SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA

XXIV CONGRESO ANUAL

23 y 24 de mayo de 2014
A CORUÑA

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada de A Coruña

Organiza:
Servicio de Urología del C.H.U A Coruña

Auspiciadas por la Asociación Española de Urología
Declaradas de Interés Sanitario por la
Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia

PROGRAMA

SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA

XXIV CONGRESO ANUAL

23 y 24 de mayo de 2014
A CORUÑA

XUNTA DE GALICIA
DELEGACIÓN TERRITORIAL
DA CORUÑA
Xefatura Territorial da Consellería de Sanidade

Durán Loriga, 3
15003 A CORUÑA
Teléfono: 981155800 - Fax: 981155801
www.sergas.es

galicia

Nº de expediente: SA301A 2014/44-1

Vista a solicitude co rexistro de entrada neste departamento territorial nº 2014/6944 de data 17/03/2014, e formulada pola SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA, na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para o XXIV CONGRESO ANUAL, organizado por GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS

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

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

Vistos os preceptos legais citados e demais de xeral aplicación:

RESOLVO:

1º.- Outorgar o recoñecemento de interese sanitario para o XXIV CONGRESO ANUAL, organizado pola SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA que se vai celebrar en A CORUÑA, dende o 23/05/2014 ata o 24/05/2014.

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

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

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

A CORUÑA, 26 de marzo de 2014
A xefa territorial

Cristina Pérez Fernández

XXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología
Comité Organizador

Presidente

Dr. Venancio Chantada Abal

Secretario

Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada

Vocales

Dr. Luis Álvarez Castelo
Dr. Alfonso Barbagelata López
Dr. Luis Busto Castañón
Dr. Enrique Fernández Rosado
Dr. Cipriano Lamas Meilán
Dr. Alberto Lancina Martín
Dr. Daniel López García
Dra. Sara Martínez Breijo
Dr. Manuel Montes Couceiro
Dr. José Antonio Picallo Sánchez
Dr. José Luis Ponce Díaz-Reixa
Dra. Dolores Rey Fraga
Dr. Ignacio Rodríguez Gómez
Dr. Javier Rodríguez-Rivera García
Dr. José María Sánchez Merino
Dr. Germán Suárez Pascual

Sociedad Gallega de Urología
Junta Directiva

Presidente

Dr. Venancio Chantada Abal

Vicepresidente

Dr. Miguel Ángel Blanco Parra

Secretario general

Dr. Javier Tato Rodríguez

Tesorero

Dr. Enrique Cespón Outeda

Vocales

Dra. Elena López Díez

Dr. Daniel Adolfo Pérez Fentes

Dr. Javier Sánchez Rguez.-Losada

Dr. Luis A. Mateo Cambón

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

Dr. Rogelio Valbuena Álvarez

Dr. Higinio Rodríguez Núñez

Dr. Carlos Muller Arteaga

Dra. Andrea Sánchez Vázquez

Dr. Julián Nieto García

Dra. Luisa Suárez de Lis

XXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología
Profesores Invitados

Dr. José Luis Álvarez-Ossorio Fernández
H.U. Puerta del Mar. Cádiz

Dr. José Manuel Cozar Olmo
H.U. Virgen de las Nieves. Granada

Dr. Javier Cambronero Santos
Hospital Infanta Leonor. Madrid

Dr. Natalio Cruz Navarro
H.U. Virgen del Rocio. Sevilla

Dr. Daniel López García
C.H.U. de A Coruña

Dra. Ana Medina Colmenero
Fundación Centro Oncológico de Galicia

Dr. Manuel Ruibal Moldes
C.H.U. de Pontevedra

Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada
C.H.U. de A Coruña

Dr. Miguel Unda Urdaiz
H.U. de Basurto. Vizcaya

Información general

ORGANIZA
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA
Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña

FECHAS DEL CONGRESO
DÍAS 23 Y 24 DE MAYO DE 2014

HOTEL DEL CONGRESO
NH ATLÁNTICO
C/ Alférez Provisional, 4. 15006 A Coruña
(Realizar las reservas hoteleras a través de
www.gallegadecongresos.com)

SECRETARÍA CIENTÍFICA
SERVICIO DE UROLOGÍA C.H.U. A Coruña
As Xubias 84. 15006 A Coruña
Telf.: 981 178 057

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

RESUMEN DE PROGRAMA

Viernes día 23

Sesión de Mañana

07.45 Salida en autocar del hotel al hospital

08.15 Entrega de documentación en la secretaría del congreso

Bienvenida: Dr. Venancio Chantada Abal - Presidente del Comité Organizador

Salón de actos del C. H. U. de A Coruña.

08.30 Presentación de Comunicaciones Orales

10:30 Simposio GLAXOSMITHKLINE: ÚLTIMOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA HBP

11.00 Pausa Café

11.30 Presentación de Comunicaciones Orales

12.42 Presentación de Posters

13:45 Conferencia: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA UROLITIASIS

14.15 Comida de trabajo en el Hospital.

Sesión de Tarde

16.00 Presentación de Poster

18:00 Inauguración Oficial

18:15 Mesa Redonda: PRESERVACIÓN VESICAL EN CÁNCER INFILTRANTE

19.15 Cara a cara: TRATAMIENTO DEL PROLAPSO FEMENINO

20.15 Salida en autocares del Hospital al Hotel

21.00 Salida en autocares del hotel al Restaurante Mirador de San Pedro

21.30 Cena Oficial el Congreso

00:00 Regreso al hotel

Zona Comercial del Congreso – 4ª Planta - entrada al salón de actos

Sábado día 24

Sesión de Mañana

07.45 Salida en autocar del hotel al hospital

08.15 Presentación de Vídeos

10.30 Pausa Café

10.45 Presentación de Vídeos

12:15 Mesa Redonda:
CÁNCER UROLÓGICO METASTÁSICO

13:15 Seminario Astellas Pharma:
MIRABREGON PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR

13.45 Simposio MENARINI:
AVANCES EN ANDROLOGÍA

14.15 Salida en autocares del hospital al hotel - Restaurante El Refugio -Comida de Clausura

Entrega de Beca ASTELLAS PHARMA y premios de la SGU

18:00 Asamblea General de la S. G. U. 1° Convocatoria

18:30 Asamblea General de la S. G. U. 2° Convocatoria

Zona Comercial del Congreso – 4ª Planta . entrada al salón de actos

Índice

PROGRAMA .....pág. 16

RESÚMENES:

COMUNICACIONES ORALES (CO) .....pág. 36

POSTERS (P) .....pág. 69

VÍDEOS (V).....pág. 110

ENTIDADES COLABORADORAS .....pág. 135

programa

viernes, 23 de mayo de 2014

07:45 Salida en autocar del hotel al hospital

08:15 Entrega de documentación en secretaria del congreso.
Salón de actos del C.H.U. de A Coruña - 4ª Planta
Zona Comercial del Congreso - 4ª Planta entrada Salón de Actos.

Bienvenida:
Dr. Venancio Chantada Abal
Presidente del Comité Organizador

08.30 Presentación de **COMUNICACIONES ORALES**
Moderadores:
Dr. Dionisio López Bellido - *Servicio de Urología del C.H.U de Ourense*
Dr. Francisco Javier García Novio - *Servicio de Urología del H.U. Lucus Augusti - Lugo*

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

CO 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

CO 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.

CO 4 - TUMORES INFRECUENTES DE PRÓSTATA. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS.

Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarrás, 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

CO 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. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

CO 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.

