



**SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA**

26

Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

**Santiago de Compostela
3 y 4 de junio de 2016**

Organiza:



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**

Estrutura Organizativa de Xestión Integrada
de Santiago de Compostela

PROGRAMA

*Auspiciado por la Asociación Española de Urología
Declarado de Interés Sanitario por la
Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia*





**SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA**

26

**Congreso
de la
Sociedad Gallega
de Urología**

**Santiago de Compostela
3 y 4 de junio de 2016**



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**

**Estrutura Organizativa de Xestión Integrada
de Santiago de Compostela**

***Auspiciado por la Asociación Española de Urología
Declarado de Interés Sanitario por la
Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia***



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 2016/36-1

Vista a solicitude co rexistro de entrada neste departamento territorial nº 5842/2016 de data 04/03/2016, e formulada por GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS, SL, na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para o XXVI CONGRESO ANUAL S.G.U., organizado pola Sociedade Galega de Uroloxía.

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 a XXVI CONGRESO ANUAL S.G.U., organizado por S.G.U., que se vai celebrar en SANTIAGO DE COMPOSTELA, dende os días 03 e 04/06/2016.

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, 7 de marzo de 2016
A xefa territorial


Cristina Pérez Fernández



26 Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Comité Organizador

Presidente

Dr. Camilo García Freire

Vicepresidente

Dr. Miguel Ángel Blanco Parra

Secretario

Dr. Daniel Adolfo Pérez-Fentes

Vocales

Dr. José Abelenda Barca
Dr. Ovidio Blanco Carballo
Dr. Antonio Cimadevila García
Dra. Melissa Cortegoso González
Dr. José Lema Grillé
Dr. Saturnino Martínez Couceiro
Dra. Andrea Orosa Andrada
Dra. Ana Puñal Pereira
Dr. Juan Francisco Sánchez García
Dr. Javier Tato Rodríguez
Dr. Valentín Toucedo Caamaño
Dra. Lorena Villasenín Parrado
Dr. Juliusz Piotr Struzick

Residentes

Dr. Benito Blanco Gómez
Dr. César Carrillo Zamora
Dra. Miriam Chaves Santamaría
Dra. Rita Diz Gil
Dr. Carlos Fernández Baltar

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

Vocal de Actividades Científicas

Dra. Elena López Díez

Vocales

Dr. Daniel Adolfo Pérez Fentes

Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada

Dr. Luis Mateo Cambón

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

Dr. Rogelio Valbuena Álvarez

Dr. Higinio Rodríguez Núñez

Dr. Máximo Castro Iglesias

Dra. Andrea Sánchez Vázquez

Dr. Juan Mata Varela

Dra. Luisa Suárez de Lis

26 Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Profesores Invitados

Dr. Jose Luis Álvarez-Ossorio Fdez.

H.U. Puerta del Mar de Cádiz

Dr. Álvaro Juárez Soto

H. del SAS de Jerez

Dr. Máximo Castro Iglesias

C.H.U. de Vigo

Hospital Álvaro Cunqueiro

Dr. Luis León Mateos

C.H.U. de Santiago de Compostela

Dr. Enrique Cespón Outeda

C.H.U. de Vigo

Hospital Álvaro Cunqueiro

Dra. Elena López Díez

C.H.U. de Vigo

Hospital Álvaro Cunqueiro

Dr. Venancio Chantada Abal

C.H.U. de A Coruña

Dr. Daniel Pérez-Fentes

C.H.U. de Santiago de Compostela

Dr. Ramón Cortiñas González

H.C.U. de Valladolid

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

C.H.U. de Ferrol

Dr. José Manuel Cozar Olmo

H.U. Virgen de las Nieves de Granada

Dr. Moisés Rodríguez Socarrás

C.H.U. de Vigo

Hospital Álvaro Cunqueiro

Dr. Camilo García Freire

C.H.U. de Santiago de Compostela

Dr. Eduardo Solsona Narbón

Instituto Valenciano de Oncología

Dr. Antonio Gómez Caamaño

C.H.U. de Santiago de Compostela

Dr. Sergio Vázquez Estévez

H.U. Lucus Augusti de Lugo



Datos de Interés

ORGANIZA

Sociedad Gallega de Urología

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

FECHAS DEL CONGRESO

Días 3 y 4 de Junio de 2016

SEDE DE LAS JORNADAS

Hotel Eurostar - San Lázaro

Avenida Fernando de Casas Novoa, s/n
15703 Santiago de Compostela

EXPOSICIÓN COMERCIAL

Hotel Eurostar - San Lázaro

HOTEL OFICIAL DEL CONGRESO

Hotel Eurostar - San Lázaro

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Servicio de Urología
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Travesía da Choupana, s/n
15706 Santiago de Compostela
Telf.: 981 951 000

SECRETARÍA TÉCNICA

GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS, S.L

Muelle de Bouzas, Dársena Nº2, Local 52-B, 36208 Vigo
Telfs: 699 900 821 - 654 556 193
Telf/Fax: 986 294 465
e-mail: congresos@gallegadecongresos.com
www.gallegadecongresos.com



Viernes día 3

Sesión de Mañana

- 8:15 Entrega de documentación en Secretaría del Congreso
- 8:30 Bienvenida
Dr. Camilo García Freire - Presidente del Comité Organizador
- 8:40 Sesión de Póster 1
- 10:00 Sesión de Comunicaciones Orales 1
- 11:00 Pausa Café
- 11:20 Sesión de Videos 1
- 13:30 Comunicación especial:
LÍMITES DE LA LAPAROSCOPIA UROLÓGICA
- 14:00 Comida de trabajo en el Restaurante del Hotel

Sesión de Tarde

- 16:15 Sesión de Comunicaciones Orales 2
- 17:15 Inauguración oficial del Congreso
- 17:30 Comunicación especial:
EL URÓLOGO EN LAS REDES SOCIALES
- 18:00 Mesa redonda:
EL URÓLOGO DEL FUTURO
- 20:30 Salida de autobuses desde el Hotel al Restaurante
- 21:00 Cena Oficial del XXVI Congreso
Acto de Reconocimiento de la SGU a los Directores-Fundadores de la Reunión Uro-MIR:
Dr. Alberto Lancina Martín y Dr. Miguel Ángel Blanco Parra
Acto de Entrega de la Medalla de Oro de la SGU al Dr. Juan Mata Varela
- 00:00 Salida del Restaurante al Hotel

Sábado día 4

Sesión de Mañana

- 8:30 Sesión de Póster 2
- 9:10 Sesión de Videos 3D
- 11:00 Conferencia:
CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN HBP DE APRIMARIA A UROLOGIA, HECHO ENTRE LA AEU Y LAS TRES SOCIEDADES NACIONALES DE APRIMARIA
- 11:30 Cara a cara:
CARCINOMA VESICAL MÚSCULO-INVASIVO: ¿NEOADYUVANCIA O ADYUVANCIA?
- 12:30 Debate abierto:
CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA
- 14:00 Salida en autobús del Hotel al Restaurante
- 14:30 Comida de clausura del XXVI Congreso.
Entrega de premios a la mejor comunicación oral, póster y vídeo.
Entrega de la Beca de Formación Continuada en Urología 2016, patrocinada por Astelas Pharma
Beca de la SGU al Proyecto de Investigación 2015
- 17:30 Asamblea general de la SGU (1ª convocatoria)
- 18:00 Asamblea general de la SGU (2ª convocatoria)
- 18:30 Regreso en autobús al Hotel



Índice

RESUMEN DE PROGRAMA pág. 12-13

PROGRAMA pág. 16

RESÚMENES:

PÓSTERS (P) pág. 31

COMUNICACIONES ORALES (C) pág. 59

VÍDEOS (V) pág. 82

ENTIDADES COLABORADORAS pág. 109

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO



8:15 Entrega de documentación en Secretaría del Congreso

8:30 **Bienvenida**
Dr. Camilo García Freire
Presidente del Comité Organizador

8:40 **Sesión de Póster 1**
Moderadores:
Dr. Valentín Toucedo Caamaño
C.H.U. de Santiago de Compostela
Dr. Juan Francisco Sánchez García
C.H.U. de Santiago de Compostela

P1- RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE LITIASIS VESICAL EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE AMPLIACIÓN VESICAL Y MITROFANOFF

Carrillo Zamora, César; Toucedo Caamaño, Valentín; Pérez Fentes, Daniel; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P2- VEJIGA NEURÓGENA DE CAUSA TRAUMÁTICA. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE.

Lamas Díaz, Leticia; Sánchez Merino, Jose María; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Álvarez Castelo, L; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

P3- LEIOMIOMA

Mata Varela, Juan; Benavente, Manuel; Luaces Herranz, César.
Servicio de Urología - Hospital Fatima de Vigo

P4- ¿PODEMOS CONSEGUIR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE SANGRE?

Fernández Baltar, Carlos; Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.
Unidad de Endourología, Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

P5- COMPLICACIONES EN NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA CLAVIEN 3 O SUPERIOR: NUESTRA EXPERIENCIA

Sánchez García, Juan Francisco; Pérez Fentes, Daniel.; Fernández Baltar, Carlos; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

P6- MICROURETEROSCOPIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Diz Gil, Rita; Fernández Baltar, Carlos; Pérez Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología y Litiasis, Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P7- MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA.

Zarraonandia Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, Jose; García Riestra, Vicente; García Escudero, Damián; Vivaldi Jorquera, Bruno; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

P8- ANÁLISIS COMPARATIVO DE TUMORES RENALES T1A VS. T1B+T2 TRATADOS MEDIANTE NEFRECTOMÍA PARCIAL

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P9- NEFRECTOMÍA PARCIAL EN TUMORES T1B Y T2

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; Pereira Beceiro, Javier; Freire Calvo, Jacobo; Gonzalez Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P10- NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA SIN ISQUEMIA. ¿ES POSIBLE?

Vivaldi Jorquera, Bruno; Garcia Escudero, Damián; Rodriguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

.....

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

P11- BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN DE IMAGEN ECO-RM. EXPERIENCIA INICIAL

Duarte Novo, José; Álvarez Castelo, Luis; Ruibal Moldes, Manuel; López García, Daniel.

Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña.

P12- NECESIDAD DE TRATAMIENTO SECUNDARIO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA GLEASON 6 TRATADOS CON PROSTATECTOMÍA RADICAL.

León Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, A.; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

P13- EXPERIENCIA INICIAL CON ACETATO DE ABIRATERONA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN PACIENTES CON CPRC METASTÁSICO.

Chaves Santamaría, Mirian¹; Puñal Pereira, Ana¹; Pérez-Fentes, Daniel¹; Peleteiro Higuero, Paula²; Gómez Caamaño, Antonio²; García Freire, Camilo¹.

