Posters

P 1 - TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL MEDIANTE CIRUGÍA INTRARRENAL RETROGRADA

Rodríguez Nuñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; Gonzalez Dacal, Juan Andrés; García Riestra, Vicente; Fernández García, L; Llovo Taboada, Francisco; Diaz Bermudez, José; Devesa Múgica, M; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

El abordaje de la litiasis renal ha sufrido un cambio en las indicaciones terapéuticas debido al avance de las técnicas endourológicas siendo la URS una opción alternativa a la NLP y a la LEOC

Objetivo:

Evaluamos los resultados de la serie de ureteroscopia flexible (URSf) para el tratamiento de la litiasis renal.

Materiales y Métodos:

Se realiza un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las 182 URS realizadas entre Junio de 2012 y Diciembre de 2013, de las cuales 22 fueron realizadas para el tratamiento de la litiasis renal.
Se recogen datos de las siguientes variables: edad, sexo, carga litiásica, número de litiasis, localización, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, derivación urinaria, complicaciones y tasa de éxito.
Se evalúan los datos mediante el programa estadístico SPSS-17

Resultados:

Se realizaron 22 RIRS, mediante abordaje combinado (URS s+URS f) laser Holmium de 12 W (fibras de 200-365 micras) y cestillas de Nitinol (1,9-1,3Fr), 10 varones y 12 mujeres con una edad media de 52 años (32-74 años).
La carga litiásica media fue de 188mm2 (38-471 mm2) fue de 1.2cm2 siendo múltiple en 23% de los casos. La localización predominante fue en pelvis renal 50% de los casos, cáliz inferior en el 40% y en cáliz superior en 10 % de los casos. El tiempo quirúrgico medio fue de 117 min (45-195 min).Se utilizó vaina de acceso ureteral en 73% de los casos y derivación urinaria con doble J en 86 %.

La estancia media fue de 1,67 días (1-4días) y la tasa complicaciones ha sido baja con 4 episodios de ITU y 1 perforación ureteral, sin necesidad de transfusión en ningún caso.
La tasa de éxito evaluada a los 3 meses mediante TAC o ecografía fue de 77,28 %.

Conclusiones:

La cirugía intrarrenal retrógrada es una técnica segura y reproductible para el tratamiento de la litiasis renal. Su baja morbilidad y una tasa elevada de éxito ponen de manifiesto una opción alternativa a otro tipo de abordajes.

P 2 - NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA SIN NEFROSTOMÍA ("TUBELESS"). EXPERIENCIA INICIAL.

Sánchez García, Juan Francisco; Pérez-Fentes, Daniel; Novoa Martín, Rosa; Blanco Gómez, Benito; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

Clásicamente, en la nefrolitotomía percutánea (NLP), se recomienda la colocación de un drenaje percutáneo tras el procedimiento. Sin embargo, se conoce que las nefrostomías percutáneas son una de las causas del aumento del dolor y de la estancia postoperatoria en los pacientes. Bellman en 1997 describe que es posible omitir el tubo de nefrostomía, denominando a esta técnica como "tubeless". Describimos nuestra experiencia inicial con cirugía percutánea "tubeless", analizando su eficacia y seguridad.

Material y Métodos:

Estudio observacional retrospectivo, no aleatorizado, realizado en el periodo comprendido entre marzo de 2012 y marzo de 2014, de todos los casos litiásicos intervenidos en nuestro centro mediante NLP con técnica "tubeless" (n=30). La decisión de realizar cirugía sin nefrostomía se realizó, a criterio del cirujano, en función del sangrado observado, del estado del urotelio y de la existencia de litiasis residuales. Se excluyeron del estudio aquellas cirugías realizadas mediante técnica "microperc". Se comparan variables demográficas de los pacientes, del caso litiásico, aspectos técnicos y de resultado con una cohorte control de los 40 casos de NLP realizados en el mismo periodo a los que se dejó nefrostomía al finalizar el procedimiento.

Resultados:

Los casos litiásicos en los que se realizó cirugía "tubeless", tenían mayor complejidad (p=0,048). Los cirujanos y la técnica de NLP empleada no variaron a lo largo del periodo de estudio. La cirugía "tubeless" presentó un menor tiempo quirúrgico (p=0,041) y empleo de escopia (p=0,047). La incidencia de complicaciones fue significativamente más baja en los casos "tubeless" (p=0,017), con una menor tendencia al sangrado, sin necesidad de transfusión. No se observaron diferencias en el éxito del procedimiento en función del tipo de drenaje empleado.

Conclusión:

Nuestra experiencia inicial con NLP "tubeless" demuestra que, en casos seleccionados, es una opción técnica segura, efectiva y con una baja estancia postoperatoria. Futuros trabajos, con un mayor número de casos y diseño aleatorizado podrán ayudar a definir mejor y ampliar sus indicaciones.

P 3 - CLASIFICACIÓN DE LA COMPLEJIDAD DEL CASO LITIÁSICO EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. ASOCIACIÓN CON EL ÉXITO E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES

Novoa Martín, Rosa; Pérez-Fentes, Daniel; Gude Sampedro, Francisco; Sánchez García, Juan Francisco; Blanco Gómez, Benito; García Freire, Camilo

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo:

Analizar la asociación entre una clasificación de la complejidad del caso litiásico con el éxito y la incidencia de complicaciones tras nefrolitotomía percutánea (NLP).

Material y Métodos:

179 casos consecutivos de litiasis renal sometidos a NLP entre Junio de 2008 y Diciembre de 2013, clasificados en 3 grupos de complejidad. Caso simple: litiasis resuelta a través de acceso único mediante el uso exclusivo de nefroscopia rígida (excepto cáliz superior o abordaje intercostal). Caso complejo: litiasis que requirió acceso múltiple, combinado con ureteroscopia, instrumental flexible o acceso por cáliz superior/intercostal. Caso extremadamente complejo: litiasis coraliforme completa, litiasis calicial múltiple, caso realizado en 2 tiempos quirúrgicos o presencia de anomalías anatómicas. Se define como éxito la total ausencia de litiasis en una TC sin contraste al tercer mes. Las diferencias en características basales y aspectos técnicos de la serie, en función de la complejidad del caso se determinaron mediante la prueba de Jonckheere-Terpstra. La posible asociación entre el grado de complejidad y el éxito o incidencia de complicaciones se determinó mediante el test de tendencia lineal. Se consideraron significativas diferencias o asociaciones cuya $p<0,05$.

Resultados:

Se encontraron diferencias significativas, en función del grado de complejidad del caso litiásico, en: superficie litiásica, localización de la litiasis, tiempo quirúrgico, tiempo de escopia, cáliz de acceso, necesidad de trayectos múltiples, empleo de ureteroscopia combinado y estancia postoperatoria. Los casos simples presentaron mayor éxito (91%) que los complejos (82%) y que los extremadamente complejos (55%), $p=0,000$. La incidencia de complicaciones fue mayor en los casos extremadamente complejos (31%), sin encontrar una tendencia lineal en función del grado de complejidad del caso, $p=0,203$.

Conclusiones:

La clasificación propuesta para la complejidad del caso litiásico tiene una asociación lineal directa con el éxito de la NLP. Se necesitaría un mayor número de casos para poder definir si existe la misma asociación con la incidencia de complicaciones. Futuros trabajos colaborativos y multicéntricos podrían servir para mejorar y validar esta clasificación.