CO 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

CO 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

CO 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

CO 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 Rodrigo, Arturo; Jamardo González, David; López Díez, Elena; Comesaña Davila, Enrique; Barros Rodríguez, José Manuel; Ojea Calvo, Antonio.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo- H. Meixoeiro

CO 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

CO 12 - PROGRAMA DE CIRUGÍA 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, Miguel; García Riestra, Vicente.
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

CO 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 Urología, Hospital POVISA, Vigo

10:30 Simposio GLAXOSMITHKLINE
ÚLTIMOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA HBP
Moderador:
Dr. José María Sánchez Merino. *Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*
Panelista:
Dr. José Manuel Cozar Olmo. *Servicio de Urología del H. Virgen de las Nieves Granada*

11.00 Pausa Café

11.30 Presentación de COMUNICACIONES ORALES
Moderadores:
Dr. Luis Ángel Fariña Pérez. *Servicio de Urología del H. Povisa de Vigo*
Dr. Carlos Muller Arteaga. *Servicio de Urología del C.H.U. de Ourense*

CO 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

CO 15 - CORRECCION DE LA INCONTINENCIA DE LA ORINA DE ESFUERZO OCULTA CONCOMITANTE AL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO: VALOR DE LA URODINAMICA 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

CO 16 - ESTIMULACIÓN DEL NERVIO TIBIAL POSTERIOR: EXPERIENCIA INICIAL

Portela Pereira, Paula; Llovo Taboada, Francisco; Machado Agulla, C.M.; González Dacal, Juan Andrés; Jahnen Boetius, Peter.; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Ruibal Moldes, Manuel
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

CO 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 Boetius, Peter; Llovo Taboada, Francisco; Rodríguez Núñez, Higinio; Ruibal Moldes, Manuel.
*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. *Hospital Da Costa, Burela.*

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

Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarrás, 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

CO 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*

CO 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, Germán; Rodríguez Gómez, Ignacio; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.

CO 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

12:42 Presentación de POSTERS

Moderadores:

Dr. Andrés Rodríguez Alonso. *Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

Dra. Mª Luisa Suárez de Lis. *Servicio de Urología del Hospital Da Costa - Burela*

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, Luisa; Llovo Taboada, Francisco; Diaz Bermúdez, José; Devesa Múgica, Miguel; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

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

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.

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

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

Vázquez-Martul Pazos, Darío; Lancina Martín, Alberto; Portela Pereira, Paula; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón, Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel; Rodríguez-Rivera García, Javier; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

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

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

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

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

13:45 **Conferencia:**
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA UROLITIASIS
Moderador:
Dr. Camilo García Freire. *Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*
Panelista:
Dr. Daniel López García. *Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*

14.15 Comida de Trabajo en el Hospital

SESIÓN DE TARDE

16.00 **Presentación de POSTER**
Moderadores:
Dr. Higinio Rodríguez Núñez. *Servicio de Urología del C.H.U de Pontevedra*
Dr. Enrique Cespón Outeda. *Servicio de Urología del C.H.U. de Vigo*

P 10 - PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA RENAL: COMPLICACION DE LA NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA
Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Fernández García, Mª.Luisa.; Ruibal Moldes, Manuel
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

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*

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

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

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. Complejo Hospitalario universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

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.

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

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

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

P 19 - ANGIOMIOXOMA AGRESIVO PÉLVICO EN VARON: 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

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.

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. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

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

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.

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.

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.

18:00 Inauguración Oficial

18:15 **Mesa Redonda:**
PRESERVACIÓN VESICAL EN CÁNCER INFILTRANTE
Moderador:
Dra. Sara Martínez Breijo. *Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*
Panelistas:
Dra. Ana Medina Colmenero. *Fundación Centro Oncológico de Galicia*
Dr. Miguel Unda Urzaiz. *Servicio de Urología del H.U. de Basurto - Vizcaya*

19.15 Cara a cara:
TRATAMIENTO DEL PROLAPSO FEMENINO
Moderador:
Dra. Elena López Díez. *Servicio de Urología del C.H.U. de Vigo*
Panelistas:
Dr. Manuel Ruibal Moldes. *Servicio de Urología del C.H.U de Pontevedra*
Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada. *Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*

20.15 Salida en autocares del Hospital al Hotel

21.00 Salida en autocares del Hotel al Restaurante

21.30 Cena Oficial del Congreso
Entrega Medalla de Oro de la Sociedad Gallega de Urología

00:00 Regreso al Hotel

programa

sábado, 24 de mayo de 2014

07:45 Salida en autocar del Hotel al Hospital

08:15 Presentación de VÍDEOS
Moderadores:
Dr. Javier Tato Rodríguez. *Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*
Dr. Daniel Pérez-Fentes. *Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*

V 1 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL CARCINOMA RENAL IZQUIERDO CON TROMBO TUMORAL EN VENA RENAL

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Gonzalez Dacal, Juan; García Riestra, Vicente; Zarraonandía Andraca, Antón; Devesa Múgica, Miguel.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 2 - HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CARCINOMA RENAL CT2A

Ruibal Moldes, Manuel; Medina, Antonio; Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Díaz Bermúdez; José.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 3 - NEFRECTOMÍA PARCIAL BILATERAL LAPAROSCÓPICA EN 2 TIEMPOS

Ruibal Moldes, Manuel; Medina, Antonio; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; García Riestra, Vicente.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 4 - CARCINOMA INTRARRENAL MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Ruibal Moldes, Manuel; Medina, Antonio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; García Riestra, Vicente; Díaz Bermúdez, José.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 5 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ITERATIVA EN PACIENTE MONORRENO.

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.

V 6 - NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA EN NEOPLASIA PARAHILIAR DE CATEGORÍA T2A

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

V 7 - NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA EN NEOPLASIA POLAR SUPERIOR Y PARAHILIAR POSTERIOR CON LIGADURA ARTERIAL Y VENOSA SUPRASELECTIVA

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

V 8 - TUMORECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SENO RENAL

Casas Nebra, Francisco Javier; López Martínez, Leticia; Monagas Arteaga, Serenella; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Vérez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.
Servicio de Urología. Complejo Universitario Lucus Augusti (Hula). Lugo.

V 9 - PIELOLITOTOMÍA TRANSMESOCÓLICA EN RIÑÓN EN HERRADURA

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

V 10 - TRASPLANTECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Medina, Antonio.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 11 - ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA LAPAROSCÓPICA: MANEJO DEL LÓBULO MEDIO.

Ruibal Moldes, Manuel; Portela Pereira, Paula; González Dacal, Juan Andrés; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; Díaz Bermúdez, José; García Riestra, Vicente.
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 12 - SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA EN SITUS INVERSUS

Vázquez-Martul Pazos, Darío; Álvarez Castelo, Luis; Portela Pereira, Paula; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Vázquez, Andrea; Suárez Pascual, Germán; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V 13 - INJERTO DE PERICARDIO BOVINO EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE, TÉCNICA PASO A PASO.

Aller Rodríguez, Marcos; Ponce Díaz Reixa, José Luis; Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel A.; Lamas Díaz, Leticia; Caramés Masana, Francisco; Picallo Sánchez, José A; Rey Fraga, Dolores; Chantada Abal; Venancio
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

V 14 - FOTOVAPORIZACIÓN DE ADENOMA PROSTÁTICO CON LÁSER DIODO.

Rodríguez Socarrás, Moisés Elías; Almúster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; Barros Rodríguez, José Manuel; Cespón Outeda, Enrique; Castro Iglesias, Máximo, E.; Martínez Sapiña, Ignacio; Jamardo González, David; Ojea Calvo, Antonio.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

V 15 - FOTOVAPORIZACIÓN DE TUMORES VESICALES CON LASER DIODO.
Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarras, Moisés; Carballo Quintá, Manuel; Freire Calvo, Jacobo; Ojea Calvo, Antonio
Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Meixoeiro.