Servicio de Urología¹, Servicio de Oncología Radioterápica² - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

10:00

Sesión de Comunicaciones Orales 1

Moderadores:

Dr. Enrique Cespón Outeda

C.H.U. de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro

Dr. Antón Cimadevila García

C.H.U. de Santiago de Compostela

C1- EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA RENAL

Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Pereira Beceiro, Javier; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

C2- CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA PURAMENTE LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

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

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

C3- SOBREEXPRESIÓN DE HER2 EN EL CARCINOMA DE VEJIGA NO MÚSCULO INFILTRANTE DE ALTO GRADO. RESULTADOS PRELIMINARES

López Diez, E. ⁽¹⁾, Castro Iglesias, M. ⁽¹⁾, Ortiz rey, J. A. ⁽²⁾, San Miguel Fraile, P. ⁽²⁾, Gándara Cortes, M. ⁽²⁾, Gómez de María, C. ⁽³⁾, Rodríguez Socarrás, M. ⁽¹⁾, Almuster, S. ⁽¹⁾, Ojea Calvo, A.

⁽¹⁾ *Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro*

⁽²⁾ *Servicio de Anatomía-patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro*

⁽³⁾ *Servicio de Anatomía-Patológica. Hospital Povisa de Vigo*

C4- EXPERIENCIA INICIAL EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

López García, Daniel; Ruibal Moldes, Manuel; Álvarez Castelo, Luis M.; Duarte Novo, José E.

Servicio de Urología – Hospital San Rafael de A Coruña

C5- V.I.G.O. SCORE DE IMPACTACIÓN EN LOS CÁLCULOS DE URÉTER TRATADOS ENDOSCÓPICAMENTE: UNA GRADACIÓN CON INTERÉS PRONÓSTICO.

Fariña, L.A. ⁽¹⁾, Barrio, M. ⁽¹⁾, Castro, A.M. ⁽²⁾, López-García, S. ⁽²⁾, Regojo, J.M. ⁽¹⁾, Pesqueira, D. ⁽¹⁾, Meijide, F. ⁽¹⁾, Quintana, J.L. ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ *Servicio de Urología del Hospital Povisa de Vigo*

⁽²⁾ *Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro*

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

C6- NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA Y EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES: LECCIONES APRENDIDAS TRAS 270 CASOS

Pérez-Pentes, Daniel¹; Fernández Baltar, Carlos¹; Guiu Souto, Jacobo²; Otero Martínez, Carlos²; Gude Sampedro, Francisco³; Sánchez García, Juan Francisco¹; Pombar Cameán, Miguel²; García Freire, Camilo¹

¹Unidad de Endourología y Litiasis, Servicio de Urología.

²Servicio de Protección Radiológica.

³Unidad de Epidemiología Clínica.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

11:00 Pausa Café

11:20 Sesión de Videos 1

Moderadores:

Dr. Higinio Rodríguez Núñez

C.H.U. de Pontevedra

Dr. Ovidio Blanco Carballo

C.H.U. de Santiago de Compostela

V1- TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA A LA TERAPIA CONVENCIONAL: NEUROMODULACION DE RAÍCES SACRAS

Bohórquez Cruz, M; Sanchez Merino, JM^a; Villar Vázquez, N; Mosquera Seoane, T; Sanchez Rodriguez – Losada, J; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V2- REIMPLANTE URETERAL DERECHO CON TÚNEL SUBMUCOSO

Teresa Mosquera Seoane, Juan León Mata, Carla Abeijón Piñeiro, Jessica Molinos Mayo, Jorge Rey Rey, Jacobo Freire Calvo, Pilar Rodríguez Souto, Javier Pereira Beceiro, Carlos Bonelli Martín, Alfonso González Blanco, Andrés Rodríguez Alonso

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

V3- CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON HISTERECTOMÍA Y NEOVEJIGA ILEAL TIPO STUDER.

Fernández Baltar, Carlos, Blanco Carballo, Ovidio, Cimadevila García, Antón, García Freire, Camilo.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

.....

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

V4- INDICACION QUIRURGICA Y VIABILIDAD DE LA RETROPERITONEOSCOPIA: NEFRECTOMIA BILATERAL

Lamas Díaz, L; Vazquez-Martul, D; Sanchez Vazquez, A; Lopez Garcia, D; Martinez Brejio, S; Aller Rodriguez, M; Bohorquez Cruz, M; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V5- EXÉRESIS DE TUMOR RETROPERITONEAL POR RETROPERINEOSCOPIA.

Rodríguez Socarrás ME; Pérez Schoch M, Montero Fabuena R, Almuster Domínguez S, Tortolero L, Castro Iglesias M, Cespón Outeda E, Comesaña E, Martínez Sapiña I, Ojea Calvo A.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.
Hospital Alvaro Cunqueiro*

V6- RESCATE QUIRÚRGICO RETROPERITONEAL POST-QUIMIOTERAPIA.

Casas Nebra, Francisco Javier; Casas Agudo, Vicente Pastor; López Martínez, Leticia; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Verez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.

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

V7- PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE POST-BRAQUITERAPIA.

Rodríguez Socarrás, ME; Pérez Schoch M.; Montero Fabuena R.; Almuster S.; López García S.; Castro Iglesias M.; López Díez E.; Barros Rodríguez JM.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Vigo –
Hospital Alvaro Cunqueiro*

V8- REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA CON INTERPOSICIÓN DE PERICARDIO BOVINO DE FÍSTULA VESICO-RECTAL POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; Montero Fabuena, Ruben; Pérez Schoch, Miguel; Almuster Domínguez, Sheila; Cespón Outeda, Enrique; Comesaña Davila, Enrique; Martínez Sapiña, Ignacio; Ojea Calvo, Antonio.

*Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Vigo –
Hospital Alvaro Cunqueiro*

.....

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

V9- RIRS MEDIANTE URETERORRENOSCOPIO FLEXIBLE DIGITAL DE UN SOLO USO "LITHOVUE"

Fernández Baltar, Carlos; Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología y Litiasis, Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V10- RESOLUCION ENDOSCOPICA DE DIVERTICULO CALICIAL

Antón Zarraonandía Andraca; Juan González Dacal; Higinio Rodríguez Núñez; Vicente García Riestra

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V11- MICROECIRS: BUSCANDO SINERGIAS EN ENDOUROLOGÍA

Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; Tato Rodríguez, Javier; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología y Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

V12- ENDOUROLOGÍA INTEGRAL PARA LA RESOLUCIÓN EN ACTO ÚNICO DE UN CASO DE LITIASIS URINARIA PEDIÁTRICA EXTREMADAMENTE COMPLEJO

Pérez-Fentes, Daniel; Fernández Baltar, Carlos; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología y Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

13:30

Comunicación especial:

LÍMITES DE LA LAPAROSCOPIA UROLÓGICA

Moderador:

Dr. Jose Luis Álvarez-Ossorio Fernández

H.U. Puerta del Mar de Cádiz

Ponente:

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

C.H.U. de Ferrol

14:00

Comida de trabajo en el Restaurante del Hotel

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

SESIÓN DE TARDE

16:15

Sesión de Comunicaciones Orales 2

Moderadores:

Dr. Germán Suárez Pascual

C.H.U. de A Coruña

Dr. Jorge Rey Rey

C.H.U. de Ferrol

C7- INFECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PAREJAS VARONES DE MUJERES DIAGNOSTICADAS DE LESIONES CERVICALES DE ALTO GRADO Y CONCORDANCIA EN SUS PAREJAS

Almuster Domínguez, Sheila; López Díez, Elena; Carballo Quintá, Manuel; Pérez, S.; Iñarrea, A.; Tortolero Blanco, Leonardo; Rodríguez Socarrás, Moisés Elías; Montero Fabuena, Rubén; Pérez Schoch, Miguel; Castro Iglesias, Ángel Maximo; Ojea Calvo, Antonio
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

C8- VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PRÓSTATA: ANALISIS DESCRIPTIVO Y ONCOLÓGICO DE NUESTRA SERIE.

Bohórquez Cruz, Manuel; Martínez Brejjo, Sara; Aller Rodríguez, Marcos; Pertega, Sonia; Caramés Masana, Francisco; Lamas Díaz, Leticia; López García, Daniel; Ponce Diaz-Reixa, José; Rodríguez Gómez, Ignacio; Vázquez Martul, Darío; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

C9- RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA GLEASON 6 EN LA ERA DE LA VIGILANCIA ACTIVA.

León Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoane, Teresa; Abeijon Piñeiro, Carla; Bonelli Martin, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

C10- FACTORES PREOPERATORIOS PREDICTIVOS DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA BIOQUÍMICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO TRATADO MEDIANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.

Rey Rey, Jorge; Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Mosquera Seoane, Teresa; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C11- ¿DURANTE CUANTO TIEMPO DEBEMOS SEGUIR EN CONSULTA A LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL? EVOLUCIÓN DE LA RECURRENCIA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL A LO LARGO DE 23 AÑOS.

Almuster Domínguez, Sheila; Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; López García, Sabela; Carballo Quintá, Manuel; Castro Iglesias, Maximino; Barros Rodríguez, José Manuel; Ojea Calvo, Antonio.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro.

C12- PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA PROGRESIÓN BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL. ANÁLISIS INICIAL.

Bohórquez Cruz, Manuel; Martínez Breijo, Sara; Rodriguez Garcia, Esther; Mendez Diaz, Cristina; Aller Rodríguez, Marcos; Pértega Diaz, Sonia; Caramés Masana, Francisco; Lamas Díaz, Leticia; López García, Daniel; Ponce Diaz-Reixa, José; Rodríguez Gómez, Ignacio; Vázquez Martul, Darío; Chantada Abal, Venancio.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

17:15 **Inauguración oficial del Congreso**

17:30 **Comunicación especial:**
EL URÓLOGO EN LAS REDES SOCIALES

Moderador:

Dr. Enrique Cespón Outeda
C.H.U. de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

Ponente:

Dr. Moisés Rodríguez Socarrás
C.H.U. de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

.....

PROGRAMA / VIERNES 3 DE JUNIO

.

- 18:00 Mesa redonda:
EL URÓLOGO DEL FUTURO
Moderador:
Dra. Elena López Díez
C.H.U. de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro
Ponentes:
Dr. Ramón Cortiñas González
H.C.U. de Valladolid
Dr. Jose Luis Álvarez-Ossorio Fernández
H.U. Puerta del Mar de Cádiz
Dr. Máximo Castro Iglesias
C.H.U.de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro
- 20:30 Salida de autobuses desde el Hotel al Restaurante
- 21:00 Cena Oficial del XXVI Congreso
Acto de Reconocimiento de la SGU a los Directores-Fundadores de la
Reunión Uro-MIR:
Dr. Alberto Lancina Martín y Dr. Miguel Ángel Blanco Parra
Acto de Entrega de la Medalla de Oro de la SGU
al Dr. Juan Mata Varela
- 00:00 Salida del Restaurante al Hotel



8:30

Sesión de Póster 2

Moderadores:

Dra. Ana Puñal Pereira

C.H.U. de Santiago de Compostela

Dra. Melissa Cortegoso González

C.H.U. de Santiago de Compostela

P14- CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES ASOCIADO A TRANSLOCACIÓN

Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés Elías; Almuster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Ortiz Rey, J. A.; Chantada de la Fuente, D.; Barros Rodríguez, Jose Manuel; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

P15- NEUROMODULACIÓN SACRA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Villar Vázquez, Nuria; Sánchez Merino, José María; Bohórquez Cruz, Manuel Alejandro; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

P16- TENDENCIA TEMPORAL DE CIRUGÍA RENAL

Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P17- TEST ACETOBLANCO EN INFECCIONES POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO GENITAL EN HOMBRES

Pérez Schoch, Miguel; López Díez, Elena; Carballo Quintá, Manuel; Almuster Domínguez, Sheila; Iñarrea, A.; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés Elías; Tortolero Blanco, Leonardo; Castro Iglesias, Maximino; Ojea Calvo, Antonio.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

.....