P 4 - MANEJO DE LA LITIASIS INFANTIL. RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA

Aller Rodríguez, Marcos; Lancina Martín, Juan Alberto; Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel A; López García, Daniel; Lamas Meilán, Cipriano; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivo:

La litiasis pediátrica es poco frecuente en comparación con los adultos, aunque la composición de los cálculos y el tratamiento utilizado cada vez es más similar. Nuestro objetivo es analizar los resultados y complicaciones del manejo de la litiasis infantil en nuestro centro.

Material y Método:

Describimos 33 casos de litiasis infantil recogidos entre 1993 y 2013, con una razón de sexo de 2:1 a favor masculino, una edad media de 99 meses (8.2 años) y 57,7 meses de seguimiento medio. El 36% de los casos presentaban antecedentes familiares. Un 79% de los casos presentaba algún factor de riesgo, siendo las anomalías normofuncionales lo más frecuente (44%), seguida de metabolopatías (36%). Las clínica de ITU, con un 39% de los casos, fue el motivo diagnóstico principal. La localización más frecuente (36%) fue la pelvis renal. Un 97% presentaban una función renal normal al diagnóstico.

Resultados:

El tamaño litiásico medio fue de 11.3mm (2-30), siendo un 67% litiasis únicas. La composición cualitativa recogida es de 9 casos de litiasis cálcica (27%), 3 de cistina (9%), 2 infecciosas (6%), 1 úrica (3%) y el resto desconocida (55%). La LEOC (55%) fue el tratamiento más empleado, presentando 3 casos (17%) complicación post-tratamiento. La media de sesiones de LEOC fueron 2.78 (mediana=2,min=1,max=11). El número de ondas de choche utilizadas de media fueron 7872 (mediana=6000, min=2500,max=32000), precisando en 6 casos (33%) de apoyo endourológico. Con LEOC se obtuvo un 56% de casos libre de litiasis. En 13 casos (39%) se utilizó tratamiento médico con un 85% de casos libres de litiasis. La cirugía se empleó como tratamiento primario en 2 casos con un 100% de éxito. Se empleó quimioprofilaxis para evitar recidiva en un 48% de los pacientes. Hubo un 30% de recidivas, resueltas en un 20% con LEOC, un 40% con tratamiento médico y un 40% precisaron cirugía abierta. Todos los pacientes presentan función renal normal postratamiento.

Conclusiones:

En nuestro centro se han obtenido una tasa de éxito libre de litiasis del 70% con diversas técnicas, destacando la LEOC, con una tasa aceptable de complicaciones.

P 5 - LITIASIS URINARIA EN INJERTO RENAL FUNCIONANTE: CASUÍSTICA GLOBAL DE NUESTRO CENTRO

Vázquez-Martul Pazos, Darío; Lancina Martín, A; Portela Pereira, Paula; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón, Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez, Manuel; Rodríguez-Rivera García, Javier; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción:

La litiasis renoureteral es una complicación poco frecuente y tardía en pacientes trasplantados renales y con escasas referencias en la literatura.
La formación de cálculos en el injerto renal suele ser por formación de novo, siendo la transferencia directa desde el donante un hallazgo menos frecuente. El modo de presentación suelen ser cuadros de oligoanuria con empeoramiento de la función renal, y en casos de localizaciones no obstructivas, por estudios de imagen realizados en otro ámbito.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo de todos los pacientes trasplantados renales con injerto renal funcionante realizados en nuestro Centro desde enero de 1981 a enero de 2013. En dicho periodo se realizaron 2425 trasplantes de donante cadáver y 120 de donante vivo, con un total aproximado de trasplantes funcionantes durante al menos 3 meses de 2134. En total se encontraron 35 pacientes con litiasis renoureteral (1.6%). 34 pacientes de trasplante renal de donante cadáver y uno de donante vivo, de éstos el 51.2% fueron varones y el 48.6% mujeres.
La mediana de seguimiento fueron 43 meses.

Resultados:

En todos los pacientes se observaron uno o más factores de riesgo litógeno como infecciones del tracto urinario de repetición, metabolopatías o uropatía obstructiva asociada. En 4 casos, el cálculo fue transferido directamente del donante. El modo de presentación fue anuria obstructiva en 9 casos (25.7%), datos de ITU en 5 (14.3%) y hematuria en 3 (8.6%)
En 11 casos la localización de la litiasis fue ureteral, en 18 casos a nivel del injerto (pelvis y cálices) y en 4 casos múltiple.
7 pacientes (20%) expulsaron el cálculo espontáneamente, 5 (14.3%) fueron tratados con alcalinización oral mientras que el resto de pacientes precisaron algún tipo de tratamiento activo (quirúrgico y litotriptor). 8 pacientes presentaron recidiva durante el seguimiento.

Conclusión:

La litiasis urinaria en el injerto renal tiene una baja incidencia con una etiología multifactorial si bien supone en muchos casos una emergencia por la posible uropatía obstructiva y sus complicaciones en estos pacientes.
Las opciones terapéuticas son similares a las de los riñones ortotópicos debiendo optar siempre por la opción más resolutiva y menos agresiva.

P 6 - LITIASIS VESICAL DE ORIGEN DESCONOCIDO.

Freire Calvo, Jacobo; Muller Arteaga, Carlos; Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Cajide Montero, José L; López Bellido, Dionisio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Objetivo:

Presentamos el caso de un varón con el diagnóstico de litiasis vesical que se programa en nuestro servicio para recibir litotricia láser holmiun.

Material y Métodos:

Se trata de un paciente con clínica de larga evolución de sintomatología de tracto urinario inferior, dolor suprapúbico e infecciones urinarias de repetición. Entre sus antecedentes destaca obesidad, dislipemia e intervención de hernia inguinal bilateral hace aproximadamente 12 años.

Resultados:

Las pruebas diagnósticas a las que fue sometido (ecografía) no arrojaban alteraciones relevantes. Finalmente se diagnostica mediante cistoscopia de litiasis ,situada en cúpula vesical. Se consigue la fragmentación de la litiasis pero no de su núcleo, del que se consigue extraer una muestra, demostrándose que está formado por material protésico procedente de la malla de reparación de la hernia.

Conclusiones:

Los cálculos vesicales secundarios a complicaciones de enfermedades urológicas son los más frecuentes (HBP, vejiga neurógena).Siendo en hombres, más del 90 % de los casos. La presencia de cuerpos extraños intravesicales es también una fuete de formación de litiasis. La sintomatología clásica son el síndrome miccional, infecciones de orina y hematuria. La perforación vesical tras cirugía reparadora de hernias inguinales mediante malla es una complicación infrecuente, que se explica por dos mecanismos: una deficiente fijación o secundaria a un lento desplazamiento por los planos anatómicos debido a reacción de cuerpo extraño. El caso continúa abierto para su resolución definitiva.

P 7 - HEMORRAGIA SUPRARRENAL ESPONTÁNEA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CON DIFERENTE FISIOPATOGENIA.

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

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

Introducción:

La hemorragia suprarrenal espontánea (HSE) es una entidad poco frecuente aunque potencialmente mortal que puede ser ocasionada por procesos sistémicos, responder a una causa local subyacente o bien ser idiopática.

Material y Métodos:

Presentamos dos casos de HSE de diferente etiopatogenia, el primero producido en el contexto de enfermedad sistémica y el segundo en el marco de tumor adrenal subyacente.