10.30 Pausa Café

10.45 Presentación de VÍDEOS
Moderadores:
Dr. Luís A. Mateo Cambón. *Servicio de Urología del H.U. Lucus Augusti - Lugo*
Dr. Miguel Blanco Parra. *Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*

V 16 - URETEROSCOPIA FLEXIBLE ANTERÓGRADA IMPERATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URETERAL DISTAL
Blanco Gómez, Benito; Pérez-Fentes, Daniel; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V 17 - LITIASIS RENAL PEDIÁTRICA TRATADA MEDIANTE ACCESO MICROPERCUTÁNEO: PRIMERA EXPERIENCIA EN ESPAÑA
Pérez-Fentes, Daniel; Blanco Gómez, Benito; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V 18 - EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE DOBLE J CALCIFICADO EN EL PIELÓN SUPERIOR DE UN DOBLE SISTEMA EXCRETOR COMPLETO.
Blanco Gómez, Benito; Pérez-Fentes, Daniel; Lema Grille, José; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V 19 - INSTRUMENTOS FLEXIBLES: SOLUCIONES ENDOSCÓPICAS A DISTINTOS CASOS

Aller Rodríguez, Marcos; López García, Daniel; Sánchez Vázquez, Andrea; Barreiro Mallo, Aarón; Bohórquez Cruz, Manuel A; Lamas Díaz, Leticia; Caramés Masana, Francisco; Ponce Díaz-Reixa, José Luis; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

V 20 - LITIASIS VESICAL Y RENAL COMPLEJAS EN OBESA MÓRBIDA COMO COMPLICACIÓN DE CATÉTER URETERAL. RESOLUCIÓN MEDIANTE ABORDAJE ENDOUROLÓGICO INTEGRAL

Vázquez-Martul, Darío; Lopez García, Daniel; Portela Pereira, Paula; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Vázquez, Andrea; Barreiro Mallo, Aarón; Lancina Martín, Alberto; Janeiro Pais, José Manuel; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V 21 - URETERONEOCISTOSTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR REFLUJO EN PACIENTE CON RIÑÓN PÉLVICO

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

V 22 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE DIVERTÍCULO VESICAL GIGANTE

González Dacal, Juan Andrés; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Ruibal Moldes, Manuel.
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V 23 - CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL ENTEROCELE

Casas Nebra, Francisco Javier; Monagas Arteaga, Serenella; López Martínez, Leticia; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Vérez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.
Servicio De Urología. Complejo Universitario Lucus Augusti (Hula). Lugo.

V 24 - CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA Y NEOVEJIGA ILEAL INTRACORPOREA

Valbuena Alvarez, Rogelio; Muller Arteaga, Carlos: Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Rodríguez de La Rua, J.; Cajide Montero, JL.; Esteban, Hernández, Oscar; Santos-Ascarza Tabarés, José Luis; De La Rosa Kerman, Manuel; López Bellido, Dionisio
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

V 25 - RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE HIDROCELE ABDOMINO-ESCROTAL

González Dacal, Juan Andrés; Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; Jahnen, Petter.
Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

12:15 Mesa Redonda:
CÁNCER UROLÓGICO METASTÁSICO
Morerador:
Dr. Francisco Gómez Veiga. *Servicio de Urología del H.C.U. de Salamanca*
Panelistas:
Dr. José Manuel Cozar Olmo. *Servicio de Urología del H.U. Virgen de las Nieves - Granada*
Dr. José Luis Álvarez-Ossorio Fernández. *Servicio de Urología del H.U. Puerta del Mar - Cádiz*

13:15 Seminario Astellas Pharma
MIRABREGON PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD DEL DETRUSOR
Moderador:
Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada. *Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*
Panelista:
Dr. Javier Cambronero Santos. *Servicio de Urología Hospital Infanta Leonor - Madrid*

13.45	Simposio MENARINI: **AVANCES EN ANDROLOGÍA** **Moderador:** Dr. Venancio Chantada Abal. *Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña* **Panelista:** Dr. Natalio Cruz Navarro. *Servicio de Urología del H.U. Virgen del Rocio - Sevilla*
14.15	Salida en autocares del Hospital al Hotel - Restaurante El Refugio - Comida de Clausura Entrega de Beca Astellas Pharma. Entrega de premios de la Sociedad Gallega de Urología.
18:00	Asamblea General de la S. G. U. 1º Convocatoria
18:30	Asamblea General de la S. G. U. 2º Convocatoria
	Regreso en autocar al Hotel

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.

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.

Vídeos

V 1 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL CARCINOMA RENAL IZQUIERDO CON TROMBO TUMORAL EN VENA RENAL

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; García Riestra, Vicente; Zarraonandía Andraca, Antón; Devesa Múgica, Miguel.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Caso clínico:

Paciente varón de 62 años sin antecedentes personales de interés.
Consulta por clínica de dolor en flanco renal izquierdo y hematuria macroscópica.
En TAC: Riñón izquierdo con lesión sólida de 10 cm y presencia de trombo tumoral en vena renal izquierda hasta su desembocadura en vena cava inferior. Ausencia de enfermedad a otros niveles.
Con diagnóstico de carcinoma renal izquierdo y trombo venoso , se decide nefrectomía radical con exéresis de trombo tumoral vía laparoscópica.

Técnica:

Vía transperitoneal. 4 trócares. Amplia decolación izquierda. Identificación y exposición de aorta y vena cava inferior. Identificación de arteria mesentérica superior. Sellado de abundante tejido linfático. Clipaje arterial único. Control de vena renal izquierda y
clipaje de la misma distal al trombo tumoral.

Resultados:

T° Quirúrgico: 160 minutos.
Sangrado: 150 cc.
Complicaciones intraoperatorias: No.
Complicaciones posoperatorias: No.
Estancia: 5 días.
Anatomía patológica: carcinoma renal de células claras de 10 x 6 cm con trombo tumoral en vena renal izquierda. pT3a.

V 2 - HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN CARCINOMA RENAL cT2a

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Caso clínico:

Paciente varón de 46 años sin antecedentes personales de interés.
Consulta por cuadro de hematuria macroscópica y dolor en flanco izquierdo.
En TAC: Riñón izquierdo con lesión sólida en polo superior de 8 cm de diámetro sugestiva de neoplasia renal.
Con diagnóstico de carcinoma renal izquierdo cT2 cirugía conservadora renal laparoscópica.

Resultados:

T° Quirúrgico: 105 minutos.
Sangrado: 650 cc.
T° isquemia: 28 minutos.
Complicaciones intraoperatorias: No.
Complicaciones posoperatorias: No.
Estancia: 3 días.
Anatomía patológica: carcinoma renal de células claras de 9 cm. pT2 , Fuhrman II con margen negativo.

V 3 - NEFRECTOMÍA PARCIAL BILATERAL LAPAROSCÓPICA EN 2 TIEMPOS

Ruibal Moldes, Manuel; Medina, Antonio; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; García Riestra, Vicente

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Caso clínico:

Paciente mujer de 81 años sin antecedentes personales de interés.
Diagnóstico incidental de masa renal bilateral. Función renal normal.
En TAC se detectan 2 lesiones:
A nivel de Riñón derecho lesión sólida en polo inferior de 6 cm de diámetro sugestiva de neoplasia renal.
A nivel del Riñón izquierdo lesión sólida de 7 cm compatible con carcinoma renal.
Con diagnóstico de carcinoma renal bilateral se propone cirugía conservadora renal bilateral en 2 tiempos, comenzando por el riñón derecho dada la mayor posibilidad de éxito.

Resultados:

Nefrectomía parcial derecha

T° Quirúrgico: 90 minutos
Sangrado: 350 cc.
T° isquemia: 17 minutos.
Complicaciones intraoperatorias: No.
Complicaciones posoperatorias: No.
Estancia: 3 días.
Anatomía patológica: R.D.: carcinoma renal de células claras de 6 cm. pT1 b.

Nefrectomía parcial izquierda

T° Quirúrgico: 60 minutos.
Sangrado: 100 cc.
T° isquemia: 14 minutos.
Complicaciones intraoperatorias: No.
Complicaciones posoperatorias: No.
Estancia: 3 días.
Anatomía patológica: R.D.: carcinoma renal de células claras de 7 cm. pT2.

V 4 - CARCINOMA INTRARRENAL MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Ruibal Moldes, Manuel; Medina, Antonio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; García Riestra, Vicente Díaz Bermúdez, José

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Caso clínico:

Paciente mujer de 56 años sin antecedentes personales de interés.
Hallazgo incidental de masa renal derecha.
En TAC: Riñón derecho con lesión sólida intrarrenal de 2.3 cm a nivel de polo superior; sugestiva de neoplasia renal.
Con diagnóstico de carcinoma renal derecho intrarrenal, se decide cirugía conservadora renal laparoscópica con apoyo de ecografía intraoperatoria.