PROGRAMA / SÁBADO 4 DE JUNIO

P18- SUBCLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CARCINOMA DE VEJIGA NO MUSCULO INFILTRANTE PT1.

Castro Iglesias M. ⁽¹⁾, San Miguel Fraile P. ⁽²⁾, Ortiz Rey J. A. ⁽²⁾, Gándara Cortes M. ⁽²⁾, Gómez de María C. ⁽³⁾, Chantada D. ⁽²⁾, Lopez Diez E. ⁽¹⁾, Montero R. ⁽¹⁾, Perez Sosch M. ⁽¹⁾, Ojea Calvo A. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

⁽²⁾ Anatomía-patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

⁽³⁾ Anatomía-Patológica. Hospital Povisa de Vigo.

P19- ERMANNO MINGAZZINI, EL URÓLOGO ITALIANO DE VALLE-INCLÁN (ROMA, 1934)

Fariña-Pérez, Luis Ángel.

Servicio de Urología – Hospital Povisa, Vigo; Oficina de Historia, AEU.

9:10

Sesión de Videos 3D

Moderadores:

Dr. Ignacio Rodríguez Gómez

C.H.U. de A Coruña

Dr. Javier Casas Nebra

H.U. Lucus Augusti de Lugo

V13- MILLIN LAPAROSCÓPICO 3D EN PRÓSTATA VOLUMINOSA

Ruibal Moldes, Manuel; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, Jose; García Riestra, Vicente.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V14- NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA POR TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA.

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan Gabriel; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

V15- TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA 3D: ISQUEMIA CERO

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

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra



.....

PROGRAMA / SÁBADO 4 DE JUNIO

V-16 CISTECTOMÍA RADICAL Y DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO 3D. TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO.

González Dacal, Juan Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Jahnen Boetius, Peter; Ruibal Moldes, Manuel.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V-17 NEOVEJIGA ILEAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA 3D

Ruibal Moldes, Manuel; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, José; García Escudero, Damián; Vivaldi Jorquera, Bruno.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V-18 PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS

Ruibal Moldes, Manuel; Duarte Novo, Jose Enrique; López García, Daniel; Álvarez Castelo, Luis.
Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña

V-19 REPARACION MEDIANTE LAPAROSCOPIA 3D DE FISTULA VESICORECTAL POST PROSTATECTOMÍA RADICAL

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Vivaldi Jorquera, Bruno; García Escudero, Damián.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V-20 EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL EXTRAADRENAL

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

V-21 LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PELVICA Y PARAAORTICA EN TUMORES GINECOLÓGICOS: EL PAPEL DEL URÓLOGO

González Dacal, Juan Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Vidal Hernández, R; Aparicio, I; Ruibal Moldes, Manuel.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

PROGRAMA / SÁBADO 4 DE JUNIO

V-22 LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA.

García Escudero, Damián; Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón.
Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

11:00

Conferencia:

CRITERIOS DE DERIVACIÓN EN HBP DE APRIMARIA A UROLOGIA, HECHO ENTRE LA AEU Y LAS TRES SOCIEDADES NACIONALES DE APRIMARIA

Moderador:

Dr. Venancio Chantada Abal
C.H.U. de A Coruña

Ponente:

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

11:30

Cara a cara:

CARCINOMA VESICAL MÚSCULO-INVASIVO: ¿NEOADYUVANCIA O ADYUVANCIA?

Moderador:

Dr. Camilo García Freire
C.H.U. de Santiago de Compostela

Ponentes:

Dr. Luis León Mateos
C.H.U. de Santiago de Compostela
Dr. Eduardo Solsona Narbón
Instituto Valenciano de Oncología

12:30

Debate abierto:

CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO MÉDICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Moderador:

Dr. Daniel Pérez-Fentes
C.H.U. de Santiago de Compostela

Ponentes:

Dr. Álvaro Juárez Soto
H. del S. AS de Jerez
Dr. Antonio Gómez Caamaño
C.H.U. de Santiago de Compostela
Dr. Sergio Vázquez Estévez
H.U. Lucus Augusti de Lugo

.....

PROGRAMA / SÁBADO 4 DE JUNIO

- 14:00 Salida en autobús del Hotel al Restaurante
- 14:30 Comida de clausura del XXVI Congreso.
Entrega de premios a la mejor comunicación oral, póster y vídeo.
Entrega de la Beca de Formación Continuada en Urología 2016,
patrocinada por Astelas Pharma
Beca de la SGU al Proyecto de Investigación 2015
- 17:30 Asamblea general de la SGU (1ª convocatoria)
- 18:00 Asamblea general de la SGU (2ª convocatoria)
- 18:30 Regreso en autobús al Hotel



P-1 RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE LITIASIS VESICAL EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE AMPLIACIÓN VESICAL Y MITROFANOFF

Carrillo Zamora, César; Toucedo Caamaño, Valentín; Pérez Fentes, Daniel; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción

La aparición de litiasis luego de una cirugía de ampliación vesical es una complicación frecuente. En general son asintomáticas, pero pueden causar dolor, disuria, infecciones recurrentes, dificultades con el cateterismo o hematuria. Las opciones terapéuticas son amplias y hay que adecuarlas a la anatomía y la carga litiásica. La derivación con técnica de Mitrofanoff es un condicionante en la elección del acceso quirúrgico

Objetivo

Presentar nuestra experiencia con 3 pacientes con litiasis en vejiga de ampliación y Mitrofanoff mediante técnica mínimamente invasiva con acceso percutáneo.

Método

Se realiza estudio retrospectivo de 3 cistolitotomías percutáneas en 3 pacientes con ampliación vesical realizadas en 2014-2015. Las ampliaciones vesicales habían sido por mielomeningocele.

Se realiza cistoscopia a través del Mitrofanoff para comprobar el tamaño real y número de las litiasis y posteriormente se procede al acceso percutáneo. Introducción del nefroscopio rígido previa dilatación con vainas dilatadoras hasta 30 Fr. A continuación, se procede a la litofragmentación (Litotricia balística con Lithoclast) y extracción de los fragmentos con cestilla de nitinol y lavados con suero fisiológico. Finalmente colocación de sonda vesical a través del Mitrofanoff para posterior realización de lavados.

Resultados

La edad promedio de las pacientes fue de 29 años. Tamaño medio de las litiasis 15 mm y número medio de litiasis extraídas 4. Resolución del problema litiásico en todos los casos. Tiempo medio hospitalario 3 días. Sondaje vesical medio de 3 días.

PÓSTERS

Conclusiones

La cistolitotomía percutánea en pacientes con antecedente ampliación vesical y Mitrofanoff es un tratamiento mínimamente invasivo, eficaz, seguro y de fácil realización y con mínima morbilidad.

Dado que la recurrencia es altamente probable, la prevención se basa en la profilaxis antibiótica, tratamiento de las infecciones, lavados vesicales, estudio metabólico en orina de 24h para descartar algún factor corregible

PÓSTERS

P-2 VEJIGA NEURÓGENA DE CAUSA TRAUMÁTICA. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE.

Lamas Díaz, Leticia; Sánchez Merino, Jose María; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Álvarez Castelo, L; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

Todas las lesiones traumáticas de la médula espinal presentan el riesgo potencial de una disfunción vesical. Por lo tanto, el manejo de las alteraciones del tracto urinario en los pacientes con lesión medular tiene un importante papel en la mejora de la calidad de vida y en la disminución de la morbi-mortalidad de causa urológica.

Material y Métodos

Realizamos un estudio descriptivo de una cohorte de 106 pacientes con lesión medular traumática seguidos en nuestras consultas de Urodinamia desde noviembre de 2015 hasta abril de 2016. El 87,7% son varones (n=93), frente a 12.3% de mujeres (n=13). La edad media de la serie es de 51.5 años; la edad media a la que se produjo la lesión fue de 33.2 años. El mecanismo de lesión más frecuente fue el accidente de tráfico (47.16%). El nivel lesional medular predominante fue D10-12 (21.69%). El tipo de lesión fue completa en 50.9% de los pacientes (n=54). El seguimiento de los pacientes ha sido anual en el 85.8% de los pacientes (n=91).

Resultados

Se ha documentado disinergia vesicoesfinterina en el 44.3% de los pacientes (n=47) e hipo-acontractilidad en 18 pacientes (16.9%). El 66,9% (n=71) realizan cateterismos intermitentes, siendo la frecuencia de 6 horas la más prevalente (n=31). El 63.2% (n=67) reciben tratamiento médico con anticolinérgicos. Sólo el 8.4% de los pacientes (N=9) son portadores de una sonda vesical permanente. El 50.9 % de los pacientes presentan pérdidas urinarias. Se ha producido deterioro de la función renal sólo en 2 pacientes. Presentan dilatación del aparato urinario superior 6 pacientes, pero ninguno con repercusión funcional. El 20.7% de los pacientes han sufrido infección del tracto urinario.

Conclusiones

La cateterización intermitente y el uso de anticolinérgicos permiten un adecuado manejo del paciente con vejiga neurógena en cuanto a prevenir las complicaciones sobre el tracto urinario inferior, en especial la insuficiencia renal. No obstante, la incontinencia urinaria representa un verdadero reto de cara a mejorar la calidad de vida de los pacientes con vejiga neurógena de causa traumática.

.....

PÓSTERS

P-3 LEIOMIOMA

Mata Varela, Juan; Benavente, Manuel; Luaces Herranz, César.

Servicio de Urología - Hospital Fatima de Vigo

Los tumores mesoteliales son un hallazgo excepcional en el tracto urinario. El leiomioma es el más frecuente de ellos y puede generarse en cualquier órgano que contenga músculo liso. Las exploraciones radiológicas no permiten distinguirlo inequívocamente de otros tumores

Los leiomiomas están incluidos dentro del grupo de tumores benignos con origen en el tejido conjuntivo o mesenquimal, y pueden implicar cualquier órgano del aparato genitourinario que presente músculo liso en su estructura histológica.

Se revisa la experiencia personal y se tratamiento.

PÓSTERS

P-4 ¿PODEMOS CONSEGUIR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE SANGRE?

Fernández Baltar, Carlos; Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología, Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo:

La infección es una de las complicaciones más temidas en nefrolitotomía percutánea (NLP). La situación ideal es poder predecir su aparición y prevenirla. Cuando ésta se desarrolla es vital su diagnóstico precoz, puesto que un inicio rápido de tratamiento tiene implicación pronóstica.

