores con incompatibilidad de grupo AB0 y HLA con su donante, realizando técnicas de desensibilización en 35 pacientes. Se llevaron a cabo técnicas de desensibilización utilizando anticuerpos monoclonales anti-CD 20 (Rituximab), inmunoglobulinas e inmunoadsorción con columnas especificas o plasmaféresis según el tipo de incompatibilidad.

Resultados:

En 7 pacientes de 35 no fue posible la desensibilización (6 tipo HLA y 1 AB0) por lo que se incluyeron en lista de espera para donante vivo cruzado y/o donante cadáver. En otros 28 casos la desensibilización fue satisfactoria sometiéndose a trasplante renal, lo cual supone un 24% de nuestro programa. 13 casos presentaban incompatibilidad HLA, 13 incompatibilidad de grupo AB0 y 2 de ellos ambas. En 26 pacientes (93%) los injertos fueron inicialmente funcionantes. En 25 pacientes (89.3%) no se produjo ningún tipo de rechazo; 3 pacientes sufrieron rechazo en el postoperatorio de los cuales 2 respondieron con tratamiento médico y 1 paciente, con incompatibilidad HLA no respondió al tratamiento precisando trasplantectomía. Se presentan estudios de coste efectividad.

Conclusiones:

En la actualidad disponemos de un arsenal terapéutico que nos permite realizar con éxito un buen número de trasplantes de parejas inmunológicamente incompatibles, HLA, AB0 o ambas, obteniendo resultados satisfactorios y un número de complicaciones similar a la serie general. Los estudios de coste-efectividad avalan la viabilidad de este tipo de protocolos.

C 20 - CIRUGÍA CONSERVADORA LAPAROSCÓPICA EN TUMORACIONES RENALES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

Bohórquez Cruz, Manuel; Carames Masana, Francisco; Lamas Díaz, Leticia; Barreiro Mallo, Aarón; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Vázquez, Andrea; Ponce Díaz-Reixa, José; Martínez Breijo, Sara; López García, Daniel; Rodríguez-Rivera García, Javier; Álvarez Castelo, Luis; Suárez Pascual, German; Rodríguez Gómez, Ignacio; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivo:

Analizar los resultados de la cirugía laparoscópica en el tratamiento quirúrgico de las lesiones renales sospechosas de malignidad.

Material y Métodos:

Se realiza un estudio observacional retrospectivo en nuestro centro. Desde el año 2003 al 2013, 54 pacientes son diagnosticados de lesión renal sospechosa de malignidad y tratados mediante cirugía renal conservadora, por vía laparoscópica. Hemos valorado resultados clínicos, quirúrgicos, complicaciones perioperatorias, hallazgos histopatológicos, tasa de márgenes positivos, recurrencia y supervivencia. 63% hombres, 37% mujeres. Edad media 62,8 años (32-82). Demora operatoria desde el diagnóstico 148 días (40-624). Charlson 4.0 (1-8).

Resultados:

Tiempo operatorio medio 185,6 min (120-310). Clampaje arterial en el 75% de los casos. Tiempo de isquemia caliente medio de 27,5 min (2-70). Sangrado estimado 575 cc (100-1500). Transfusión intraoperatoria 4,3%. Estancia media postoperatoria 3,2 días (1-14). Complicaciones postoperatorios en 27,5% (Clavien I, 85,7%). Un 20,4% de las lesiones son benignas, el resto malignas. Adenocarcinoma renal 79,6% (células claras, 65,1%). Grado nuclear Fuhrman I (38,5%) y II (30,2%). pT1a 86%, pT1b 9,3% y pT2a 4,7%. Márgenes positivos 10%. No cambios función renal pre/post (1,0 vs 1,1 mg/dL). Seguimiento medio 23,8 meses (1-79). Recidiva local 0%, sistémica 1,9%. Supervivencia global 94,3% (específica 98%).

Conclusiones:

La cirugía renal conservadora es una técnica segura y efectiva para el manejo de lesiones renales sospechosas de malignidad. El abordaje laparoscópico permite una mejor convalecencia postoperatoria. Los resultados oncológicos y funcionales son óptimos y mantenidos en el seguimiento. Un 20,4% de las lesiones sospechosas tienen un comportamiento histológico de benignidad.

C 21 - CARCINOMA RENAL CON TROMBO EN CAVA: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y PRONÓSTICO DE NUESTRA SERIE

Sánchez Vázquez, Andrea; Portela Pereira, Paula; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón; Bohorquez Cruz, Manuel; Álvarez Castelo, Luis; Rodríguez Gómez, Ignacio; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos:

El carcinoma renal es un tumor de acusado venotropismo pudiendo alcanzar el interior de vena cava llegando hasta aurícula y ventrículo derechos. La trombosis e invasión venosa ha demostrado en distintos estudios influencia en la supervivencia. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia en el manejo quirúrgico del carcinoma de células renales (CCR) con afectación venosa y evaluar su valor pronóstico.

Material y Métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de 50 pacientes intervenidos entre el año 1982 y 2011 con carcinoma renal estadio t3b o superior según TNM2010. Se analizaron variables perioperatorias, supervivencia, estadio patológico y supervivencia. La distribución por sexo fue de 35 varones y 15 mujeres con una a edad media de 60 años, afectando en 37 casos al riñón derecho y 13 al izquierdo. La clínica más frecuente fue la hematuria macroscópica, seguida de síndrome general y dolor. En todos ellos se realizó nefrectomía radical con linfadenectomía y cavotomía con resección del trombo, precisando en 9 casos bypass cardio-pulmonar, circulación extracorpórea e hipotermia. El análisis estadístico se realizó empleando curvas Kaplan-Meyer y el programa SPSS.

Resultados:

En cuanto al estadio patológico 16 pacientes (32%) fueron pT3b, 26 pT3c (52%) y 8 (16%) pT4, con afectación ganglionar en 16 pacientes (32%) y afectación metastásica al diagnóstico en 15 pacientes (31%). El subtipo histológico más frecuente fue el CCR de alto grado histológico (Fuhrman 3-4). Para clasificar el nivel del trombo se utilizó la clasificación de Novik obteniendo 33 pacientes con grado II, 8 grado III y 9 grado IV. Se encontró invasión de pared venosa en 30 casos (63%). La media de supervivencia fue claramente peor en los pacientes con afectación ganglionar y metastásica al diagnóstico.

Conclusión:

El tratamiento quirúrgico continúa siendo una opción en el manejo de este tipo de patología existiendo una influencia positiva cuando su resección es completa, aunque conviene definir factores pronósticos que permitan establecer qué grupo de pacientes que se beneficiarían de actitudes quirúrgicas más agresivas.