Resultados:

T° Quirúrgico: 115 minutos.
Sangrado: 450 cc.
T° isquemia: 20 minutos.
Complicaciones intraoperatorias: No.
Complicaciones posoperatorias: No.
Estancia: 2 días.
Anatomía patológica: carcinoma renal de células claras de 2.4 cm. grado Fuhrman II con margen negativo. pT1.

V 5 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ITERATIVA EN PACIENTE MONORRENO.

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:
Presentamos un vídeo de una nefrectomía parcial laparoscópica derecha iterativa en paciente monorreno.

Material y Métodos:
Paciente varón de 49 años con antecedentes de: Nefrectomía izquierda en 2008 (carcinoma renal de células claras grado II de Fuhrman pT3) y nefrectomía parcial derecha en 2009 (carcinoma renal de células claras bien diferenciado; pT1a. En TC de control se detecta nueva lesión sólida intraparenquimatosa sin protusión exofítica con captación de contraste, sugestiva de carcinoma renal.

Intervención Quirúrgica:
El abordaje empleado es laparoscópico transperitoneal, la dificultad radica en la fibrosis del tejido adyacente al pedículo renal y la localización de la lesión por ser ésta intrarenal, empleando para ello la referencia anatómica del quiste renal simple adyacente al tumor.

Resultados:
Carcinoma renal Fuhrman II, pT1a con margenes quirúrgicos libres de afectación tumoral.

Conclusiones:
La nefrectomía parcial laparoscópica iterativa reproduce los pasos de la técnica inicial incrementando su complejidad por la fibrosis tisular, fundamentalmente a nivel del pediculo renal.
El empleo de referencias anatómicas como un quiste renal, pueden resultar útiles para la identificación de lesiones intraparenquimatosas sin protusión exofítica.

V 6 - NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA EN NEOPLASIA PARAHILIAR DE CATEGORÍA T2a

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción:

La nefrectomía parcial es la técnica quirúrgica de elección en la neoplasia renal siempre que técnicamente sea factible, por su capacidad de preservación de tejido renal funcionante. El abordaje laparoscópico aporta a la nefrectomía parcial la mínima invasión y la calidad de la visión. El papel de la nefrectomía parcial en los tumores T2a no está claro y no es una técnica recomendada de forma electiva por las principales asociaciones urológicas, probablemente por la mayor dificultad técnica y la mayor probabilidad de márgenes.

Material y Métodos:

Paciente mujer de 41 años con hallazgo ecográfico incidental de quiste renal izquierdo complejo categoría Bosniak IV. En TC se observa una masa renal sólido-quística izquierda de 72 mm, en polo superior, de localización parahiliar que alcanza el seno renal. Se propone nefrectomía parcial izquierda. Técnica quirúrgica: 1º Decúbito lateral derecho, 2º Acceso peritoneal con trócar paraumbilical izquierdo, 3º Disección de parietocólico izquierdo y luxación de bazo, 4º Disección completa de pedículo renal principal y sus ramas hasta el seno renal, observando una vena y tres arterias, 5º Clampaje de arterias y vena renales, 6º Nefrectomía parcial, 7º Sutura medular continua con hilo barbado y sutura cortical con puntos sueltos apoyados en Hem-o-lock. El tiempo de isquemia fue de 22 minutos, el tiempo de neumoperitoneo de 140 minutos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo la paciente dada de alta a los 4 días. El estudio anátomo-patológico informa como carcinoma de células claras de 73 mm de diámetro, grado 1 de Fuhrman, con márgenes libres. En la actualidad se encuentra asintomática, sin recidiva clínica.

Conclusiones:

La nefrectomía parcial laparoscópica en tumores T2a parahiliares requiere una correcta planificación de la cirugía y una meticulosa disección del pedículo vascular hasta el seno, paro no lesionarlo durante la exéresis tumoral, ni durante la sutura cortical. Desde el punto de vista funcional y oncológico es una técnica segura, siempre que se consiga un tiempo de isquemia razonable y márgenes negativos.

V 7 - NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA EN NEOPLASIA POLAR SUPERIOR Y PARAHILIAR POSTERIOR CON LIGADURA ARTERIAL Y VENOSA SUPRASELECTIVA

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción:

La nefrectomía parcial permite la preservación de tejido renal funcionante, con tiempos de isquemia competitivos y mínima invasión. Las neoplasias de polo superior y valva posterior son probablemente las que presentan mayor complejidad técnica. La ligadura de una rama arterial que se dirige al área tumoral, permite afrontar con más probabilidades de éxito la exéresis tumoral, con el eventual riesgo de isquemia de parénquima no tumoral.

Material y Métodos:

Paciente varón de 52 años con hallazgo ecográfico incidental de neoplasia renal izquierda. En TC se observa una masa renal sólida hipercaptante izquierda de 49 mm, en polo superior, y cara posterior, de localización parahiliar. Se propone nefrectomía parcial izquierda. Técnica quirúrgica: 1º Decúbito lateral derecho, 2º Acceso peritoneal con trócar paraumbilical izquierdo, 3º Disección de parietocólico izquierdo y luxación de bazo, 4º Disección completa de pedículo renal principal y sus ramas hasta el seno renal, 5º Clampaje de arteria y vena renales, 6º Ligadura supraselectiva de arteria y vena de polo superior, 7º Nefrectomía parcial, 8º Sutura medular continua con hilo barbado y sutura cortical con puntos sueltos apoyados en Hem-o-lock. El tiempo de isquemia fue de 24 minutos, el tiempo de neumoperitoneo de 145 minutos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo la paciente dada de alta a los 4 días. El estudio anátomo-patológico informa como carcinoma de células claras de 47 mm de diámetro, grado 2 de Fuhrman, con márgenes libres. En la actualidad se encuentra asintomático, sin recidiva clínica.

Conclusiones:

La nefrectomía parcial laparoscópica en tumores de polo superior parahiliares y en valva posterior es técnicamente compleja y requiere una adecuada planificación de la técnica quirúrgica, con liberación de todos el perímetro renal y giro del riñón para que el polo superior adopte una orientación medial. La ligadura supraselectiva de pedículos vasculares que se dirigen al área tumoral permite una adecuada exéresis tumoral y sutura del lecho quirúrgico.

V 8 - TUMORECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN SENO RENAL

Casas Nebra, Francisco Javier; López MartÍnez, Leticia; Monagas Arteaga, Serenella; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Vérez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti (Hula). Lugo.

Objetivos:

Las masas renales cT1a deben ser tratados mediante una cirugía ahorradora de nefronas sin importar la técnica de abordaje (vía laparoscópica o vía abierta).
Nuestro objetivo es presentar la realización de una tumorectomia renal izquierda de una masa en el seno renal.

Material y Métodos:

Presentamos un varón de 47 años con un incidentaloma renal izquierdo de 3,5 x 3 cm. localizado en el seno renal, en íntimo contacto con la pelvis renal y vena renal.
Se realiza un abordaje laparoscópico transperitoneal, con disección de ambas arterias renales y vena renal, se realiza clampaje mediante Rommel y clamp vascular con una isquemia caliente de 22 min y un tiempo quirúrgico de 150min. con perdida hemática aproximada de 100cc. Es dado de alta al 4º día postoperatorio, la anatomía patológica notificaron de un carcinoma de células claras de 3,6cm. (pT1a) fuhrman II.

Conclusiones:

La tumorectomía renal laparoscópica es una técnica reproducible con un gran beneficio para el paciente en el postoperatorio y necesidad de trasfusión de hemoderivados.

V 9 - PIELOLITOTOMÍA TRANSMESOCÓLICA EN RIÑÓN EN HERRADURA

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Objetivo:
Presentación un caso de litiasis piélica izquierda en paciente con riñón en herradura y resolución mediante pielolitotomía transmesocólica laparoscópica.

Material y Métodos:
Presentamos el caso de un varón de 47 con litiasis piélica izquierda y riñón en herradura.
Sin respuesta a LEOC y episodios repetitivos de cólico nefrítico.
En la TC se aprecia una pelvis de posición muy anterior con litiasis piélica en su interior de aproximadamente 2 cm de diámetro.