Resultados:

Caso 1. Varón de 16 años que acude a urgencias con clínica sugestiva de mononucleosis infecciosa confirmándose infección por virus de Epstein-Barr (VEB) en Test de Bunnel y PCR. Tras un curso tórpido en UCI presenta dolor agudo localizado en flanco izquierdo demostrándose sangrado a nivel de espacio suprarrenal izquierdo en TC abdominal. Tras imposibilidad para localizar vaso sangrante durante arteriografía selectiva, y dada la inestabilidad hemodinámica del paciente, se realiza laparotomía con suprarrenalectomía izquierda y drenaje del hematoma. El paciente tiene una evolución postoperatoria favorable.
Caso 2. Varón de 50 años que acude a urgencias por dolor en flanco de inicio súbito, evidenciándose en el TC una masa suprarrenal derecha sugestiva de mielolipoma con rotura y sangrado a retroperitoneo, observándose incidentalmente masa en polo inferior de riñón derecho sugestiva de hipernefroma. Ante la inestabilidad hemodinámica del paciente se practica laparotomía y nefrectomía con suprarrenalectomía derecha. El paciente presenta postoperatorio sin complicaciones.

Discusión:

La HSE puede producirse por estrés agudo (principalmente sepsis grave y grandes quemados), coagulopatías, síndrome antifosfolípido, responder a sangrado de un tumor subyacente o bien ser idiopática.

En el contexto de infección por VEB se han descrito en la literatura hemorragias digestivas, oronasofaríngeas y esplénicas. Sin embargo hasta el momento no se ha descrito ningún caso de HSE en relación con mononucleosis infecciosa. El caso presentado sugiere la necesidad de tener en cuenta la posibilidad de HSE ante infección por VEB y clínica sugestiva.
El mielolipoma suprarrenal es un tumor benigno no funcionante que suele ser hallazgo incidental y muy infrecuentemente ocasiona sangrado por rotura. El tratamiento quirúrgico, como mostramos en nuestro paciente, se reserva para aquellos casos en que se produce inestabilidad hemodinámica y la embolización arterial no es una alteranativa posible.

Conclusión:
La HSE si bien es extremadamente infrecuente, puede suponer un riesgo vital para el paciente. En presencia de determinados procesos sistémicos y clínica sugestiva, esta entidad ha de ser considerada en la sospecha diagnóstica. Ante inestabilidad hemodinámica la embolización arterial no siempre es factible, siendo la cirugía urgente la única opción terapéutica efectiva.

P 8 - ENDOMETRIOSIS VESICAL Y DOLOR PELVIANO EN PACIENTES JÓVENES

Freire Calvo, Jacobo; Barghouti, Iyad; Muller Arteaga, Carlos; Sabell Pérez Salgado, Francisco; Valbuena Álvarez, Rogelio; Ramos García, Manuel; López Bellido, Dionisio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Introducción:

La incidencia de la endometriosis del tracto urinario ha aumentado durante los últimos años determinándose en la literatura entre el 0,3 hasta 12%, de todas las mujeres afectadas por la endometriosis.
La mayoría de las veces, esta afección se diagnostica la causa de la queja de los síntomas urinarios durante el seguimiento de procedimientos ginecológicos. Muchas veces es catalogado como situaciones "normales" diagnosticadas de "cistitis" u otros grupos sindromicos definidos como dolor pelviano.
Por lo tanto, una estrecha colaboración entre el ginecólogo y el urólogo es necesario para establecer tanto el procedimiento de diagnóstico correcto y los tratamientos más adecuados.

Objetivos:

Se realizó en nuestro centro una valoración prospectiva tras el hallazgo de los últimos casos de endometriosis en pacientes jóvenes enviadas desde el servicio de Ginecología y/o Atención Primaria como "cistitis de repetición".
Se plantea un procedimiento colaboración mediante vía rápida de atención de pacientes jóvenes con diagnóstico inespecífico de dolor pelviano y/o cistitis de repetición entre los servicios de ginecología y urología para la realización de cistoscopia de valoración.

Material y Métodos:

Se presenta iconografía de caso clínico como ejemplo de imagen cistoscópica clásica, así como su tratamiento mediante resección transuretral amplia.
Se plantea síntesis de "estado del arte" en el momento actual para el correcto diagnóstico y tratamiento de estas pacientes, por lo general jóvenes y con gran cortejo sintomático inespecífico.

Conclusiones:

La participación de la vejiga está documentado con frecuencia en el contexto de la endometriosis . Se asocia comúnmente con síntomas urinarios severos. Para conseguir un diagnóstico adecuado y un tratamiento exitoso es preciso de una estrecha colaboración entre el ginecólogo y el urólogo.

P 9 - HEMATURIA TARDÍA TRAS ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HIPOGÁSTRICA

Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; Díaz Bermúdez, José; Ruibal Moldes, Manuel

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

La experiencia en cirugía pélvica laparoscópica nos permite afrontar el abordaje de grandes adenomas de próstata de una manera mínimamente invasiva.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente intervenido de Adenomectomía Prostática mediante abordaje laparoscópico que cursa con un postoperatorio inmediato sin incidencias siendo dado de alta al 4º día postoperatorio.
A las dos semanas de la cirugía el paciente reingresa presentando un cuadro de hematuria macroscópica intensa con anemización importante precisando transfusión de hemoderivados.

Resultados:

Tras decidir en un principio manejo conservador del cuadro clínico, el paciente presenta resolución del cuadro por lo que se realiza estudio cistoscópico no evidenciando zonas de sangrado activo a nivel de capsula prostática ni de vejiga.
A las 48 horas el paciente comienza nuevamente con hematuria por lo que optamos por estudio de imagen mediante TAC.
En dicho estudio se advierte la presencia de pseudoaneurisma de una pequeña rama de la hipogástrica izquierda.
Se realiza embolización supraselectiva con Coils de 3,6 y 7mm de diámetro.
En control radiológico posterior, buenos resultados angiográficos, desapareciendo el cuadro clínico y siendo dado de alta el paciente.

Conclusiones:

Las complicaciones vasculares tras un procedimiento quirúrgico son una complicación a tener en cuenta en la hipótesis etiológica y manejo en el debut de una hematuria tardía.

P 10 - PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA RENAL: COMPLICACIÓN DE LA NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Fernández García, M.L.; Ruibal Moldes, Manuel

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

El pseudoaneurisma de arteria renal (PAR) es una rara complicación de la nefrectomía parcial laparoscópica y puede suponer en el postoperatorio una amenaza vital.

Material y Métodos:

Presentamos nuestra experiencia en PAR , su presentación clínica, evolución y su manejo terapéutico.
Entre Julio de 2009 y Diciembre de 2013 se realizaron 104 nefrectomias parciales laparoscópicas (NPL).Un estudio retrospectivo de todos los casos de NPL ha revelado que 7 pacientes desarrollaron esta complicación postoperatoria tardía.
Se recogieron datos de las siguientes variables: edad, sexo, tamaño tumoral, tiempo de isquemia caliente, resultado anatomopatológico, presentación clínica, forma de diagnóstico y tratamiento.