El objetivo de este trabajo es determinar si el diagnóstico de complicación infecciosa post-NLP podría anticiparse mediante simples estudios de hemograma y coagulación.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los 189 casos litiasicos intervenidos mediante NLP en nuestro centro que tenían estudios de hemograma y coagulación preoperatorio y a las 24 horas de la intervención. Análisis univariante de la posible asociación entre los cambios en INR y recuento leucocitario a las 24 horas de la NLP con el desarrollo de complicaciones infecciosas. Para determinar la fuerza de estas asociaciones se emplearon curvas ROC y la medición del área bajo la curva (AUC). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.20.

Resultados:

28 pacientes (15%) presentaron complicación infecciosa post-NLP, siendo en la mayoría (22 casos) grado II de Clavien. Los casos con complicación infecciosa mostraron un mayor aumento del INR ($0,3 \pm 0,2$ vs. $0,1 \pm 0,1$; $p=0,000$) y del recuento leucocitario (4815 ± 7109 vs. 816 ± 3174 ; $p=0,001$) superior al resto de la serie. No se encontró relación entre estos cambios analíticos y la severidad de complicación infecciosa. Los cambios en el INR a las 24 horas revelaron una asociación más fuerte con el diagnóstico de complicaciones infecciosas (AUC = 0,803; IC95% = 0,7 - 0,9) que los producidos en el recuento leucocitario (AUC = 0,690; IC95% = 0,6 - 0,8).

PÓSTERS

Conclusiones:

La aparición de complicación infecciosa tras NLP se asocia con cambios analíticos significativos en la coagulación y en el hemograma a las 24 horas de la intervención. El alargamiento del INR se relaciona de forma más fuerte que el aumento del recuento leucocitario con el diagnóstico de complicación infecciosa. En determinados pacientes, donde los signos y síntomas clásicos de infección aún no están presentes, es posible que tener en cuenta estas alteraciones analíticas pueda permitir un diagnóstico precoz de esta temida complicación.

PÓSTERS

P-5 COMPLICACIONES EN NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA CLAVIEN 3 O SUPERIOR: NUESTRA EXPERIENCIA

Sánchez García, Juan Francisco; Pérez Fentes, Daniel.; Fernández Baltar, Carlos; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos

La nefrolitotomía percutánea (NLP), a pesar de ser un procedimiento mínimamente invasivo, no está exento de complicaciones. Nuestro objetivo es comunicar las complicaciones de mayor severidad (Clavien 3 o superior) presentadas en nuestra experiencia con NLP, su naturaleza, tratamiento realizado y evolución tras el mismo.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de 257 casos litiásicos intervenidos mediante NLP en nuestro centro (periodo 2008-2015). Se describen las complicaciones perioperatorias de mayor severidad (Clavien \geq 3), clasificándolas según su naturaleza (hemorrágicas / infecciosas / obstructivas / otras). Se detalla el tratamiento realizado y el resultado tras el mismo.

Resultados

En 66 casos (25,6%) hubo algún tipo de complicación postoperatoria. En la mayoría de los casos la severidad de las complicaciones fue leve (Clavien I-II: 51 pacientes; 19,8%). Las complicaciones de mayor severidad se distribuyeron del siguiente modo: IIIa: 5 pacientes, IIIb: 1 paciente, IVa: 6 pacientes, IVb: 2 pacientes, V: 1 paciente. Según su naturaleza, la mayoría de complicaciones Clavien \geq 3 fueron infecciosas (7 pacientes que requirieron ingreso en UCI, con 1 exitus), seguido de obstructivas (5 pacientes: 2 tratados con litotricia extracorpórea, 1 ureteroscopia, 1 resección transuretral de próstata y uno requirió de colocación de doble J por débito persistente), hemorrágicas (2 pacientes, de los cuales 1 se resolvió con embolización supraselectiva y otro con nefrectomía), y otras (1 paciente con embolia gaseosa que requirió ingreso en UCI).

Conclusiones

La aparición de complicaciones postoperatorias en nefrolitotomía percutánea es relativamente frecuente, siendo este uno de los puntos débiles de la técnica con respecto a otras alternativas de tratamiento. Afortunadamente, la mayoría de ellas son de baja severidad y buen pronóstico. Es importante el conocimiento de las posibles complicaciones asociadas a la técnica para intentar prevenirlas y, sobre todo, para un diagnóstico y tratamiento precoces, con implicaciones pronósticas

PÓSTERS

P-6 MICROURETEROSCOPIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Diz Gil, Rita; Fernández Baltar, Carlos; Pérez Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología y Litiasis, Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo

La miniaturización de los equipos ha contribuido a disminuir la morbilidad en la cirugía de las litiasis. Siguiendo este principio, nuestro objetivo es demostrar que el uso de ureteroscopios de menor calibre reduce las complicaciones de la ureteroscopia convencional manteniendo su éxito. Presentamos nuestra experiencia inicial en microureteroscopia (microURS).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 5 pacientes intervenidos en nuestro centro mediante microURS (aguja 4,85 Ch del equipo Microperc®, PolyDiagnost). La pulverización del cálculo se realizó siempre con láser de Holmium y fibra de 200 micras. Los criterios de inclusión fueron sexo femenino y litiasis ureteral situada por debajo de los vasos ilíacos, refractaria a tratamiento médico expulsivo. Se excluyeron casos con infección activa o gestación. Se describen las características de las pacientes y se analiza el éxito del tratamiento (ausencia de litiasis residuales) mediante impresión endoscópica inmediata y en radiografía simple de abdomen al tercer mes. La morbilidad de la técnica se registra empleando la clasificación PULS de daño ureteral y la de Clavien modificada.

Resultados

Edad media de las pacientes de 56 años. Superficie media litiásica de 31,1 mm², rango (9,4-58,9). Tiempo quirúrgico medio de 47,2 minutos, rango (40-66). Se completó el procedimiento bajo sedación en 3 casos, realizando anestesia general en el resto. Instrumentación directa con el equipo de microURS en 4/5 casos, necesitando cistoscopia previa y colocación de guía de seguridad en un caso por dificultad para localizar el meato. Pulverización del cálculo en todas las pacientes, con impresión endoscópica de ausencia de residuales en 4 de ellas. Al tercer mes el 100% de las pacientes estaban libres de litiasis. La evaluación de daño ureteral fue PULS 0 en todos los casos, sin complicaciones en el postoperatorio.

PÓSTERS

Conclusiones

En pacientes seleccionados, mujeres y litiasis pelvianas, el uso del equipo de Microperc® como ureteroscopia ha demostrado ser una alternativa efectiva y segura. Estudios prospectivos de mayor tamaño, comparando microURS con otras alternativas terapéuticas, permitirán establecer conclusiones más sólidas sobre sus indicaciones.

PÓSTERS

P-7 MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA.

Zarraonandia Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, Jose; García Riestra, Vicente; García Escudero, Damián; Vivaldi Jorquera, Bruno; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción y objetivos:

Los avances tecnológicos han hecho posible ofrecer a los pacientes la adenomectomía laparoscópica. Esta técnica constituye una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta en próstatas de gran tamaño. Nuestro propósito es presentar nuestra serie de 128 pacientes sometidos a adenomectomía laparoscópica.

Material y Métodos:

Un total de 128 pacientes diagnosticados de hiperplasia benigna de próstata, con un volumen superior a 70 cc fueron sometidos a adenomectomía laparoscópica entre noviembre de 2012 y julio de 2015. Se realizó una técnica transperitoneal con 5 trocares similar al Millin clásico (abordaje transcapsular) utilizando el dispositivo Thunderbeat® para realizar disección hemostática. Presentamos nuestra experiencia en esta técnica mediante un estudio prospectivo descriptivo que incluye las características de los pacientes y los resultados postoperatorios.

Resultados:

Durante 33 meses, tratamos un total de 128 pacientes con una media de edad de 69 años (50–85), la media de volumen prostático fue de 90,7 cc, la mediana de tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, la mediana en términos de caída de hemoglobina fue de 2,95 g/dl desde el preoperatorio al primer día tras cirugía y 7,8% de los pacientes requirió transfusión sanguínea. Las medias de estancia hospitalaria y de tiempo de cateterización fueron de 3,9 días y 6,3 días respectivamente. La complicación postoperatoria más frecuente fue la hematuria (12 pacientes) seguida de fiebre (4 pacientes); 1 paciente necesitó reintervención por sangrado significativo y no hubo otras complicaciones mayores. Nuestra media de seguimiento es de 13,1 meses y entre las complicaciones tardías, destaca la hiperactividad vesical con buena respuesta a terapia antimuscarínica en 8 pacientes y la estenosis uretral en 6 pacientes. La media de mejoría en el Qmax fue de 18,15 ml/seg, el IPSS antes y después de la cirugía fue 24,1 + 4,9 y 6,6 + 1,7 y la satisfacción global del paciente con el procedimiento en la primera consulta fue "Satisfecho" o un resultado mejor en 95 pacientes (74,2%) con un total de "Muy satisfechos" de 48 pacientes (37,5%). Se halló en 11 pacientes cáncer de próstata accidental, de los cuales en 4 se había realizado una biopsia de próstata antes de la cirugía. Actualmente todos ellos presentan PSA inferior a 1,75 ng/dl y ninguno de ellos ha precisado otro tipo de tratamiento.

PÓSTERS

Conclusiones:

La adenomectomía laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva factible y segura que proporciona buenos resultados en términos de complicaciones, impacto en calidad de vida y en resultados funcionales. Creemos que se requieren cirujanos laparoscópicos experimentados para evitar complicaciones quirúrgicas así como obtener buenos resultados a largo plazo.

PÓSTERS

P-8 ANÁLISIS COMPARATIVO DE TUMORES RENALES T1a vs. T1b+T2 TRATADOS MEDIANTE NEFRECTOMÍA PARCIAL

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Comparar los resultados quirúrgicos y oncológicos de los pacientes tratados mediante nefrectomía parcial por tumores mayores o menores de 4 cm.

Material y Métodos:

Pacientes (n=89) a los que se practicó nefrectomía parcial por neoplasia renal entre 2005 y 2015, divididos en 2 grupos dependiendo del tamaño tumoral. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo expresando las variables cuantitativas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje, con su 95%IC. Realizamos análisis comparativo de los 2 grupos de pacientes mediante test de T-student para variables cuantitativas y Ji-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados:

Los paciente con tumores cT1a eran 64 (71.9%) y 25 (28.1%) tenían tumores > de 4 cm. En cuanto a las variables clínicas observamos diferencias significativas en el deterioro de la función renal postquirúrgica ($\chi^2(1) = 4.45; p=0.035$) y la puntuación R.E.N.A.L. ($t(37.88)=3.46; p=0.001$). El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en los pacientes con tumores > 4 cm. ($t(35.22)=2.63; p=0.013$). No observamos diferencias en el tiempo de isquemia. El porcentaje de tumores T1a de células claras fue significativamente menor ($\chi^2(1) = 4.88; p=0.027$). No observamos diferencias significativas ni el número ni en el grado de complicaciones postoperatorias. Se produjeron significativamente más muertes cáncerreacionadas entre los pacientes con tumores >4cm. ($\chi^2(1)=4.04; p=0.44$). Observamos también esta asociación en el estudio de la supervivencia cáncer relacionada mediante Kaplan-Meier ($\log Rank=4.89; p=0.02$).