Intervención Quirúrgica:
El abordaje empleado es laparoscópico transperitoneal y el acceso al espacio retroperitoneal transmesocólico logrando una identificación precoz de la pelvis renal, asi como una muy buena exposición de la misma.
Se muestra el empleo de tracción piélica con sutura percutánea para facilitar la exposición de la pelvis renal mediante tracción de la misma.
Se muestra la extracción de la litiasis mediante pielotomia.
Tras colocación del doble J de forma anterógrada se procede a realizar la sutura de la pelvis renal mediante puntos sueltos.

Resultados:
Tiempo quirúrgico: 120 mn.
Tiempo de ingreso: 48 horas.

Conclusiones:
Esta película muestra una alternativa quirúrgica para el tratamiento de litiasis piélicas en pacientes con malformaciones renales tales como el riñón en herradura.

V 10 - TRASPLANTECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Medina, Antonio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Caso Clínico:

Paciente mujer de 42 años con trasplante renal en FID de cadáver en 1996 funcionante hasta Enero de 2013 y desde entonces en programa de hemodiálisis.
En TAC se detectan 2 lesiones:
A nivel de Riñón derecho nativo, lesión quística compleja de 6 cm de diámetro altamente sugestiva de neoplasia renal.
A nivel del injerto renal lesión sólida de 1.4 cm compatible con carcinoma renal.
Con diagnóstico de carcinoma renal en Riñón derecho y en injerto renal se realiza mediante el mismo abordaje laparoscópico nefrectomía radical derecha y trasplantectomía renal.
Se presenta en el siguiente vídeo la técnica quirúrgica: laparoscopia vía transperitoneal, 4 trócares, mismo abordaje sin modificar trócares ni posición del paciente.

Resultados:

T° Quirúrgico: 210 minutos (nefrectomía derecha: 19 minutos + trasplantectomía: 190).
Sangrado < 200 cc.
Complicaciones intraoperatorias: No.
Complicaciones posoperatorias: neumonía.
Estancia: 10 días.
Anatomía patológica:
R.D.: carcinoma renal papilar de 6 cm. pT1 b.
Trasplante renal: Carcinoma renal cromófobo de 1.4 cm. pT1a

V 11 - ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA LAPAROSCÓPICA: MANEJO DEL LÓBULO MEDIO.

Ruibal Moldes, Manuel; Portela Pereira, Paula; González Dacal, Juan Andrés; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; Díaz Bermúdez, José; García Riestra, Vicente.

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción:

La adenomectomía prostática laparoscópica es un procedimiento que puede ofrecer resultados funcionales equivalentes a la cirugía abierta con la ventaja del abordaje mínimante invasivo y el menor sangrado, si bien requiere destreza laparoscópica.

Material y Métodos:

Presentamos un caso de adenomectomía laparoscópica transperitoneal con capsulotomía tranversal y describimos la disección y manejo del lóbulo medio endovesical. Tras la enucleación del adenoma se realiza reconstrucción completa uretral.

Resultados:

El procedimiento se completó satisfactoriamente con un tiempo quirúrgico de 90 minutos y sangrado inferior a 200cc.

Conclusiones:

La adenomectomía laparoscópica representa un abordaje mínimamente invasivo para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata, es efectiva y segura. La técnica presentada puede ayudar al manejo de aquellos casos con lóbulo medio endovesical.

V 12 - SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR FEOCROMOCITOMA EN SITUS INVERSUS

Vázquez-Martul Pazos, Darío; Álvarez Castelo, Luis; Portela Pereira, Paula; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Vázquez, Andrea; Suárez Pascual, Germán; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción:

El situs inversus es una anomalía congénita infrecuente en la que parte o la totalidad (situs inversus totalis) de los órganos se ubican de forma especular en relación a su orientación habitual. Es una enfermedad con una incidencia de 1 caso entre 4000 a 10000 nacidos. Debido a los cambios anatómicos y coexistencia de anomalías vasculares, hacen que cualquier procedimiento quirúrgico se convierta en un reto.

Caso Clínico:

Presentamos el caso de un varón de 32 años, con antecedentes personales de situs inversus, levocardia con cardiopatía cianosante compleja con realización de fístula de Blalock-Taussig derecha en la infancia que precisó cateterismo posterior por estenosis de la misma. El paciente acude inicialmente a urgencias por cuadro de dolor torácico con hallazgo incidental en TC de masa retroperitoneal dependiente de glándula suprarrenal derecha. Se valora feocromocitoma como posibilidad por lo que se completan estudios observando elevación de normetanefrina en plasma y orina por lo se procede a bloqueo adrenérgico previamente a intervención quirúrgica.
Se realiza suprarrenalectomía laparoscópica derecha con un tiempo quirúrgico de 2 horas y 15 minutos sin incidencias intra o postperatorias. El paciente fue dado de alta al 4º día postoperatorio tras los controles endocrinológicos y cardiológicos correspondientes.
El estudio anatomopatológico confirma el diagnóstico de feocromocitoma de alto grado (PASS 4).

Conclusiones:

La cirugía laparoscópica es una técnica segura y viable aún en casos complejos con anomalías anatómicas que permite preservar una menor agresión y pronta recuperación de los pacientes con alto riesgo anestésico.

V 13 - INJERTO DE PERICARDIO BOVINO EN ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE, TÉCNICA PASO A PASO.

Aller Rodríguez, Marcos; Ponce Díaz Reixa, José Luis; Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel A; Lamas Díaz, Leticia; Caramés Masana, Francisco; Picallo Sánchez, José A; Rey Fraga, Dolores; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción:

El tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de La Peyronie abarca múltiples técnicas que deben adaptarse a cada caso individualmente, precisando en ocasiones combinación de técnicas.
El objetivo es describir la técnica quirúrgica de injerto de pericardio bovino.

Material y Método:

Vídeo con varias intervenciones de injerto de pericardio bovino liofilizado con detalle de los pasos clave de la técnica.

Resultados:

Describimos la técnica quirúrgica paso a paso del injerto de pericardio en Enfermedad de La Peyronie con apoyo de esquemas. La técnica del injerto está indicada en casos de curvatura >60º, con escasa longitud peniana y con deformidades complejas.

Conclusiones:

La técnica de injerto de pericardio bovino en Enfemedad de La Peyronie es accesible, reproducible, indicada en Guías Clínicas y con resultados aceptables.

V 14 - FOTOVAPORIZACIÓN DE ADENOMA PROSTÁTICO CON LÁSER DIODO.

Rodríguez Socarrás, Moisés Elías; Almúster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; Barros Rodríguez, José Manuel; Cespón Outeda, Enrique; Castro Iglesias, Máximo; E.; Martínez-Sapiña Llamas, Ignacio; Jamardo González, David; Ojea Calvo, Antonio.

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

Introducción:

En el tratamiento de la Hiperplasia benigna de próstata existen diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico, la fotovaporización con láser representa una opción con beneficios claros en los síntomas obstructivos urinarios y en la calidad de vida del paciente.
Se presenta la técnica de vaporización de próstata con láser diodo en el tratamiento de HBP, con una fibra de contacto, de fácil manejo que permite reproducir los movimientos de la RTU y que facilita el aprendizaje y desarrollo de la técnica.

Material y Método:

Se presenta en forma de vídeo las características del láser, la fibra y la técnica quirúrgica. El laser diodo utilizado presenta una potencia de 180 W, longitud de onda de 980nm, con velocidad de vaporización de 5gr/min de tejido prostático y permite resecar próstatas incluso mayores a los 100gr. El resectoscopio es de manejo similar al material de RTU, La fibra de contiene una forma característica en "palo de Golf" aplanada en la punta con giro de 360°, permite movimientos similares a la RTU con asa tradicional. El caso presentado corresponde a un paciente de 67 años con síntomas obstructivos urinarios, episodios de RAO, Volumen prostático de 70 gr, Flujo máximo de orina de 6ml/seg, FMN 3 veces, que recibió tratamiento previo para HBP sin mejoría.