Resultados:

De todas las NPL realizadas, 7 presentaron un sangrado postoperatorio tardío.
La edad media fue de 66 años (60-73), varones en 4 casos y mujeres en 3 casos. El tamaño medio tumoral fue de 3,18 cms (1,6-5,5) y el tiempo medio de isquemia caliente fue de 17 minutos (11-19).
El estudio anatomopatológico presentó carcinoma de células renales en 3 casos y oncocitoma renal en 4 casos.
La presentación clínica ocurrió con una media de 13 días después de la intervención (11-15) y los síntomas fueron, hematuria masiva en todos los casos, dolor lumbar en 2 casos y sincope en 1 caso, presentando más de 2 síntomas en 3 casos.
El diagnóstico se realizó en todos los casos mediante TAC abdominal en tres fases.
El manejo terapéutico consistió en embolización arterial selectiva con coils en todos los casos, siendo satisfactoria en 6 casos y un paciente requirió nefrectomía por persistencia de hematuria masiva y síncope.
Tras la embolización todos los pacientes presentaron función renal normal, excepto un paciente monorreno que precisó hemodiálisis de manera temporal.

Conclusión:
La PAR es una rara complicación de la NPL. El diagnóstico precoz puede ayudar a reducir la morbilidad. La embolización arterial selectiva es el tratamiento de elección, preservando la función renal en la mayoría de los casos.

P 11 - EXPERIENCIA INICIAL EN LA ABLACIÓN PERCUTÁNEA POR RADIOFRECUENCIA DE TUMORES RENALES PEQUEÑOS

Barreiro Mallo, Aarón; Vázquez-Martul, Darío; Portela Pereira, Paula.; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Vázquez, Andrea; Ponce Díaz-Reixa, José.; Suárez Pascual, Germán; Pérez Fontán, Francisco J.*; Lago Novoa, Maximino*; Chantada Abal, Venancio.

*Servicio de Urología y *Servicio de Radiología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Introducción:

La ablación mediante radiofrecuencia (RF) de tumores renales se presenta alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de masas renales pequeñas frente a la cirugía. El alto riesgo quirúrgico o la necesidad de preservación de masa nefronal han sido las principales indicaciones de esta técnica.. Nuestro objetivo es exponer los resultados de la serie inicial de pacientes sometidos a este tratamiento en nuestro Centro.

Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de los 13 procedimientos de ablación percutánea mediante RF realizados en 11 pacientes. Presentaban una mediana de edad de 79 años (52-85). Los tumores fueron diagnosticados de forma incidental con un tamaño medio de 2,6cm (1,2-4,5) Dos pacientes presentaban tumor bilateral. La media de Índice de Comorbilidad de Charlson fue 6 (2-10). 9 (82%) eran ASA III y 2 (18%) ASA II. Los tratamientos se realizaron bajo sedación y control ecográfico. Se realizó TC con contraste como control al mes del tratamiento. La regresión de la lesión y la ausencia de captación de contraste en los controles por imagen fueron los criterios de éxito del tratamiento.

Resultados:

No se presentaron sin incidencias ni complicaciones postoperatorias con una estancia media de 24 horas. La tasa de ablación fue del 84,6% (11). Un paciente precisó retratamiento por persistencia tumoral con buen resultado inicial aunque progresión clínica ganglionar posterior. Otro paciente presentó una posible recidiva local sin datos de progresión hasta el momento. La supervivencia libre de progresión fue del 91% y con un seguimiento medio de 23 meses (2-54).

Conclusiones:

El tratamiento de tumores renales pequeños mediante ablación por RF, supone una técnica efectiva, con una tasa de efectos secundarios menor que la de la cirugía y con unos excelentes resultados de supervivencia. La baja agresividad de estas lesiones y la posibilidad de que algunas sean benignas, dado el diagnóstico clínico en muchos casos, pueden contribuir a los buenos resultados oncológicos. El seguimiento a largo plazo y la mejora de la experiencia podría plantear la ampliación del espectro de candidatos en el futuro.

P 12 - DISCORDANCIA ENTRE GLEASON DE BIOPSIA PROSTÁTICA Y PIEZA QUIRÚRGICA: INFLUENCIA EN LA ESTRATIFICACIÓN PRONÓSTICA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA.

Carballo Quintá, Manuel; Domínguez Almúster, Sheila; Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; Freire Calvo, Jacobo; Cespón Outeda, Enrique; Comesaña Dávila, Enrique; Martínez-Sapiña Llanas, Ignacio; Ojea Calvo, Antonio

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

Palabras clave:
discordancia Gleason, estratificación de riesgo, cáncer de próstata.

Objetivos:
El grado de Gleason de la biopsia prostática (GB) constituye uno de los factores con mayor repercusión en el pronóstico del paciente con cáncer de próstata. Analizamos la discordancia entre el GB y el de la pieza quirúrgica (GP) y su trascendencia en la correcta estratificación prequirúrgica del riesgo de progresión de la enfermedad.

Material y Métodos.
Realizamos un estudio retrospectivo de 1992 pacientes sometidos a prostatectomía radical entre 1994 y 2013 en nuestro centro, de los cuales 954 han sido PRL y 1038 PRR. La mediana del Gleason prequirúrgico es 6 (IQR 6-7), mediana de PSA 6 (IQR 5-9) y mediana de edad en la cirugía 64.67 años (IQR 60-69). Siguiendo clasificación pronóstica prequirúrgica NCCN, 294 pacientes (14.8%) reúnen criterios de alto riesgo, 819 (41.1%) riesgo intermedio y 879 (44.1%) bajo riesgo. Evaluamos diferencias entre GB y GP en cada grupo de riesgo, valorando la influencia de la edad, el PSA y el estadío clínico. Aplicamos Chi-cuadrado, ANOVA y regresión logística.

Resultados:
Se produce infragradación en GB con respecto a GP en el 21.3% de casos. 31% de los pacientes en bajo riesgo presentan infragradación (corresponden a Gleason >=7 en pieza quirúrgica). El 12.7% de los pacientes de riesgo intermedio presentan infragradación en biopsia lo que supondría reclasificar al 4.9% de estos pacientes como alto riesgo. El grupo de pacientes de alto riesgo presenta sobregradación en el 18% de casos, lo que conllevaría reclasificar como riesgo intermedio al 13.9% de este grupo. En análisis univariante y multivariante observamos relación directa entre edad y discordancia (p=0.001) e inversa entre estadío clínico y discordancia (p=0.003), sin influencia del PSA.

Conclusiones:

Los pacientes considerados prequirúrgicamente como bajo riesgo (31%) y aquellos sobregradados en el estrato de alto riesgo (13.9%), especialmente los de mayor edad y menor estadío clínico, conforman un grupo de riesgo intermedio, inadvertido si optamos por opciones terapéuticas no quirúrgicas. En estos pacientes, la prostatectomía radical puede ofrecer mejores resultados oncológicos que otras opciones terapéuticas cuya indicación se ha basado en la estratificación de riesgo derivada de la biopsia.

P 13 - GLEASON PREQUIRÚRGICO VS. GLEASON QUIRÚRGICO: REPERCUSIÓN EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.

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

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

Palabras clave:
discordancia de Gleason, pronóstico, cáncer de próstata.

Objetivos:
La discordancia del Gleason en la biopsia (GB) con respecto a la pieza de prostatectomía radical (GP) condiciona la correcta estratificación pronóstica del paciente con cáncer de próstata. Evaluamos la influencia de este fenómeno en el estadiaje quirúrgico y en la evolución de la enfermedad.