Conclusiones:

El tratamiento de tumores renales mayores de 4 cm. mediante nefrectomía parcial es un procedimiento seguro en casos seleccionados y realizado por profesionales expertos. La similitud en el tiempo de isquemia y el grado y número de complicaciones postoperatorias puede ser debida a la experiencia adquirida previamente en las nefrectomías parciales de tumores de menor tamaño.

PÓSTERS

P-9 NEFRECTOMÍA PARCIAL EN TUMORES T1B Y T2

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; Pereira Beceiro, Javier; Freire Calvo, Jacabo; Gonzalez Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

Analizar los resultados de la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) desde el punto de vista oncológico y de la técnica quirúrgica en pacientes con tumores de más de 4 cm.

Material y Métodos:

Pacientes (n=25) a los que se practicó NPL transperitoneal por neoplasia mayor de 4 cm, entre 2005 y Septiembre de 2015. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo expresando las variables cuantitativas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje, con su 95%IC. La supervivencia global y cáncer-relacionada fueron analizadas con la metodología Kaplan-Meier.

Resultados:

La media de edad fue 62.54 ± 12.19 años (37-80.86). 18 pacientes eran hombres (72%) y 7 mujeres (28%). En 13 casos el tumor era izquierdo (52%). El tamaño tumoral medio fue 6.32 ± 1.71 cm (4.5-10.4), siendo categoría cT1b el 76% y cT2 el 24% de los casos. La complejidad mediana de las lesiones fue 8 (5-11) según el R.E.N.A.L. nephrometry score. El tiempo quirúrgico medio fue 235.42 ± 81.59 minutos (90-360), siendo el tiempo de isquemia caliente 26.00 ± 14.34 minutos (5-45). La diferencia media entre hemoglobina pre y postoperatoria fue 2.00 ± 1.47 g/dl (0.4-5.50). La estancia hospitalaria media fue 7.12 ± 2.79 días (2-16). Se realizó clamplaje arterial en el 40% de los casos, arterial y venoso en el 28%. Las estirpes histopatológicas más frecuentes fueron carcinoma de célula clara (84%) y papilar (3%). El grado histológico 2 de Furhman se presentó en el 48% de los tumores. Se detectó margen quirúrgico positivo en 3 casos (12%). La tasa de complicaciones fue del 24%. El 4% de los pacientes fueron reintervenidos. El seguimiento medio fue 32.29 ± 25.79 meses (3,15-90,75), siendo la mortalidad cáncer relacionada del 16% y la mortalidad global del 20%.

Conclusiones:

El tratamiento de tumores renales mayores de 4 cm mediante NPL es un procedimiento seguro desde el punto de vista quirúrgico, que permite obtener unos resultados oncológicos óptimos.

PÓSTERS

P-10 NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA SIN ISQUEMIA. ¿ES POSIBLE?

Vivaldi Jorquera, Bruno; Garcia Escudero, Damián; Rodriguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

Actualmente la nefrectomía parcial es el gold standard para el abordaje de los tumores renales en estadio T1a y supone una alternativa de tratamiento para algunos tumores T1b. La amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva ha permitido de una manera secuencial, mediante desclampaje precoz y clampaje a demanda, mejorar los tiempos de isquemia caliente y finalmente conseguir la exéresis tumoral sin isquemia

Objetivo:

Evaluar los resultados de la serie de nefrectomía parcial laparoscópica sin isquemia caliente para el tratamiento de los tumores renales

Materiales y Métodos:

Se realiza un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las NPL sin isquemia realizadas entre Diciembre de 2014 y Marzo de 2016 en nuestro centro. Se recogen datos de las siguientes variables: edad, sexo, RENAL score, lateralidad, tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, variación en la función renal, estancia hospitalaria, tasa de transfusiones, complicaciones y resultados anatomopatológicos. Se evalúan los datos mediante el programa estadístico SPSS-20.

Resultados:

Se realizaron 17 NPL en 15 pacientes con una edad media de 66 años (rango 52-77), 8 varones y 7 mujeres, con RENAL score de 6 de predominio anterior, localizado en 8 casos en riñón izquierdo.

La mediana de tiempo quirúrgico fue de 135 min (70-215 min). Se utilizó 2 líneas de sutura en 53% de los casos, con un descenso medio de Hb de 2,3 gr/dl sin necesidad de transfusión en ningún caso y con una variación media de F renal de 0,069 mg/dL. La estancia media fue de 3,13 días (2-7 días) y la tasa de complicaciones ha sido baja con 1 complicación grado III de escala Clavien (pseudaneurisma arterial).

El resultado anatomopatológico reveló pT1a en 76% de los casos, pT1b en 12% y pT2a en 12% con un predominio de CCR (11 casos) y unos márgenes positivos en 4 casos.

PÓSTERS

Conclusiones:

La NPL sin isquemia es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de tumores renales. La eliminación del tiempo de isquemia nos permite una conservación mayor de la función renal así como una maximización en la reserva nefronal, siendo especialmente útil en pacientes con riñón único y/o con deterioro de la función renal.

PÓSTERS

P-11 BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN DE IMAGEN ECO-RM. EXPERIENCIA INICIAL

Duarte Novo, José; Álvarez Castelo, Luis; Ruibal Moldes, Manuel; López García, Daniel.

Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña.

Introducción

La biopsia ecodirigida de la próstata es el método estándar para el diagnóstico del cáncer de próstata, sin embargo la tasa de detección suele ser baja y es necesario hacer repetidas biopsias. La resonancia magnética multiparamétrica (RMm) aporta alta sensibilidad y especificidad en la detección de lesiones sospechosas de cáncer. El objetivo es analizar nuestra experiencia inicial de biopsia de próstata guiada por fusión de imagen resonancia-ecografía.

Material y Métodos

Entre junio y diciembre de 2015 hemos realizado 29 biopsias con fusión rm-eco. Todos ellos, tenían indicación de biopsia o rebiopsia.

Previamente se les había realizado una RMm 1,5 Tesla, identificándose al menos una lesión de sospecha en base a la clasificación PI-RADS.

Se realizaron las biopsias sobre las zonas sospechosas y se hizo un mapeo del resto de la próstata. La media de cilindros fue 35 (8-50).

Resultados

En los pacientes con PI-RADS > 4, se diagnóstico cáncer en el 75 %.

Ninguna biopsia positiva en aquellos con PI-RADS 1-2.

Hemos encontrado tumores anteriores en el 50 %.

Complicaciones: RAO 1.

Conclusiones

La RMm permite identificar lesiones sugestivas de cáncer.

La clasificación PI-RADS se correlaciona con el diagnóstico del cáncer de próstata.

Este método de biopsia guiada por fusión de RM-ecografía en tiempo real, permite realizar una biopsia dirigida, aumentando el rendimiento diagnóstico y por tanto, reduciendo el número de biopsias.

PÓSTERS

P-12 NECESIDAD DE TRATAMIENTO SECUNDARIO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA GLEASON 6 TRATADOS CON PROSTATECTOMÍA RADICAL.

León Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; Bonelli Martin, Carlos; González Blanco, A.; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Objetivo:

Identificar los factores relacionados con la necesidad de tratamiento secundario en pacientes con Cáncer de Próstata (CaP) Gleason 6 tratados con prostatectomía radical (PR) entre los años 2008–2010.

Pacientes y Metodo:

Pacientes(n=83) tratados por CaP con PR entre los años 2008–2010 con Adenocarcinoma de Próstata Gleason 6 en pieza quirúrgica. Análisis estadístico: análisis descriptivo de todas las variables. Se realizó análisis univariado de supervivencia global(SG) y cáncer relacionada(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 necesidad de tratamiento secundario.

Resultados:

178 pacientes fueron tratados por CaP con PR, 83(46,63%) de ellos con CaP Gleason 6 en el estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica. De los cuales, 20(24,1%) pacientes necesitaron un tratamiento secundario por recidiva bioquímica (RB). 12(14,5%) pacientes murieron durante el periodo de seguimiento, ninguno por causa relacionada al CaP. De los 20(24,10%) pacientes con RB, 10(50%) pacientes recibieron radioterapia sola como tratamiento secundario, y 2(10%) pacientes recibieron radioterapia más hormonoterapia. 9(10,84%) pacientes necesitaron algún tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria o retención urinaria. El seguimiento medio fue $74,69 \pm 18,98$ meses(4–96). La SG a los 24 y 60 meses fue: 95,2% y 90,5% respectivamente. La SCR a los 60 meses fue 100%. La edad mayor de 70 años fue el único factor asociado significativamente con la muerte(Log Rank $p=0,038$). Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox, ajustando por edad, PSA, PSAV, categoría pT, número de cilindros positivos y margen quirúrgico, observando que la variable con capacidad para predecir necesidad de tratamiento secundario de forma independiente era: PSAV(RR:0,023; 95%IC:0,01–0,648;p:0,027).

PÓSTERS

Conclusiones:

Los pacientes con CaP Gleason 6 tratados con PR tienen un buen pronóstico, con una SG del 95,2% y 90,5%, a los 24 y 60 meses respectivamente; y una SCR del 100% a los 24 y 60 meses. Un 24,10% necesitará otro tratamiento secundario por RB durante su seguimiento y 10,84% necesitará tratamiento secundario por incontinencia/retención urinaria. La PSAV es el único factor asociado a necesidad de tratamiento secundario.

PÓSTERS

P-13 EXPERIENCIA INICIAL CON ACETATO DE ABIRATERONA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN PACIENTES CON CPRC METASTÁSICO.

Chaves Santamaría, Mirian¹; Puñal Pereira, Ana¹; Pérez-Fentes, Daniell¹; Peleteiro Higuero, Paula²; Gómez Caamaño, Antonio²; García Freire, Camilo¹.

Servicio de Urología¹, Servicio de Oncología Radioterápica² - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción:

El acetato de abiraterona es una opción terapéutica, en primera línea, en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración, asintomáticos u oligoasintomáticos. El objetivo es describir los resultados de nuestra experiencia inicial en el tratamiento con este fármaco.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo donde se incluyen 39 pacientes que iniciaron acetato de abiraterona entre agosto de 2014 y febrero de 2016, a seguimiento por los Servicios de Urología y Oncología Radioterápica. Se describen las características basales de los pacientes de la serie, la eficacia del tratamiento (% de respuesta del PSA, tiempo a progresión radiológica y clínica), así como su perfil de toxicidad.

Resultados:

La edad media de los pacientes al inicio del tratamiento fue 78 años (DS \pm 9). El patrón de Gleason más frecuente fue ≥ 8 (45%). La distribución, en función de la localización de las metástasis fue: M1a 25,6%; M1b 71,8%; M1c 2,6%. El ECOG performance status al inicio fue de 0 en el 40%, 1 en el 57,1% y 3 en el 2,9%. La mediana de PSA y de PSA-DT fue de 20,9 ng/ml (9,3-71,5) y 105 días (75-198) respectivamente.