Resultados:

El tiempo quirúrgico en este caso fue de 60min, el paciente fue dado de alta al día siguiente de la intervención quirúrgica, el tiempo de sondaje fue de 72 horas, no hubo sangrado perioperatorio, no presento hematuria posterior ni ninguna complicación postoperatoria, con mejoría de los síntomas obstructivos urinarios.

Conclusiones:

La Fotovaporización prostática con láser diodo para el tratamiento de HBP es una excelente opción terapéutica con un fácil aprendizaje con beneficios claros para el paciente en tiempo de hospitalización, sangrado postoperatorio y mejoría de los síntomas obstructivos.

Palabras clave:

HBP, Laser diodo, Fotovaporización.

V 15 - FOTOVAPORIZACIÓN DE TUMORES VESICALES CON LASER DIODO.

Tortolero Blanco, Leonardo; Almúster Domínguez, Sheila; Rodríguez Socarras, Moisés; Carballo Quintá, Manuel; Freire Calvo, Jacobo; Ojea Calvo, Antonio.

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

Objetivos:

Los tumores de vejiga son una de las neoplasias urológicas más frecuentes, representando el 2% de todos los cánceres y el 7mo cáncer en frecuencia en hombres, aproximadamente el 75% de los casos de cáncer de vejiga no se presentan como musculo invasivos. De estos el 70% presenta estadio Ta, 20% T1, 10% carcinoma in situ (cis). Los tumores Ta de bajo grado recurren con una tasa del 50% al 70 % y progresan aproximadamente el 5% de los casos, a través de este vídeo presentamos un abordaje novedoso minimamente invasivo para el tratamiento de dichos tumores.

Material y Métodos:

En este vídeo presentamos en 2 casos clínicos en las situaciones donde puede ser ventajoso el empleo del laser para el tratamiento de los tumores vesicales. Para la resección del tumor usamos un resectoscopio de 26Ch diseñado para adaptarse a la fibra XcavatorTM con forma de pala. La vaina interna es rotatoria y permite un giro de 360º. Accionando el gatillo del resectoscopio, la fibra puede moverse hacia delante y atrás empleando como energía el láser diodo que trabaja con una longitud de onda de 980nm que ofrece alta absorción tanto en contacto con agua como con hemoglobina, por lo que consigue hemostasia adecuada además de elevada tasa de ablación de tejido, en el caso de la fibra XcavatorTM se sitúa en torno a los 4gr/min. Realizamos fotovaporización laser de las lesiones sugestivas de Tumor vesical con potencia 40W, para fotovaporización laser de próstata empleamos la técnica descrita por iglesias a 150-180W de potencia para ablación y de 100W para hemostasia.

Resultados:

En ambos casos clínicos el tiempo quirúrgico estuvo en 45 y 55 minutos respectivamente con una estancia hospitalaria de 23 horas (CMA), presentando una evolución post-operatoria favorable, retiramos catéter uretral el 3º día post-operatorio de manera ambulatoria.

Conclusiones:

En nuestra experiencia la técnica de fotovaporización con laser diodo de tumores vesicales es un procedimiento seguro que ofrece ventajas en cuanto a menor sangrado post-operatorio, menor tasa de transfusiones, menor estancia hospitalaria, además de la opción de tratamiento de HBP en el mismo acto quirúrgico.

V 16 - URETEROSCOPIA FLEXIBLE ANTERÓGRADA IMPERATIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URETERAL DISTAL

Blanco Gómez, Benito; Pérez-Fentes, Daniel; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

El tratamiento de la litiasis ureteral distal no-expulsable se realiza habitualmente mediante litotricia extracorpórea o ureteroscopia, con similares resultados. En determinados casos en los que el acceso retrógrado no es posible, existe la posibilidad de abordar dichas litiasis por vía percutánea-anterógrada.

Material y Métodos:

Mujer de 40 años con antecedentes de mielomeningocele lumbosacro congénito, vejiga neurógena, y enterocistoplastia de aumento con vesicostomía apendicular de Mitrofanoff y cierre uretral en la infancia.
La paciente presenta una litiasis ureteral distal derecha obstructiva, de 11x10mm. Dada la imposibilidad de acceso retrógrado, se decide realizar ureteroscopia flexible por vía percutánea. Acceso percutáneo con vaina 12/14Ch, ureteroscopia anterógrada y lasertricia *"in situ"*, extrayendo los fragmentos litiásicos con cesto de nitinol. Se comprueba la permeabilidad de la vía excretora y se deja catéter J exteriorizado a través de la vesicostomía apendicular, sin nefrostomía percutánea.

Resultados:

Tiempo quirúrgico de 123 minutos. Estancia hospitalaria de 2 días, sin evidencia de complicaciones perioperatorias. Retirada del catéter ureteral a las 2 semanas. La paciente está asintomática a los 2 meses de la intervención, pendiente de estudio de imagen de control.

Conclusiones:

El acceso anterógrado a la vía urinaria es una alternativa efectiva para el tratamiento de la litiasis ureteral en casos donde la instrumentación retrógrada no es posible o muy compleja. Este abordaje puede ser realizado a través de accesos minipercutáneos, pudiendo realizar la cirugía sin nefrostomía, reduciendo el riesgo de complicaciones y disminuyendo la morbilidad del procedimiento.

V 17 - LITIASIS RENAL PEDIÁTRICA TRATADA MEDIANTE ACCESO MICROPERCUTÁNEO: PRIMERA EXPERIENCIA EN ESPAÑA

Pérez-Fentes, Daniel; Blanco Gómez, Benito; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

La nefrolitotomía micropercutánea es una evolución de la cirugía percutánea convencional en la que se accede al sistema pielocalicial mediante orificios de mínimo calibre. Su objetivo es la completa eliminación del cálculo, disminuyendo la morbilidad producida por la realización de trayectos percutáneos de mayor diámetro.

Material y Métodos:

Presentamos la realización de una nefrolitotomía micropercutánea en una paciente de 14 años con litiasis renal de 35mm de diámetro situada en pelvis renal. La cirugía se realiza en posición supina de Valdivia modificada en Galdakao. Punción guiada por ultrasonidos y fluoroscopia. Se emplea la aguja 4,85 Charrière (Ch) del set de Microperc®, completando el procedimiento a través de la vaina 8Ch. Lasertricia con láser Ho:YAG. Se deja catéter doble J al finalizar el procedimiento.

Resultados:

Tiempo quirúrgico de 170 minutos. Estancia hospitalaria de 1 día. Cólico renal a las 72 horas, resuelto con analgesia en domicilio (Clavien I). Reincorporación a la vida escolar al 5º día. Retirada del catéter doble J a las 2 semanas. La paciente está asintomática al mes de la intervención, observándose en la ecografía abdominal un resto de 4mm en el cáliz inferior.

Conclusión:

La nefrolitotomía micropercutánea es un nuevo paso adelante hacia la búsqueda de la menor invasividad en el tratamiento de la litiasis renal, siendo una técnica segura y efectiva en la población pediátrica, pudiendo ser realizada en decúbito supino en riñones ortotópicos. Futuros estudios y trabajos colaborativos ayudarán definir mejor sus indicaciones, a optimizar su técnica quirúrgica y a analizar su coste-efectividad comparada con otros tratamientos.

V 18 - EXTRACCIÓN PERCUTÁNEA DE DOBLE J CALCIFICADO EN EL PIELÓN SUPERIOR DE UN DOBLE SISTEMA EXCRETOR COMPLETO.

Blanco Gómez, Benito; Pérez-Fentes, Daniel; Lema Grille, José; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción:

La incrustación, calcificación, rotura y retención de un catéter ureteral en el tracto urinario superior supone, en ocasiones, un desafío endourológico. Las opciones técnicas para completar su retirada son la ureteroscopia y la cirugía percutánea. El abordaje percutáneo es de elección cuando la carga litiásica asociada al catéter es considerable.