Material y Métodos:
Realizamos un estudio retrospectivo de 1992 pacientes sometidos a prostatectomía radical entre 1994 y 2013 en nuestro centro, con abordaje laparoscópico en 954 y retropúbico en 1038. La mediana GB es 6 (IQR 6-7), mediana de GP 6 (IQR 6-7), mediana de PSA 6 (IQR 5-9), mediana de edad en la cirugía 64.67 años (IQR 60-69) y media de seguimiento de 75.59 meses (±52.68). Evaluamos la repercusión de la discordancia de Gleason sobre la existencia de márgenes quirúrgicos afectados, extensión local y tiempo libre de recidiva bioquímica a los 5 años (SLRB5). Utilizamos análisis Chi-cuadrado, curvas Kaplan-Meier y test Log-Rank.

Resultados:
Observamos un 21% de casos de infragradación de GB con respecto a GP, 73.3% correctamente gradados y 5.1% sobregradados. El 31.4% de casos con GB 6 y el 6.5% con GB 7 están infragradados. La sobregradación afecta al 7.7% y al 25.2% de los GB 7 y ≥8 respectivamente. Se observa un aumento significativo de márgenes positivos en los grupos infra y sobregradados (42.3% y 42.%) con respecto al grupo normogradado en GB (30%) ($p<0.05$). El porcentaje de tumores con extensión extraprostática aumenta de forma significativa ($p=0.002$) en el grupo de pacientes con GP 7 que presentan Gleason sobregradado en la biopsia (43.9%) frente a los que presenta correcta gradación (30.9%) o infragradación (22.6%). En análisis de supervivencia observamos que los pacientes con GP 7 tienen una SLRB5 significativamente mayor (Log Rank $p<0.01$) cuando habían

sido infragradados en biopsia, con LRB5 del 86%, frente a los que presentaban biopsia concondante (67% LRB5) o sobregradada (46%).

Conclusiones:
A igualdad de GP, los pacientes con GB más desfavorable presentan estadío quirúrgico más avanzado y recidiva bioquímica más temprana. Estos resultados indican que GB es un factor con valor pronóstico independiente de GB.

P 14 - CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO. UNA ALTERNATIVA RADICAL CON INTECIÓN CURATIVA.

Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarras, Moisés; Carballo Quintá, Manuel; Rodríguez Iglesias, Benito; Jamardo González, David; Benavente Delgado, J; Ojea Calvo, Antonio

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

Objetivos:

Presentamos el caso clínico de un varón de 66 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata estadio PT3aNoMo en el cuarto año de seguimiento presenta una recidiva local con invasión de órganos vecinos mostramos el abordaje diagnostico y terapéutico.

Material y Métodos:

Varón de 66 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata gleason (4+3) 7 afectación del 100% de los cilindros PT3aN0M0 hace 4 años tratado con radioterapia externa + braquiterapia + bloqueo hormonal sin otros antecedentes de interés, consulta por disuria y estranguria de 1 mes de evolución acompañado de dolor perineal, se realiza exploración física y llama la atención al TR: celda prostática de consistencia pétrea , solicitamos RMN donde evidencia la presencia de recidiva local con afectación de vejiga y recto , solicitamos colonoscopia y biopsia de lesión dando como resultado invasión rectal de adenocarcinoma de próstata no evidencia de adenopatías ni metástasis a distancia , decidimos realizar una exanteración pélvica total por abordaje combinado (abdominal + perineal).

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue 315 minutos con sangrado de 700ml se realizo una exenteración pélvica total con incisión complementaria perineal+ ileoureterostomía por técnica de taguchi + colostomía, el paciente evoluciono de manera favorable sin complicaciones en el post-operatorio iniciando vía oral el 5° día y alta a domicilio en el 9° día

Conclusiones:

La exenteración pélvica total es una alternativa quirúrgica de tratamiento con intención curativa para los tumores de órganos pélvicos localmente avanzados sin extensión a distancia, se debe valorar la situación clínica del paciente, edad y comorbilidad en el preoperatorio debido a que esta círugia conlleva un elevado riesgo de complicaciones perioperatorias y/o mortalidad aunado a la repercusión fisiológica y psicológica (pérdida de control de esfínteres rectal y uretral) como secuela de la intervención. Debido a esto consideramos necesaria una planificación detallada individualizada e incluso multidisciplinar de estos pacientes, están reportadas tasas de curación y supervivencia aceptables para ADC de próstata localmente avanzado con este tipo de cirugía.

P 15 - PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA POR R4.

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Abstract:
Se presenta en formato de vídeo, prostatectomía radical laparoscópica con abordaje transperitoneal, realizada por Médico Residente de Urología en 4º Año de Formación. Se trata de un paciente de 73 años de edad con antecedentes urológicos de portador de prótesis peneana por disfunción eréctil, a seguimiento por PSA elevado. Preoperatoriamente PSA 8.48; TR + a nivel de LD (estadio cT2a) y BPE de 24 cilindros con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata grado combinado de Gleason 5 (3+2) en 4/24 cilindros. Se le realiza PRL transperitoneal con anastomosis uretrovesical realizada con monofilamento en sutura continua. Postoperatorio sin incidencias. AP de la pieza: adenocarcinoma de próstata grado combinado de Gleason 5 (3+2) afectando a ambos lóbulos pT2c (20% de tumor), sin afectación de vesículas seminales y márgenes quirúrgicos libres. Control postoperatorio a los 3 meses: asintomático, PSA indetectable y continencia total.

P 16 - SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CÁNCER-RELACIONADA EN PACIENTES CON TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR TRATADOS CON NEFROURETERECTOMÍA

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

Identificar factores relacionados con supervivencia global (SG) y cáncer-relacionada (SCR) en pacientes con tumores de tracto urinario superior (TTUS) tratados con nefroureterectomía.

Material y Métodos:

Pacientes (n=78) tratados mediante nefroureterectomía por TTUS entre 1992-2013.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 SG y SCR mediante metodología Kaplan-Meier en variables cualitativas y regresión de Cox en variables cuantitativas. Se efectuó análisis multivariado de regresión de Cox para determinar variables asociadas a SG y SCR.

Resultados:

La media de edad fue 71.02±11.37 años (25-90). 57 pacientes eran hombres (72.2%). El tamaño tumoral medio fue 3.78±2.07 cm (0.7-10). Se realizaron 18 nefroureterectomías laparoscópicas (23.1%). El uréter distal se desinsertó endoscópicamente en 51 pacientes (64.6%). La categoría pT3 fue la más frecuente (36.75%). El grado G3 se presentó en 35 tumores (44.3%). Se observó Tis asociado al TTUS en 10 pacientes (12.7%). 62 pacientes eran cN0 (78.5%). Los tumores tenían una morfología macroscópica papilar en 47 casos (59.5%) y una morfología microscópica papilar en 46 casos (58.2%). El seguimiento medio fue 46.27±46.98 meses (0.59-211.41). La SCR a los 211 meses fue del 46% y la SG del 20%. Las variables asociadas significativamente con SG y SCR fueron: creatinina preoperatoria, número de tumores, categoría pT, cN, grado, morfología macro y microscópica y tratamiento del uréter distal. Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para SG, ajustando por edad, sexo, tamaño, número de tumores, categoría pT, morfología microscópica, grado histológico, presencia de Tis y categoría cN, observando que las variables asociadas de forma independiente a SG eran: edad, pT y morfología microscópica. Se realizó análisis multivariado de

regresión de Cox para SCR, ajustando por las mismas covariables, observando que edad, sexo, tamaño, pT, morfología microscópica, Tis y cN se asociaban de forma independiente a SCR.