Con una mediana de seguimiento de 10,5 meses (7-14), se consiguió un descenso de PSA $>50\%$ en el 70,2% de los pacientes y $>90\%$ en el 41,6%. El 35,9% de los pacientes presentó progresión radiológica, con una mediana de tiempo de 5 meses (3,3-6,9). Apareciendo progresión clínica en 8 de ellos (20,5%), con una mediana de 5,7 meses (3,7-11,7).

Se dieron efectos secundarios en el 25,7% (12 casos) de los pacientes: 8 casos grado I-II (7 con edemas en MMII, 1 hiperglucemia) y 4 casos grado III (hepatotoxicidad), que obligó a la retirada del fármaco en 1 paciente.

PÓSTERS

Conclusiones:

Tras nuestra experiencia inicial con acetato de abiraterona, podemos decir que es un fármaco aparentemente eficaz y seguro, donde la mayoría de efectos secundarios son bien tolerados. Sin embargo se trata de una serie con seguimiento corto, por lo que para tener datos más consistentes sobre eficacia precisamos de mayor seguimiento y mayor número de pacientes.

PÓSTERS

P-14 CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES ASOCIADO A TRANSLOCACIÓN

Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés Elias; Almuster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Ortiz Rey, J. A.; Chantada de la Fuente, D.; Barros Rodríguez, Jose Manuel; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción:

El carcinoma de células renales asociado a translocación (CCRT) es un tipo infrecuente de carcinoma renal reconocido recientemente, e introducido por primera vez en la clasificación de la OMS en 2004. En la mayor parte de los mismos (alrededor del 90%) interviene el factor de transcripción E3 (TFE3) asociado a una translocación en el cromosoma Xp11.2. Existe, asimismo, otro grupo en el que es la translocación t(6; 11) la que codifica sobreexpresión de TFEB. En la nueva clasificación de la OMS de 2016 aparecerán ambos bajo la categoría diagnóstica de "Carcinoma de translocación de la familia MiTF/TFE".

Material y Métodos:

Presentamos tres casos de CCRT diagnosticados y tratados en nuestro centro tanto con nefrectomía parcial como radical. Para su estudio fue necesario el empleo de técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) y de biología molecular (FISH).

Resultados:

Los tres casos fueron diagnosticados de manera incidental en pruebas de imagen solicitadas por otra causa. El primer caso (1995, mujer de 42 años) fue tratado con nefrectomía radical dicho año y, estudiado retrospectivamente mediante IHQ, se hizo el diagnóstico de CCRT asociado a translocación Xp11.2. Al segundo caso (2014, varón 48 años) se le realizó nefrectomía parcial, diagnosticándose de un tumor híbrido, hasta ahora no descrito en la literatura, constituido por carcinoma papilar tipo 1 y CCRT asociado a translocación Xp11.2, para lo cual fue necesario el empleo de FISH debido a su dudosa tinción con IHQ. El tercer caso (2015, varón 27 años) fue intervenido con nefrectomía radical, correspondiendo éste, gracias a su estudio con FISH, a un CCRT asociado a t(6; 11). Durante una media de seguimiento de 94 meses (rango, 12-251 meses), los tres casos se presentan sin evidencia de enfermedad.

PÓSTERS

Conclusiones:

El CCRT presenta una incidencia muy baja, una sintomatología inespecífica y un difícil diagnóstico. Se trata de una neoplasia que se suele diagnosticar en niños y adultos jóvenes, y que representa menos del 1% de todos los tumores renales en adultos. Su pronóstico no está bien establecido, aunque el caso que presentamos con seguimiento largo (21 años), ha evolucionado bien tras la nefrectomía.

PÓSTERS

P-15 NEUROMODULACIÓN SACRA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Villar Vázquez, Nuria; Sánchez Merino, José María; Bohórquez Cruz, Manuel Alejandro; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo

Mostrar la experiencia de la neuromodulación de raíces sacras (InterStim™, Medtronic) en nuestro centro.

Material y Métodos

Desde el año 2002 hasta el 2016 hemos testado a 19 pacientes, de los cuales a 10 se le ha realizado implante definitivo de neuromodulador (tasa de implante 47.37%). EL criterio para la implantación definitiva fue la mejoría de los síntomas en más del 50%, evidenciado por diario miccional y cuestionarios de calidad de vida.

Resultados

El 78.95% de los pacientes eran mujeres y el 21.05% hombres. La edad media de los pacientes fue de 52 años (26-76). La principal indicación fue la disfunción miccional crónica (DMC): 8 por incontinencia urinaria de urgencia, 4 por síndrome de urgencia-frecuencia y 2 por retención crónica de orina no obstructiva. Otras indicaciones fueron cistitis intersticial (2 casos), dolor pélvico crónico (2 casos) y detrusor hiperactivo neurogénico por esclerosis múltiple (1 caso).

Todos los pacientes recibieron uno o varios tratamientos previamente (el 68.42% de los pacientes había recibido anticolinérgicos), sin mejoría.

Hasta la fecha la mayoría de los pacientes implantados de manera definitiva mantienen mejoría de los síntomas urinarios. Un paciente ha precisado de tratamientos adicionales con anticolinérgicos y mirabegrón para mantener dicha mejoría debido al mal manejo del neuromodulador por su parte. Sólo en un paciente, diagnosticado de cistitis intersticial, se produjo un fracaso del tratamiento.

La tasa de complicaciones es baja y todas ellas son de carácter menor. No hemos tenido ninguna complicación mayor que haya requerido extracción del dispositivo. Dos pacientes han sufrido dolor sacro en el área del implante que cedió con analgesia. Cinco pacientes han necesitado recambio de pila del neuromodulador (cirugía menor con anestesia local).

Conclusiones

La neuromodulación de raíces sacras es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes con DMC refractaria a tratamiento convencional. Además, en la actualidad se están abriendo puertas para el tratamiento de disfunciones miccionales de causa neurógena como la esclerosis múltiple.

PÓSTERS

P-16 TENDENCIA TEMPORAL DE CIRUGÍA RENAL

Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Analizar la evolución de la cirugía renal en nuestro hospital, en relación principalmente a las características tumorales y técnica quirúrgica

Material y Métodos:

Pacientes (n=272) tratados mediante nefrectomía por tumores renales entre 2005 y 2015, divididos por grupos según el año de intervención. Realizamos un análisis descriptivo de los cambios a lo largo de los últimos 10 años en el tratamiento quirúrgico de los tumores renales.

Resultados:

La media de edad de los pacientes operados aumentó en 7 años desde el 2005. El número de nefrectomías en hombres por año fue superior a las intervenciones en mujeres. En el 2015, el tiempo medio de hospitalización fue el más bajo de todo el periodo. El porcentaje de nefrectomías parciales pasó del 0% en 2005 al 52,6% en 2015. Sólo en 2012 y 2013 el porcentaje de tumores menores de 4 cm intervenidos fue mayor que los tumores mayores de 4 cm. El porcentaje de cirugías parciales supera al de nefrectomías radicales a partir del año 2011. Desde 2010, más del 70% de las intervenciones se realizan por abordaje laparoscópico. Desde 2010, más del 62% de los tumores mayores de 4 cm se operan por vía laparoscópica. En 2014 el 41,2% de los tumores mayores de 4 cm se trataron mediante cirugía parcial. A partir de 2011 se realizaron nefrectomías parciales en tumores mayores de 7 cm. El porcentaje de muertes cáncer relacionadas varía levemente durante el tiempo de seguimiento.

Conclusiones:

El creciente tratamiento de tumores renales mayores de 4 cm mediante nefrectomía parcial, no parece influir en la supervivencia cáncer relacionada.

PÓSTERS

P-17 TEST ACETOBLANCO EN INFECCIONES POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO GENITAL EN HOMBRES

Pérez Schoch, Miguel; López Díez, Elena; Carballo Quintá, Manuel; Almuster Domínguez, Sheila; Iñarrea, A.; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés Elias; Tortolero Blanco, Leonardo; Castro Iglesias, Maximino; Ojea Calvo, Antonio.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

Objetivo:

La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Los genotipos oncogénicos del HPV (HR-HPV) están fuertemente asociados con carcinoma cervical, anal y orofaríngeo; y asimismo con displasias de alto grado en pene, cérvix y vulva. Las infecciones anogenitales del HPV se clasifican en asintomáticas (latentes), clínicas o subclínicas. La mayoría de éstas infecciones son asintomáticas y sólo detectables con tests que identifiquen el DNA del virus. Las lesiones subclínicas, incluyendo las del tipo HR-HPV, son detectadas en la práctica clínica tras la aplicación de solución de ácido acético, un procedimiento conocido como test acetoblanco. Diferentes estudios han documentado que del 50% al 70% de las parejas masculinas de mujeres con infecciones por HPV, con neoplasia de cérvix o con ambas, presentan también infección subclínica/latente por HPV. El manejo clínico de éstas parejas masculinas, sin la presencia de lesiones visibles en pene, escroto o uretra es todavía desconocido, y la recomendación del uso del test acetoblanco para detectar áreas con infección subclínica puede dar como resultado falsos positivos. El objetivo del presente estudio consiste en evaluar la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo del test acetoblanco en la detección de infección subclínica por HR-HPV en parejas masculinas de mujeres afectadas por HPV y por lesiones de cérvix intraepiteliales de alto grado, comparándolo con el test de DNA del HPV.

PÓSTERS

Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal prospectivo, reclutando 97 hombres sanos, parejas de mujeres con lesiones cervicales de alto grado (CIN2 y CIN3-CIS). El protocolo del estudio (cod2013/470) recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. Además se obtuvo el consentimiento informado firmado por parte de todos los pacientes (pareja masculina y femenina). El test acetoblanco se realizó con solución de ácido acético al 5%, visualizando el epitelio con un colposcopio de 4 y 7 aumentos. Las lesiones acetoblanco fueron divididas en típicas (epitelio sobre-elevado, bien delimitado con patrón capilar puntiforme) y no-típicas. Tras esto se obtuvieron distintas zonas de mucosa de pene de los sujetos para el test de DNA del HPV.

Resultados:

Todas las muestras evaluadas fueron positivas para beta globina humana. El test de DNA de HR-HPV fue positivo en el 48.5% (47/97) y negativo en el 51.5% (50/97). El test acetoblanco detectó el 29.9% (29/97) de positivos. La correlación entre ambos tests mostró que el 70.2% (33/47) de los hombres infectados habían sido negativos en el test acetoblanco. De otra manera, el 30% de los no infectados (15/50) y de los infectados (14/47) presentaron lesiones subclínicas que se comportaron como áreas acetoblanco. Finalmente decir que para la identificación de infección por HR-HPV, el test acetoblanco presentó una sensibilidad del 29.8% (IC 95% 15.6-43.9), una especificidad del 70.0% (IC 95% 56.3-83.7), un valor predictivo positivo del 48.3% (IC 95% 28.4-68.2) y un valor predictivo negativo del 51.5% (IC 95% 38.9-64.1).