Material y Métodos:

Paciente de 32 años, portadora de catéter doble J por uropatía obstructiva litiásica desde el 7° mes de embarazo. En el puerperio se intenta retirar dicho catéter, ampliamente calcificado a nivel proximal, produciéndose su rotura en el tercio superior, que queda retenido en la vía excretora. En la urografía intravenosa se demuestra una doble sistema excretor completo derecho, con el fragmento de catéter doble J en su pielón superior, rodeado por una calcificación de 113mm$^{2.}$ Se realiza acceso percutáneo intercostal al pielón superior, bajo control ecográfico y radiológico. Dilatación del trayecto hasta 24 Ch con set de Amplatz. Fragmentación de la litiasis con litotricia balística. Retirada de fragmentos con cestos de nitinol y del doble J con pinza rígida. Se deja nefrostomía percutánea y nuevo catéter doble J al finalizar el procedimiento.

Resultados:

Tiempo quirúrgico de 65 minutos. Retirada de la nefrostomía a las 48 horas. Estancia hospitalaria de 2 días. No complicaciones perioperatorias. Retirada de catéter doble J a las 2 semanas. La paciente a los 3 meses está completamente asintomática, con una litiasis de 2 mm no obstructiva en el pielón superior derecho.

Conclusión:

La nefrolitotomía percutánea es la técnica de elección para la retirada anterógrada de cuerpos extraños con gran calcificación asociada en el tracto urinario superior. El acceso percutáneo al pielón superior de un riñón con doble sistema excretor completo obliga, en la mayoría de los casos, a un abordaje intercostal. El control ecográfico del acceso permite una punción más segura en dicha localización.

V 19 - INSTRUMENTOS FLEXIBLES: SOLUCIONES ENDOSCÓPICAS A DISTINTOS CASOS

Aller Rodríguez, Marcos; López García, Daniel; Sánchez Vázquez, Andrea; Barreiro Mallo, Aarón; Bohórquez Cruz, Manuel A; Lamas Díaz, Leticia; Caramés Masana, Francisco; Ponce Díaz-Reixa, José Luis; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción:

La endourología está sufriendo continuos cambios que en muchas ocasiones van unidos al avance tecnológico y en otras a la innovación por parte del médico en busca de soluciones a nuevos problemas.
El objetivo es mostrar diversas situaciones resueltas gracias a elementos flexibles.

Material y Métodos:

Recogemos varios casos recogidos entre 2012 y 2013 de diversas patologías urológico-digestivas resueltas con elementos flexibles de uso urológico de modo mínimamente invasivo. El instrumental utilizado fue un cistoscopio y un ureterorrenoscopio flexibles. Las patologías abordadas fueron obstrucciones litiásicas urinarias o biliares que no pudieron ser solucionadas o exploradas con otras técnicas.

Discusión:

Describimos: el acceso a cálices renales no abordables por otra técnica para litotricia o extracción, la exploración de los cálices posteriores durante una nefrolitotomía percutánea permitió extraer litiasis de difícil acceso con el nefroscopio, la resolución de una calle litiásica mediante ureterorrenoscopia flexible, una ureterorrenoscopia anterógrada, cirugía intrarrenal retrograda (RIRS) y extracción litiásica biliar en trasplante renal y en Enfermedad de Caroli.

Conclusiones:

El uso de elementos flexibles ha permitido realizar con éxito exploraciones diagnóstico-terapéuticas mínimamente invasivas o irresolubles con otras técnicas, de modo reproducible.

V 20 - LITIASIS VESICAL Y RENAL COMPLEJAS EN OBESA MÓRBIDA COMO COMPLICACIÓN DE CATÉTER URETERAL. RESOLUCIÓN MEDIANTE ABORDAJE ENDOUROLÓGICO INTEGRAL

Vázquez-Martul, Darío; López García, Daniel; Portela Pereira, Paula; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Vázquez, Andrea; Barreiro Mallo, Aarón, Lancina Martín, Alberto, Janeiro Pais, José Manuel; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción:

La nefrolitotomía precutánea (NLP) supone una de las principales armas en el tratamiento de la litiasis en pacientes obsesos por las elevadas tasas de fracaso de la litotricia extracorpórea (LEOC). Es un procedimiento seguro aunque con ciertas limitaciones debido a las características de estos pacientes, lo cual supone un reto y la necesidad de innovación durante estas cirugías.

Caso Clínicos:

Presentamos el caso de una paciente de 38 años de edad, obesa mórbida (IMC 53.4 kg/m²), HTA mal controlada, anemia crónica, psoriasis e ITUs de repetición, la cual consulta inicialmente por cuadro de pielonefritis aguda izquierda y uropatía obstructiva en relación con cálculo de 6 mm a nivel de la unión pieloureteral izquierda, motivo por el que se coloca catéter doble jota. En estudio de control se observa importante incremento de masa litiásica y calcificación en extremo distal de catéter, también de gran tamaño, por lo que se decide tratamiento endourológico.

Se realiza NLP izquierda y litotomía endovesical en un solo acto, con un tiempo quirúrgico total de 4 horas y 20 min, con extracción prácticamente completa (90%) de ambas masas litiásicas.

En los urocultivos recogidos por nefrostomía se aislan *Staphylococcus aureus* y *Escherichia coli*, en urocultivo posterior por sonda vesical, *Enterococcus faecalis*. La paciente fue alta hospitalaria al 5º día postoperatorio, presentando como única complicación febrícula que se controló con antibioterapia pautada.

Conclusiones:

La calcificación de catéteres en tracto urinario es una complicación posible, más frecuente en pacientes con factores de riesgo litógeno, entre los cuales se encuentra la infección urinaria por gérmenes urealíticos. En este caso, la gran masa litiásica y obesidad de la paciente dificultan la buena respuesta a LEOC. En este caso, un abordaje endourológico integral permite resolver en un solo tiempo una patología compleja en un paciente complejo.

V 21 - URETERONEOCISTOSTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR REFLUJO EN PACIENTE CON RIÑÓN PÉLVICO

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

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción:

La ureteroneocistostomía laparoscópica es una técnica ampliamente difundida, con una tasa de corrección o mejoría del reflujo similares a la técnica abierta. El riñón pélvico es una malformación congénita que no sólo ocasiona una alteración en la posición del riñón en el abdomen si no que se asocia a defectos de rotación del riñón y marcadas anomalías vasculares, que pueden eventualmente dificultar la identificación y manejo de estas estructuras.

Material y Métodos:

Paciente mujer de 32 años con clínica de dolor abdominal e infección urinaria febril de repetición. En uretrocistografía retrógrada se observa un reflujo vésico-ureteral izquierdo grado 3. En TC se observa la presencia de riñones pélvicos, con dilatación urétero-pielo-calicial izquierda y presencia de dos arterias renales y dos venas renales, una de ellas retrorrenal. Se propone reimplantación ureteral izquierda laparoscópica. Técnica quirúrgica: 1° Decúbito supino y Trendelenburg, 2° Acceso peritoneal con trócar supraumbilical, 3° Disección de arteria ilíaca izquierda y arteria renal 4° Disección y separación de anejo izquierdo, 5° Identificación y disección del uréter, transponiéndolo a la arteria uterina izquierda, 6° Ureteronocistostomía izquierda con técnica extravesical y antirreflujo, colocación de catéter JJ. El tiempo de neumoperitoneo de 180 minutos. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo la paciente dada de alta a los 3 días. En la actualidad se encuentra asintomática y sin reflujo.

Conclusiones:

La reimplantación ureteral laparoscópica requiere un adecuado manejo de la sutura intracorpórea, aunque en el caso que presentamos, la mayor dificultad la encontramos en la disección e identificación de las estructuras vasculares y del uréter en un riñón malformado y malposicionado.

V 22 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE DIVERTICULO VESICAL GIGANTE

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

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:
Los divertículos vesicales adquiridos son herniaciones de la mucosa vesical a través de la musculatura de la pared vesical como resultado de la obstrucción en el vaciado vesical.