Conclusiones:

La edad, categoría pT y morfología microscópica predicen de forma independiente la SG. La edad, sexo, tamaño tumoral, categoría pT, morfología microscópica, Tis asociado y cN predicen de forma independiente la SCR.

P 17 - NEOVEJIGA ILEAL EN MUJERES CON CÁNCER DE VEJIGA. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Sánchez Vázquez, Andrea; Sánchez Merino, José María; Portela Pereira, Paula; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón; Bohorquez Cruz, Manuel A; Martínez Breijo, Sara; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo:

Hasta aproximadamente 1990 la derivación urinaria mediante neovejiga ortotópica en la mujer tras cistectomía radical por cáncer vesical se consideraba contraindicada por mayor riesgo de recurrencia en urotelio uretral que en el hombre. Además, se argumentaba que el mecanismo de continencia era insuficiente. Realizamos un estudio retrospectivo para analizar resultados clínicos, funcionales y oncológicos en mujeres sometidas a cistectomía radical y reconstrucción urinaria mediante neovejiga ileal por carcinoma vesical.

Material y Métodos:

Analizamos 8 pacientes sometidas a dicha intervención en CHUAC entre 2004 y 2013.Edad media 59,6 años(48-72).La mitad eran fumadoras activas. El seguimiento medio fue 52 meses(3-102).Para valorar la continencia y satisfacción global se realizó una encuesta telefónica(utilización de absorbentes, valoración global del resultado de la intervención: muy satisfactoria, satisfactoria, normal, insatisfactoria, muy insatisfactoria, y si volvería a someterse a una intervención con el mismo tipo de derivación urinaria)

Resultados:

Todas las pacientes presentaban función renal normal al final del seguimiento.6 pacientes presentaron dilatación de alguna unidad renal,sólo dos precisaron maniobras endourológicas para su manejo. Como complicaciones postquirúrgicas hubo un linfocele que requirió punción-esclerosis, una sepsis de origen urinario con suboclusión intestinal y una fistula urinaria neovesicovaginal que requirió reparación quirúrgica. Dos pacientes presentaron metástasis a distancia: una fue sometida a lobectomía pulmonar, estando libre de enfermedad tras seguimiento de 102 meses; otra fue exitus a los tres meses de la cistectomía.
En cuanto a la continencia, 5 pacientes utilizan algún absorbente durante el día o la noche. Tres requirieron cateterismos intermitentes en algún momento de la evolución. La mitad consideraron el resultado muy satisfactorio, una satisfactoria, otra normal y en dos no se conoce. Seis pacientes volverían a someterse a la misma intervención; en las otras dos no se conoce este dato. Resaltar la importancia

que todas dieron al mantenimiento de su imagen corporal y al rechazo a portar una bolsa de urostomía, considerando la incontinencia de orina un problema menor,lo que explica el elevado nivel de satisfacción.

Conclusiones:

La derivación urinaria ortotópica con neovejiga ileal tras cistectomía radical por cáncer vesical es una técnica compleja, con elevado riesgo de complicaciones. No obstante, tanto por los resultados de nuestra serie como por los datos aportados en la literatura, se puede considerar una opción terapéutica válida en mujeres, tanto por los aspectos oncológicos, funcionales y del mantenimiento en la imagen corporal.

P 18 - TUMOR TESTICULAR DIAGNOSTICADO TRAS HALLAZGO DE MASA RETROPERITONEAL: DOS CASOS.

Fernández Baltar, Carlos; Blanco Gómez, Benito; Pérez-Fentes, Daniel Adolfo; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

El cáncer de testículo supone el 5% de los tumores genitourinarios del varón, y suele presentarse como masa escrotal asintomática. En determinados casos el diagnóstico se realiza en estadios avanzados como masa retroperitoneal que provoca afectación del tracto urinario superior o compresión de los grandes vasos. Presentamos dos casos clínicos de tumor testicular diagnosticados a partir del hallazgo de una masa retroperitoneal.

Pacientes y Método:

Pacientes de 36 y 59 años. Ambos casos se presentaron con insuficiencia renal aguda secundaria a uropatía obstructiva por adenopatías retroperitoneales, requiriendo derivación urinaria bilateral. En la exploración física se aprecia una masa en teste derecho en un caso y la ausencia del teste derecho en bolsa escrotal en el otro. Los marcadores tumorales evidenciaron elevación de gonadotropina coriónica humana-beta (bHCG), lactato deshidrogenasa (LDH) y alfa-fetoproteína (AFP) normal.

Resultados:

Orquiectomía radical vía inguinal en el primer caso, con diagnóstico de seminoma clásico, estadio pT1. Se decide tratamiento adyuvante con quimioterapia basada en bleomicina-etopósido-cisplatino (BEP). El paciente está actualmente en segunda línea de tratamiento por persistencia de adenopatías retroperitoneales con captación en tomografía de emisión de positrones (PET). En el segundo caso se realizó la exéresis de la masa retroperitoneal, con el diagnóstico de seminoma intraabdominal, estadio pT4. El paciente inició tratamiento con quimioterapia según esquema BEP, falleciendo durante el tratamiento por shock séptico secundario a neutropenia.

Conclusiones:

La realización de una anamnesis adecuada, así como una exploración física completa que incluya área genital es obligada en cualquier paciente urológico. Ante una masa

retroperitoneal, sobre todo en pacientes jóvenes, debe sospecharse un tumor de células germinales con afectación extragonadal. En general, debido a que las lesiones retroperitoneales suelen provocar uropatía obstructiva e insuficiencia renal, es conveniente la derivación urinaria previa al tratamiento quirúrgico y quimioterápico. La tomografía computarizada (TC) en general, junto con la PET en casos de tumores seminomatosos, son los estudios de imagen de elección para determinar la extensión de la enfermedad y en la evaluación de las masas residuales. Los marcadores tumorales (bHCG, LDH y AFP) tienen valor pronóstico y en la evaluación de la respuesta terapéutica.

P 19 - ANGIOMIOXOMA AGRESIVO PÉLVICO EN VARÓN: UNA RARA ENTIDAD

Zarraonandía Andraca, Anton; Rodríguez Núñez, Higinio; González-Dacal, Juan; Fernández García, María Luisa; García Riestra, Vicente; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivo:

El angiomixoma agresivo es un tumor mesenquimático benigno. Es muy poco frecuente y se origina principalmente de los tejidos blandos de la pelvis y periné. Se manifiesta por invasión local y tienen alto índice de recurrencia luego de extirpación. En la actualidad se han descrito cerca de 50 en todo el mundo en varones.

Materiales y Métodos:

Paciente varón de 54 años, hipertenso y con antecedentes de cirugía de menisco. Derivado a consulta de Urología por hidrocele derecho. En la anamnesis el paciente refiere aumento progresivo de volumen testicular derecho en 6 meses, no refiere dolor ni síntomas de infección. Al examen físico se aprecia aumento de volumen paratesticular derecho, de consistencia sólida y no dolorosa. Transiluminación débilmente positiva. Se solicita una ecografía que muestra una masa sólida extratesticular izquierda, cuyo origen no se puede precisar. Dado la etiología poco clara de la masa, se propone al paciente exploración quirúrgica.

Resultados:

Se realiza exploración quirúrgica extirpándose una masa independiente de teste y elementos de cordón que progresa por anillo inguinal externo. El post operatorio evoluciona sin complicaciones. La anatomía patológica es informada como angiomixoma agresivo.