Conclusiones:

De acuerdo a nuestra experiencia, la sensibilidad y la especificidad del test acetoblanco detectando zonas de infección subclínica por HR-HPV es baja. Comparado con el test de DNA del HPV, el test acetoblanco es un indicador no específico de infección por HPV. De esta manera creemos que el seguimiento clínico consiste en la mejor opción para diagnosticar lesiones preneoplásicas en hombres.

PÓSTERS

P-18 SUBCLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CARCINOMA DE VEJIGA NO MUSCULO INFLTRANTE PT1.

Castro Iglesias M. ⁽¹⁾, San Miguel Fraile P. ⁽²⁾, Ortiz Rey J. A. ⁽²⁾, Gándara Cortes M. ⁽²⁾, Gómez de María C. ⁽³⁾, Chantada D. ⁽²⁾, Lopez Diez E. ⁽¹⁾, Montero R. ⁽¹⁾, Perez Sosch M. ⁽¹⁾, Ojea Calvo A. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

⁽²⁾ Anatomía-patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

⁽³⁾ Anatomía-Patológica. Hospital Povisa de Vigo.

Introducción

El carcinoma urotelial en estadio PT1 constituye un grupo heterogéneo de tumores con diferente riesgo de progresión. Recientemente se ha propuesto una clasificación molecular que dividiría a estos tumores en dos categorías con pronóstico diferente: basal y luminal. El objetivo del presente estudio ha sido la aplicación de marcadores inmunohistoquímicos en pacientes diagnosticados de carcinoma de vejiga estadio Pt1 de alto grado para categorizarlos dentro de los dos subtipos de la reciente clasificación.

Material y Métodos:

Estudio de cohorte retrospectivo de 45 pacientes con diagnóstico primario de carcinoma de vejiga estadio PT1 de alto grado. Se realizó técnicas de inmunohistoquímica para CK5, CD44, CK20, P53 y HER2 en cortes de parafina de cuatro matices tisulares compuestas de 85 cilindros tumorales considerados válidos para el estudio 45 pacientes. Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables categóricas en frecuencia y porcentaje.

Resultados:

64.4% (29/45) de los tumores fueron categorizados como subtipo luminal (CK5-, CD44-, CK20+) y 6.7% (3/45) como subtipo basal (CK5+, CD44+, CK20-). 28.9% (13/45) no se consideraron clasificable por exceso o ausencia de sobreexpresión. P53 fue positivo en 62.1% (18/29) del subgrupo luminal y 33%(1/3) del subgrupo basal. Her2 fue positivo en 34.5%(10/29) del subgrupo luminal y 66.6% (2/3) del subgrupo basal.

Conclusiones:

Las técnicas inmunohistoquímicas permiten la subclasificación de los tumores vesicales PT1 en basal y luminal en la mayoría de los casos estudiados pudiendo constituir en el futuro una herramienta importante para la estratificación de riesgo en este grupo tumoral en el momento de su diagnóstico.

Conflicto de Interés: Estudio financiado con la Beca de Investigación 2015 Rafael Molla de la Asociación Española de Urología.

PÓSTERS

P-19 ERMANNO MINGAZZINI, EL URÓLOGO ITALIANO DE VALLE-INCLÁN (ROMA, 1934)

Fariña-Pérez, Luis Ángel.

Servicio de Urología - Hospital Povisa, Vigo; Oficina de Historia, AEU.

Introducción:

Se conoce la historia de la enfermedad de Valle-Inclán, un tumor vesical recidivante, tratado en Madrid y en Santiago de Compostela y que finalmente le condujo a la muerte en enero de 1936. Un momento de su historia clínica del que se tiene poca información ocurrió durante su estancia en Roma en 1934, tras ser elegido director de la Academia Española de Bellas Artes. La publicación reciente de algunas cartas ha permitido identificar al profesor Ermanno Mingazzini como el urólogo italiano que le atendió en Roma.

Material y Método:

Estudio biográfico y bibliográfico de Ermanno Mingazzini, cuya influencia abarca 30 años de la historia de la urología italiana del siglo XX. Indagación sobre la atención que pudo dispensar a Valle-Inclán en Roma en el año 1934.

Resultados:

Ermanno Mingazzini nació en Roma en 1893, estudia medicina y en 1920 comenzó a centrarse en la Urología, una rama de la cirugía que entonces estaba adquiriendo independencia. Presenta estudios en los primeros congresos de la Società Italiana di Urologia, reconstituída en 1921, siendo uno de los refundadores y secretario. Desde 1926 enseña Urología y progresa en la carrera docente y clínica en varios hospitales. En 1949 es el urólogo principal del Policlínico Umberto I, donde crea un departamento bien dotado. Su estudio de la incidencia de cáncer de próstata en las adenomectomías, de 1935, fue referenciado en las publicaciones anglosajonas, y su "Urología práctica" (Roma, 1934) fue un libro de texto conocido.

Valle-Inclán le consultó por recomendación del Dr. Salvador Pascual, su urólogo de Madrid. Las cartas de la época muestran la existencia de una consulta en Roma, pero contrariamente a lo que se creía, no hay datos ni una relación temporal que hagan suponer que hubiera sido operado allí.

Discusión:

Mingazzini, que atendió a Valle-Inclán en 1934, fue un urólogo prestigioso y buen publicista. Su posición como profesor de Urología le daba una influencia que se mantuvo muchos años: en los años 50 se relacionó con A. Puigvert y S. Gil-Vernet. Fue presidente de la SIU (1952-1954). Operó a mandatarios del Vaticano y atendió al papa Pío XII en sus últimos días en 1958, posiblemente para hacer un sondaje vesical. Mingazzini murió en 1965 Roma, a los 71 años.



C-1 EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA RENAL

Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Pereira Beceiro, Javier; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivos

Analizar diferencias en las cirugías renales por tumores desde el año 2005.

Material y Métodos

Pacientes (n=272) tratados mediante nefrectomía por tumores renales entre 2005 y 2015, divididos por orden cronológico en 2 grupos de 91 pacientes y 1 grupo de 90. Las variables cuantitativas se expresaron como media±desviación típica y las cualitativas como valor absoluto (%), con 95%IC. Análisis prospectivo descriptivo y comparativo, utilizando la prueba de Kruskal-Wallis para variables cuantitativas y Ji-cuadrado para variables cualitativas. Análisis de supervivencia global (SG) y cáncer relacionada (SCR) según los distintos grupos mediante metodología Kaplan-Meier y análisis multivariado de regresión de Cox.

Resultados

Existen diferencias significativas entre los distintos grupos en el tiempo de isquemia de las nefrectomías parciales (grupo 1:10.22±13.75(0.00-45.00); grupo 2:22.50±9.52(0.00-35.00); grupo 3:16.32±10.79(0.00-45.00);($\chi^2(2)=8.453$, $p=0.015$)), días de hospitalización (grupo 1:9.84±8.34(1-60); grupo 2:8.44±6.04(2-35); grupo 3:7.42±4.39(2-31);($\chi^2(2)=16.97$, $p<0.001$)), tiempo de seguimiento (grupo 1:79.00±33.95 (0.69 - 131.90); grupo 2:46.98±19.48(1.02-77.90); grupo 3:15.91±10.37(0.75-36.23);($\chi^2(2)=144.57$, $p=0.001$)), creatinina preoperatoria (grupo 1:1.17±0.36(0.6-2.28); grupo 2:1.16±0.51(0.55-5.28); grupo 3:1.14±1.01(0.52-8.94);($\chi^2(2)=16.533$, $p<0.001$)), creatinina postoperatoria (grupo 1:1.55±0.53(0.6-3.85); grupo 2:1.55±1.19(0.6-9.25); grupo 3:1.54±1.63(0.58-10.93);($\chi^2(2)=19.577$, $p<0.001$)), márgenes positivos (grupo 1:1.1%, grupo 2:1.1% y grupo 3:7.1% (coeficiente de contingencia =0.224, $p=0.001$);(kappa = -0.011; $p=0.059$)), abordaje laparoscópico (grupo 1:27.6%, grupo 2:76.9%, grupo 3:96.7% (coeficiente de contingencia 0.526; $p<0.0001$);(kappa =-0.170; $p<0.0001$)), cirugías parciales (grupo 1:13.2%; grupo 2:35.2%; grupo 3:47.8% (coeficiente de contingencia=0.293; $p<0.001$);(kappa=0.070; $p<0.001$)), cirugías parciales con clampaje (grupo 1:40.9%; grupo 2:94.7%; grupo 3:83.3% (coeficiente de contingencia 0.456; $p<0.001$);(kappa -0.141; $p<0.001$)), y muertes globales (grupo 1:37.4%; grupo 2:30.8%; grupo 3:12.4% (coeficiente de contingencia 0.231; $p<0.001$);(kappa=0.038; $p<0.001$)).

COMUNICACIONES ORALES

La SG fue 62.6%, 69.2% y 87.6% en los grupos 1, 2 y 3 respectivamente.

La SCR en los grupos 1, 2 y 3 fue 81.6%, 84.6% y 93.2% respectivamente.

En el estudio de supervivencia mediante Kaplan-Meier no observamos diferencias significativas entre los grupos en SG (Log Rank=1,878;p=0,391) ni en SCR (Log Rank=0,428;p=0,807).

En el análisis de Cox multivariado ajustado por grupo, edad, sexo, tamaño tumoral y cT, observamos que el grupo no se relaciona de forma independiente con muerte global ni con muerte cáncer-relacionada.

Conclusiones

Desde 2005 se produjeron cambios significativos en la cirugía renal en el abordaje, cirugías parciales, tiempo de isquemia y hospitalización.

COMUNICACIONES ORALES

C-2 CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA PURAMENTE LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

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

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

El tratamiento de elección de los tumores de vejiga musculo-infiltrante sigue siendo hoy en día la cistectomía radical con derivación urinaria, sin embargo el desarrollo y adquisición de destrezas en laparoscopia ha conseguido depurar el procedimiento y perfeccionar cada día mas la técnica con muy buenos resultados tanto oncológicos como funcionales para los pacientes.

Objetivo

Analizar los resultados preliminares de nuestra serie de cistectomías radicales con derivación urinaria laparoscópica (CRL).

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de 25 pacientes sometidos a CRL, realizándose una abordaje integral laparoscópico, durante el período comprendido entre Junio de 2014 y agosto de 2015. La distribución por sexo fue de 76% (19) varones y el 24% (6) mujeres. La edad media fue de 63 años. 18 pacientes (72%) se les realizó ureteroileostomía tipo Bricker y 7 neovejiga ileal ortotópica (28%). La indicación del CR fue por causas oncológicas (CVMI o pT1 Alto Grado con Cis asociado) en 21 pacientes; los otros 4 la indicación fue por patología inflamatoria.

Resultados

La mediana de tiempo quirúrgico completo fue de 290 minutos y la pérdida media de sangre de 300ml. En ningún caso se realizó reconversión a cirugía abierta. La mediana de estancia hospitalaria fue de 8 días. La anastomosis intestinal se restableció de forma manual en 13 pacientes, utilizando endoghias mecánicas para reconstrucción en 12 pacientes. En cuanto al estadio patológico el 25% fueron pT2a, pT2b 25%, pT3a 20,5%, pT3b 7%, pT4a 9,5%, pT1 4% y pT0 el 9%. Sólo 2 pacientes presentaron complicaciones superiores grado III en la escala Clavien-Dindo.