Material y Métodos:
Presentamos el caso de un paciente con divertículo vesical gigante tratado mediante abordaje laparoscópico.
Varón de 61 años, con AP de Cardiopatía Isquémica y dislipemia. Episodio de RAO en 09/2012 precisando SVP. En Ecografía RVP, se aprecia divertículo vesical de 10 cm en cara lateral derecha de vejiga, con una próstata de 30cc. Al tacto rectal presenta una próstata fibroelástica, bien delimitada, lisa grado II/IV. PSA en rango de normalidad.
Se realiza en un primer tiempo, tratamiento de la causa obstructiva, mediante fotovaporización prostática con láser verde HPS en 10/2012, para posteriormente solventar el divertículo de vejiga.

Resultados:
Se realiza diverticulectomia laparoscópica con un primer abordaje endoscópico para cateterización de uréter derecho. En un segundo tiempo con el paciente en decúbito supino, se introdujeron 1 trócar de Hasson en posición periumbilical y 3 trócares más accesorios de 11 y 5mm. Mediante un abordaje transperitoneal se diseca el divertículo con resección total del mismo. Cierre vesical con vicryl 2/0.
Tiempo quirúrgico: 2 horas 20 minutos.
Alta Hospitalaria: 72 horas con sonda vesical.
Retirada de la sonda: 21 días

Conclusión:
Consideramos que la cirugía laparoscópica del divertículo vesical es una alternativa comparable a los procedimientos clásicos, y que debe ser considerada como una opción en el manejo de los divertículos vesicales que requieren resolución quirúrgica.

V 23 - CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL ENTEROCELE

Casas Nebra, Francisco Javier; Monagas Arteaga, Serenella; López Martínez, Leticia; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Vérez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti (Hula). Lugo.

Objetivos:

Los prolapsos de órganos pélvicos (POP) se dividen clásicamente en 3 compartimentos, anterior (cistocele, uretrocele o la combinación de ambos) medio (prolapso uterino o de cúpula vaginal) y posterior (rectocele y enterocele). Con este vídeo queremos presentar una forma de corrección de una recidiva del compartimiento posterior (enterocele) en un POP recidivante tras corrección mediante una malla anterior.

Material y Métodos:

Presentamos un caso clínico de una mujer de 63 años, con antecedentes uroginecológicos de histerectomía abdominal con 35 años por fibroma uterino, colporrafia anterior mediante malla por cistocele con 54 años y corrección de una incontinencia urinaria de esfuerzo mediante banda libre transobturadora hace 5 meses, es derivada a consultas de urología para corrección de un POP.
A la exploración se observa un rectocele grado IV con ligera erosión de la mucosa vaginal.
La paciente refiere alteraciones defecatorias con tenesmo rectal y alteraciones en el aura sexual con su pareja.

Resultados:

Se realiza una colposacropexia laparoscópica mediante una malla posterior y otra anterior fijada al ligamento sacro, con un tiempo quirúrgico de 180 minutos y una perdida hemática <50cc.
La paciente es dada de alta hospitalariamente a las 48 horas con dolor EVA de 1. Al mes de la intervención la paciente no refiere POP, con tenesmo rectal eventualmente, sin dispareunia ni alteraciones miccionales.

Conclusiones:

La corrección de POP mediante vía laparoscópica, representa la primera opción terapéutica en pacientes jóvenes sexualmente activas, y con alteraciones clínicas en su calidad de vida.

V 24 - CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA Y NEOVEJIGA ILEAL INTRACORPÓREA

Valbuena Álvarez, Rogelio; Muller Arteaga, Carlos: Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Rodríguez de La Rúa, Juan.; Cajide Montero, JL.; Esteban, Hérnández, Oscar.; Santos-Ascarza Tabarés, José Luis; De La Rosa Kerman, Manuel; López Bellido, Dionisio.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense

Progresivamente la cirugía laparoscópica va desplazando a la cirugía abierta en todos sus procesos, incluso en aquellos más complejos. La cistectomía radical, linfadenectomía pélvica y la derivación urinaria ortotópica totalmente intracorpórea representa una técnica factible y segura en todos sus pasos. La experiencia, cada vez mayor, hará disminuir los tiempos medios operatorios –actualmente muy prolongados- siendo en este momento la razón de peso para su desestimación o bien siendo una cirugía posible, no merezca la pena su realización a través de este abordaje.
Presentamos nuestra experiencia inicial en la derivación urinaria laparoscópica intracorpórea después de una cistectomía radical realizada a un paciente con diagnostico de Ca vesical infiltrante de alto grado, detallando todos los pasos: 1.- Elección de segmento de asa ileal y fijación con anastomosis uretrointestinal. 2.- Sección con EndoGIA. 3.- Anastomosis L-L ileal continua con V-loc. 4.- Destubulización de asa ileal. 5.- Sutura continua de cara posterior de neovejiga . 6.- Colocación de catéteres ureterales por el contrario-incisión. 7.- Sutura continua de cara anterior de neovejiga.- 8.- Sutura de cúpula vesical. 9.- Anastomosis uretero-ileal.
Así mismo, mostramos a otro paciente sometido a cistectomía radical laparoscópica y derivación tipo Bricker realizada demostrando las diferencias en el aislamiento del asa ileal, la anastomosis L-L con sutura mecánica, cierre del meso y cruce del uréter izquierdo.

V 25 - RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA DE HIDROCELE ABDOMINO-ESCROTAL

González Dacal, Juan Andrés; Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón; Jahnen, Petter.

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivo:
Presentación de cirugía laparoscópica para resolución de hidrocele gigante abdomino escrotal.

Material y Métodos:
Paciente varón de 17 años remitido a nuestras consultas por aumento de volumen escrotal y masa abdominal. A la exploración física se palpa gran formación hipogástrica que posiblemente se encuentra comunicada con hidrocele derecho. Para descartar persistencia de conducto peritoneo vaginal permeable o formación hipogástrica de otra naturaleza se solicita estudio radiológico.
Inicialmente se realiza estudio ecográfico que muestra amplia lesión quística abdominal, sin órgano dependencia precisable, de un tamaño aproximado de al menos 12x7,5 cm localizada por encima de vejiga.
Se completa estudio mediante TAC AP en el que se aprecia imagen quística abdominal de un tamaño de 16x13,5x8,5 cm, que desplaza asas intestinales y que en los cortes a nivel de pelvis se aprecia continuación a través de anillo inguinal con bolsa escrotal derecha que presenta marcado hidrocele.
Ante los hallazgos se decide realizar tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico transperitoneal.

Resultados:
Se inicia el procedimiento con el paciente en posición de Trendelemburg y con la colocación de 4 trócares.
Visualizamos gran lesión quística de aproximadamente 15 cm que ocupa la práctica totalidad de hemiabdomen inferior y se introduce por anillo inguinal.
Disección de masas quística y apertura de su cavidad para vaciado de su contenido. Resección de la pared vaginal y cierre de conducto peritoneo vaginal sobre anillo inguinal derecho.

Tiempo quirúrgico: 135 minutos.
Alta Hospitalaria: 48 horas.

Conclusiones:
El hidrocele es una patología urológica común en niños, resultante de la persistencia de la permeabilidad del conducto peritoneo vaginal. Las formas abdomino escrotales son una presentación poco frecuente, para los que un abordaje laparoscópico representa una forma eficaz de resolución del proceso.

XXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología
Colaboraciones

Nuestro más sincero agradecimiento a

EMPRESAS PATROCINADORAS

ASTELLAS PHARMA
GLAXOSMITHKLINE
GSA GALLEGA RUSCH
JANSSEN
LABORATORIOS COVIDIEN
LABORATORIOS MENARINI

EMPRESAS COLABORADORAS

ALMIRALL
AMERICAN MEDICAL SYSTEMS
AMGEN
CLÍNICA Y CONTROL
DISGAMEDICA
GEBRO PHARMA
IZASA HOSPITAL
LABORATORIOS RUBIÓ
PALEX MEDICAL
PFIZER
Q PHARMA
RECORDATI ESPAÑA

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA

GALLEGA DE EXPOSICIONES Y
CONGRESOS

Gallega de Exposiciones y Congresos, S.L
Avda. Atlántida 124 Bajo -36208 Vigo
Tel: 699 900 821 / 654 556 193
Tel/Fax: 986 29 44 65
www.gallegadecongresos.com