En un control con TAC abdomen y pelvis a los 20 meses se aprecia masa de 4,8x3,4x10cm contiguo a base de pene que se continúa hacia raíz cuerpo cavernoso, fosa isquiorrectal y musculo obturador interno izquierdo en relación con recidiva. Dado a hallazgos se decide intervención con abordaje perineal y abdominal. En el tiempo perineal se libera gran masa paratesticular, adyacente a uretra y cuerpo cavernoso izquierdo. En el tiempo abdominal se libera espacio de Retzius y fosa obturatríz y músculos elevadores del ano izquierdos, consiguiéndose extirpación completa de la masa. El paciente presenta buena evolución post quirúrgica, con una estancia hospitalaria de 3 días. La anatomía patológica confirma nuevamente angiomixoma agresivo. Actualmente no se evidencia recidiva

Conclusión:

El angiomixoma agresivo es un tumor mesenquimal benigno muy raro, que se manifiesta por gran crecimiento local, siendo la cirugía el único tratamiento curativo. Es fundamental un seguimiento estrecho en el post operatorio, ya que la recidiva local es frecuente.

P 20 - REACCIÓN LEUCEMOIDE Y CÁNCER DE VEJIGA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarrás, Moisés.; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; Freire Calvo, Jacobo; Castro Iglesias, Angel Maximino; Rodríguez Iglesias, Benito; Ojea Calvo, Antonio.

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

Introducción:

La reacción leucemoide es una entidad paraneoplásica asociada a diversos tipos de tumores. La asociación con la neoplasia de células transicionales es extremadamente infrecuente y se relaciona con un pronóstico muy desfavorable.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente de 74 años con antecedente de cáncer de vejiga que debuta con leucocitosis vinculada inicialmente a ITU. Tras persistencia de leucocitosis pese a tratamiento antibiótico, urocultivos y hemocultivos negativos, el paciente presenta episodio de hematuria macroscópica autolimitada, se realiza cistocopia y TC abdomino-pelvico que evidencia masa intravesical con atrapamiento de meato ureteral derecho y uropatía obstructiva secundaria.

Resultado:

Tras RTU el informe de anatomía patológica evidencia carcinoma de células transicionales de alto grado, G3 pT2a. Se realiza cistoprostatectomía radical cuya pieza quirúrgica demuestra carcinoma de células transicionales de alto grado invasivo, con múltiples patrones de diferenciación: escamoso, estroma mixoide, plasmocitoide y pseudoglandular, G3 pT2a. El paciente experimenta en todo el curso de su enfermedad una elevación progresiva del recuento leucocitario (siempre superior a 20000/µL), con una evolución tórpida en postoperatorio que deriva en exitus.

Discusión:

La reacción leucemoide es una manifestación paraneoplásica infrecuente que se caracteriza por una leucocitosis intensa y mantenida con cifras superiores a 20000/µL. El diagnóstico diferencial inicial incluye la infección y la leucemia mieloide crónica, entidades que se descartan ante la inefectividad del tratamiento antibiótico y el estudio de médula ósea, o preferentemente, de sangre periférica, en la que se observa un aumento del índice de FAL. Se desconoce en gran medida porqué se produce este fenómeno paraneoplásico, se cree que está en relación con la producción de factores estimulantes de la eritropoyesis como

el G-CSF por parte de las células tumorales. Se postula además que hay una relación directa entre el nivel de G-CSF y el estadío y grado histológico del tumor, lo que influye también de forma directa sobre la supervivencia del paciente

Conclusiones:

La reacción leucemoide paraneoplásica se asocia muy infrecuentemente al cáncer de vejiga. Su presentación suele asociarse a una anatomía patológica y una evolución clínica muy desfavorables. La baja casuista presente en la literatura impide establecer recomendaciones de consenso.

P 21 - ABSCESO DE CUERPOS CAVERNOSOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Carrillo Zamora, César; Lema Grillé, José; Pérez-Fentes, Daniel; Novoa Martín, Rosa; Blanco Gómez, Benito; Fernández Baltar, Carlos; Tato Rodríguez, Javier; Villasenín Parrado, Lorena; Toucedo Caamaño, Valentín; Martínez Couceiro, Saturnino; Blanco Parra, Miguel; Novás Castro, Serafín; García Freire, Camilo; Cimadevila García, Anton; Puñal Pereira, Ana; Blanco, Ovidio Carballo; Sánchez, Juan

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:
Los abscesos del pene son una entidad infrecuente. Entre los factores de riesgo están la inmunosupresión, trauma, medicamentos intracavernosos e infecciones de sitios adyacentes

Caso Clínico:
Hombre de 54 años diabético insulinodependiente ingresado en vascular por fístula aortoentérica. Interconsulta a Urología por aumento de volumen y dolor en el pene. Portador de sonda urinaria por RAO durante ingreso. Al examen físico: Aumento del perímetro en base de pene, eritema y dolor a la palpación. Hemograma y bioquímica: 16000 leucocitos, 86% neutrófilos. Hb: 10,6 g/dL. Plaquetas: 427.000. Glucemia: 469 mg/dL. Urocultivo: **Klebsiella pneumoniae/ Enterobacter cloacae**. TAC abdominal: Absceso en base de pene. Tratamiento: Drenaje abierto de cuerpos cavernosos

Objetivo:
Aportar un caso clínico de esta entidad poco frecuente enfatizando el diagnóstico y tratamiento

Método:
Se presenta paciente ingresado en el Servicio de Cirugía Vascular. Interconsulta a Urología por dolor aumento de volumen de pene

Resultado:
Drenaje quirúrgico con evolución satisfactoria

Conclusiones:
La sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo y la TAC abdominopélvica son útiles en el diagnóstico de esta entidad poco frecuente. El drenaje y cobertura antibiótica de amplio espectro son claves en el tratamiento

P 22 - ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL AMS 800. ANÁLISIS DE RESULTADOS FUNCIONALES Y COMPLICACIONES EN NUESTRA SERIE.

Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Merino, José María; Portela Pereira, Paula; Vázquez-Martul, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel; Álvarez Castelo, Luis; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo:

Evaluar de manera retrospectiva los resultados funcionales y las complicaciones derivadas del implante del esfínter urinario artificial (EUA) AMS800, en la serie de pacientes intervenidos en el CompleJo Hospitalario Universitario A Coruña.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de nuestra serie de EUA implantados entre Octubre de 1995 y Diciembre de 2013. Un total de 64 EUA en 55 pacientes: 25 (45,5%) casos por incontinencia urinaria tras prostatectomía radical (6 laparoscópicas); 14 (25,5%) en relación con vejiga neurógena; 8 (14,5%) tras cirugía de HBP; 4(7,2%) tras braquiterapia por cáncer de próstata; 3(5,5%) tras cistectomía radical con neovejiga ileal ortotópica; y uno (1,8%) tras amputación abdomino-perineal.
La mediana de seguimiento ha sido de 25 meses (2-165). Se han analizado los resultados funcionales (continencia) y de satisfacción mediante encuesta telefónica, así como las complicaciones en relación con el procedimiento.

Resultados:

La edad media de los pacientes en el momento del implante fue de 58 años (12-83). Del total, cinco fueron mujeres (9%). Se produjeron complicaciones en 22 de los 64 implantes (34.3%): fallo mecánico en 14 (22%), con retirada sin recambio en 6 casos, recambio en otros 6 y se dejó la prótesis in situ en 2 casos; retirada por infección en 6 casos (9%), reimplantando 1; recambio por fístula en 2 casos (3%).
De los 39 pacientes con EUA funcionante, 33 (84%) respondieron a la encuesta. 9 pacientes (27%) no usan ningún absorbente, 15 (45%) usan 1 absorbente al día, 5 (15%) 2-3 al día y 4 (12%) más de tres. 8 pacientes (24%), todos ellos con vejiga neurógena, realizan cateterismos intermitentes.
Con respecto al grado de satisfacción: muy satisfecho en 6 casos (18%), satisfecho en 21 (64%), normal en 2 (6%), insatisfecho en 3 (9%) y muy insatisfecho en 1 caso (3%).

Conclusiones:

El EUA permite ofrecer a los pacientes la oportunidad de obtener un control razonable de la continencia de orina con la consecuente mejora en su calidad de vida. No obstante, se debe tener en cuenta un índice significativo de complicaciones asociadas, de hasta un 34% en nuestra serie.

P 23 - INCONTINENCIA RISORIA (GIGGLE INCONTINENCE). PRESENTACIÓN DE CASO.

Muller Arteaga, Carlos; Cajide Montero, José; Rodríguez De La Rúa, Juan, Santos-Ascarza Tabarés, José L, De La Rosa Kermann, Manuel; López Bellido, Dionisio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción:

Se describe un subtipo de Incontinencia caracterizado por el escape total de orina en relación con la risa. La incontinencia risoria (giggle incontinence) es rara, es mas frecuente en niños y mujeres jóvenes. Sus causas no están definidas, pero existen un componente genético que puede pasar de padres a hijos.

Material y Métodos:

Se trata de paciente femenina de 16 años sin antecedentes urológicos de importancia, no enuresis nocturna quien consulta por episodios de incontinencia total de orina en relación con la risa. No antecedentes familiares significativos. Niega imperiosidad, urgencia miccional y escapes con esfuerzos. No estreñimiento.

Examen físico: Sin alteraciones genitales externos, test esfuerzo negativo, no alteraciones neuro-urológicas.

Estudio urodinámico: Capacidad vesical normal, sensibilidad normal, no contracciones no inhibidas aun con maniobras de provocación, detrusor estable. Vaciado no obstructivo. Urografías Sin alteraciones.

Discusión y Conclusiones:

La Incontinencia risoria (giggle incontinencia) debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de la IU. No debe ser confundida con la incontinencia de esfuerzo. Algunos autores la han relacionado con la hiperactividad del detrusor pero su mecanismo no está del todo claro.

Se presenta caso clínico, se discuten posibles causas y características y planteamiento terapéutico.

P 24 - INCONTINENCIA URINARIA POST ACV: MICCIÓN DESINHIBIDA. PRESENTACIÓN DE CASO.

Muller Arteaga, Carlos; Valbuena Alvarez, Rogelio; Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Esteban Hernández, Oscar; Freire Calvo, Jacobo; López Bellido, Dionisio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción:

El control voluntario de la micción es un mecanismo complejo en el que hay múltiples estructuras involucradas. La adecuada micción dependerá de la indemnidad y coordinación entre dichas estructuras. La incontinencia urinaria (IU) posterior a episodios de ACV es muy variable; en muchos casos está condicionada por la patología previa y dependerá de la localización de la lesiones. Se describen los mecanismos asociados a esta y el subtipo de incontinencia derivado de la lesión frontal. La adecuada valoración y orientación diagnóstica permite establecer su posible tratamiento y pronóstico.

Material y Métodos:

Se presenta caso de paciente mujer de 68 años quien refiere presentar incontinencia urinaria de 12 meses de evolución. Antecedentes personales: HTA en tratamiento. ACV hemorrágico por Aneurisma del complejo comunicante anterior en Mayo 2013 con secuelas: Alteración de la memoria reciente. Tendencia al aislamiento y falta de iniciativa. Leve disartria con adecuada compresión y expresión del lenguaje.
Ex físico: Test de esfuerzo negativo. Hipoestrogenismo genital. Sensibilidad perineal conservada. Esfínter anal tónico. Reflejo clitorideo cavernoso (+).
Estudio urodinámico: Cistomanometria: Ausencia de sensibilidad al llenado vesical. Acomodación normal. ALPP (-). Contracción del detrusor a 180 ml de llenado con micción completa. Se realiza 2do llenado presentando nuevamente contracción del detrusor con Pdet 25 cmH20 y Qmax de >15 ml/s, no residuo postmiccional.

Discusión y Conclusiones:

En este caso se evidencia como una lesión en el centro de la micción del lóbulo frontal, responsable del control "social" de la micción, provoca una micción espontánea en el momento "inadecuado" y que ocasiona la situación sea interpretada como IU. La paciente no reconoce el momento adecuado para el vaciado vesical. Se discuten las características del caso, diagnostico diferencial, opciones de tratamiento y pronóstico.

P 25 - TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA DE ORINA MASCULINA. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS Y EXPERIENCIA.

Rodríguez Socarrás, Moisés; Almúster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; Comesaña Davila, Enrique; Cespón Outeda, Enrique; Martínez- Sapiña Llamas, Ignacio; Jamardo González, David; Barros Rodríguez, José Manuel; Ojea Calvo, Antonio

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

Introducción:

La incontinencia de orina masculina genera en los pacientes un deterioro importante en cuanto a su calidad de vida. En este estudio se describe nuestra experiencia con la implantación de dos dispositivos para el tratamiento de incontinencia de orina masculina.

Material y Método:

Se estudiaron 56 pacientes a quienes se les implantó uno de dos dispositivos para el tratamiento de Incontinencia de orina masculina (IOM), Esfinter urinario artificial AMS 800 y ATOMS. Se evaluaron los resultados de continencia, causas de reintervención, además de satisfacción y calidad de vida a través de una versión simplificada del cuestionarios ICIQ-SF.

Resultados:

La media de edad fue 66,83 años; la mediana de seguimiento de 46 meses, la etiología de la Incontinencia de orina fue Prostatectomía radical (PR) (62,9%), Prostatectomía radical laparoscópica (PRL) (25,9%), RTU de próstata (11,4%). Los pacientes con EU AMS800 corresponden al (57,1%) y con ATOMS (22,9%). En total 10 casos precisaron revisión quirúrgica (22,6%) y las causas fueron infección (8,6%), extrusión (5,7%), fallo del maguito (8,6%), del reservorio (2,9%) y de ambos. En cuanto al éxito medido como Continencia de orina sin necesidad de pañal o solo 1 pañal al día se alcanzó el 68,6 %. En cuanto a la satisfacción de los pacientes con el resultado de la intervención se alcanzó el 82,9%, los pacientes refirieron sentirse muchísimo mejor (20%) y mucho mejor (62,9%) después de la operación y 91 % de ellos afirman volverían a operarse de ser necesario.

Conclusiones:

El tratamiento de la Incontinencia de Orina masculina con dos dispositivos (AMS 800 y ATOMS) en los pacientes estudiados tiene frecuencias de complicaciones razonables y aunque los pacientes no alcancen la continencia completa se encontró un buen grado de satisfacción con mejoría en la calidad de vida importante.

Palabras clave:

Incontinencia de orina (IO) masculina, Esfinter Urinario artificial (EUA), Continencia.