COMUNICACIONES ORALES

Conclusiones

La CRL con derivación urinaria laparoscópica es una técnica factible y fiable en centros con experiencia laparoscópica, ya que implica un elevado grado de dificultad técnica. En nuestra serie, los resultados obtenidos son comparables en términos oncológicos a la cirugía abierta, reduciendo aún más la morbilidad, mejorando la recuperación temprana, la reanudación de las actividades normales, obteniendo una excelente estética y una mayor calidad de vida. Además, la pérdida de sangre leve y la minimización de pérdida de electrolitos reducen considerablemente el estrés sistémico y facilitan la recuperación del tránsito intestinal.

COMUNICACIONES ORALES

C-3 SOBREEXPRESIÓN DE HER2 EN EL CARCINOMA DE VEJIGA NO MÚSCULO INFILTRANTE DE ALTO GRADO. RESULTADOS PRELIMINARES

López Diez, E. ⁽¹⁾, Castro Iglesias, M. ⁽¹⁾, Ortiz rey, J. A. ⁽²⁾, San Miguel Fraile, P. ⁽²⁾, Gándara Cortes, M. ⁽²⁾, Gómez de María, C. ⁽³⁾, Rodriguez Socarrás, M. ⁽¹⁾, Almuster, S. ⁽¹⁾, Ojea Calvo, A.

⁽¹⁾ Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

⁽²⁾ Servicio de Anatomía-patológica del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

⁽³⁾ Servicio de Anatomía-Patológica. Hospital Povisa de Vigo

Introducción

La sobreexpresión de la proteína Her2 constituye un factor pronóstico y una diana terapéutica en el cáncer de mama y estómago. Múltiples estudios han empleado técnicas de inmunohistoquímica para detectar sobreexpresión de Her2 en el carcinoma músculo invasivo de vejiga(CMI)obteniendo grandes rasgos de expresión positiva. Por el contrario, pocos estudios han examinado el estatus Her2 en carcinoma no músculo invasivo(CNMI). El objetivo del presente estudio es la evaluación del estatus Her2 en el CNMI de vejiga de alto grado y su relación con otros marcadores moleculares asociados a peor pronóstico: P53 y Ki67.

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo de 56 pacientes con diagnóstico primario de CNMI de alto grado de vejiga. Con objeto de unificar criterios cada preparación fue reevaluada y consensuada por dos uropatólogos expertos, de acuerdo con la clasificación 2004 WHO/ISUP desechándose 11 casos por considerarlos no concluyentes de PT1. Se realizó técnica de inmunohistoquímica para Her2 en cortes de parafina de cuatro matices tisulares compuestas de 85 cilindros tumorales considerados válidos para el estudio 45 pacientes. Se solicitó el consentimiento informado para participar en el estudio a todos los pacientes con seguimiento clínico. Se solicitó aprobación del ensayo al CEIC de Galicia Código 2015/072. La tinción se valoró de acuerdo con las guías del CAP (Colegio Americano de Patólogos), puntuándose como negativo (0 o 1+), equívoco (2+) o positivo (3+). También se determinó p53 y Ki67, considerando positivo p53 >10% y Ki67>20%. Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables categóricas en frecuencia y porcentaje, comparando asociación mediante test de Fischer.

COMUNICACIONES ORALES

Resultados

40 % (18/45) de los pacientes presentaban un estatus de sobreexpresión de Her2 positivo (+3), 57.8% (26/45) de sobreexpresión de P53 y 80% de sobreexpresión de KI67. El 24.4% de los tumores estudiados presentaban los tres marcadores moleculares asociados. En el estudio bivariante considerando status Her2 como variable dependiente no se encontró significación estadística entre Her2 con P53 ($p=0.239$) o KI67 ($p=0.198$).

Conclusiones

Un porcentaje elevado de los CNMI de vejiga presentan sobreexpresión de Her2, Nuestros resultados son similares a estudios recientes, pudiendo constituir una herramienta interesante en el pronóstico del paciente. Hay una alta concordancia entre el estatus Her2 y los marcadores P53 y KI67. Se necesitan más investigaciones y ensayos clínicos para estandarizar criterios diagnósticos y la posibilidad de utilización de la sobreexpresión Her como diana terapéutica.

Conflicto de Interés: Estudio financiado con la Beca de Investigación 2015 de la Sociedad Gallega de Urología

COMUNICACIONES ORALES

C-4 EXPERIENCIA INICIAL EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

López García, Daniel; Ruibal Moldes, Manuel; Álvarez Castelo, Luis M.; Duarte Novo, José E.

Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña

Objetivos

A mediados del año 2014 se incorpora a la Unidad de Urología del Hospital San Rafael un robot da Vinci XI, que comienza a emplearse en la clínica en diciembre de ese año. El propósito del presente trabajo es comunicar la experiencia inicial en cirugía laparoscópica urológica asistida por robot, fundamentalmente prostatectomía radical, aunque también cistectomía radical, y analizar los resultados oncológicos y funcionales de los pacientes sometidos prostatectomía radical.

Material y Métodos

Entre diciembre de 2014 y mayo de 2016 se intervienen de carcinoma de próstata mediante prostatectomía radical robótica 69 pacientes. La edad media fue de 62 años, 80% diagnosticados mediante BPE, 15% mediante biopsia fusión y un 5% operados sin biopsia previa. El estadio clínico más frecuente fue cT2a y 75% fueron casos de riesgo bajo o intermedio.

Resultados

La estancia postoperatoria fue de 2,8 días, la tasa de transfusión de un 2% y no hubo complicaciones postoperatorias relevantes. El estadio más frecuente fue pT2c, con un 48% de los casos y se observó un infraestadiaje con respecto a la BPE de un 51% (40% en estadio, 32% en Gleason y 21% en ambos); el infraestadiaje con biopsia fusión fue 0%. EL 91% de los pacientes se mantiene con PSA <0,2, el 93% con continencia definida como no necesidad de absorbentes, la mayor parte de ellos de manera precoz, y 85% de los pacientes con cierto grado de potencia sexual (61% suficiente para la penetración vaginal con o sin medicación, el 24% insuficiente y el 15% sin erección, con clara relación entre menor edad y mejor resultado).

Conclusiones

Los resultados de la experiencia inicial son prometedores, y parecen confirmar la tendencia a disminuir las secuelas de la cirugía del cáncer de próstata manteniendo los resultados oncológicos gracias a la mayor experiencia y a la incorporación de la mejor tecnología posible aplicada a la cirugía urológica.

COMUNICACIONES ORALES

C-5 V.I.G.O. SCORE DE IMPACTACIÓN EN LOS CÁLCULOS DE URÉTER TRATADOS ENDOSCÓPICAMENTE: UNA GRADACIÓN CON INTERÉS PRONÓSTICO.

Fariña, L.A. ⁽¹⁾, Barrio, M. ⁽¹⁾, Castro, A.M. ⁽²⁾, López-García, S. ⁽²⁾, Regojo, J.M. ⁽¹⁾, Pesqueira, D. ⁽¹⁾, Meijide, F. ⁽¹⁾, Quintana, J.L. ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Servicio de Urología del Hospital Povisa de Vigo

⁽²⁾ Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción

No existe una definición aceptada de qué es un cálculo ureteral impactado, un cálculo difícil de tratar, que puede necesitar una o varias intervenciones complejas, puede generar complicaciones tardías de la vía urinaria y causar daño funcional renal grave. Las definiciones basadas en el tiempo de permanencia en la misma posición anátomo-radiológica, o la imposibilidad de identificar medio de contraste por debajo del cálculo en los estudios de imagen, carecen de relación segura con la impactación y la obstrucción crónica. Definimos la impactación de un cálculo ureteral sumando 4 datos radiológicos y endoscópicos pre e intraoperatorios relacionados con la obstrucción e inflamación en la pared ureteral: obstrucción en la Video-ureteropielografía retrógrada, Inflamación endoscópica de la mucosa del uréter, dificultades al paso de una Guía de seguridad, y Obstrucción en los estudios preoperatorios. Se asigna una puntuación de gravedad a cada uno de los 4 apartados, que genera una puntuación o escala de impactación de 0 a 10, de menor a mayor gravedad (V.I.G.O. score).

Material y Método

Se relacionó de manera retrospectiva y prospectiva en pacientes con cálculo supuestamente impactado, con la localización del cálculo en tres posiciones anatómicas (uréter proximal, uréter lumbar y uréter pelviano), las dificultades intraoperatorias y las complicaciones postoperatorias, examinando su reproducibilidad por diferentes observadores y su valor pronóstico.

V.I.G.O. score, definiciones:

	0	1	2	3
Video uretero- pielografía	No obstrucción, cálculo móvil	Obstrucción leve o moderada	Obstrucción grave	
Inflamación endoscópica	No	Leve, no hay pseudopólipos o edema	Moderada < de 50% de la luz ureteral	Grave > de 50% de la luz ureteral ,o bucles ureterales
Guía retrógrada	Paso fácil	Necesita maniobras con guía o catéter	Necesita URS o es imposible	
Obstrucción en estudios preop	No	Leve	Moderada	Grave

COMUNICACIONES ORALES

Resultados

Una mayor impactación viene definida por: 1. En la ureteropielografía retrógrada intra-operatoria, la dificultad o imposibilidad de ver paso del medio de contraste por encima del cálculo; 2. La dificultad o imposibilidad de sobrepasar el cálculo con una guía clínica de seguridad, estándar o hidrofílica; 3. Un mayor grado de inflamación de la mucosa ureteral, visible como hipertrofia de la mucosa y con formación de pseudopólipos alrededor del cálculo, o la existencia de un bucle ureteral que impide el acceso; y 4. Una mayor obstrucción en los estudios preoperatorios. Se identifican tres grupos de riesgo de menor a mayor gravedad: V.I.G.O. score ≤ 6 , score 7-8 y score 9-10, que se relacionan con el tiempo operatorio, el riesgo de litiasis ureteral residual o migrada y las complicaciones postoperatorias.

Conclusiones

La puntuación o score V.I.G.O. de impactación de un cálculo ureteral tratado endoscópicamente permite hacer una gradación de la intensidad y repercusión sobre el tramo urinario de la impactación, de forma reproducible y con interés pronóstico.

COMUNICACIONES ORALES

C-6 NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA Y EXPOSICIÓN A RADIACIONES IONIZANTES: LECCIONES APRENDIDAS TRAS 270 CASOS

Pérez-Fentes, Daniel¹; Fernández Baltar, Carlos¹; Guiu Souto, Jacobo²; Otero Martínez, Carlos²; Gude Sampedro, Francisco³; Sánchez García, Juan Francisco¹; Pombar Cameán, Miguel²; García Freire, Camilo¹

¹Unidad de Endourología y Litiasis, Servicio de Urología.

²Servicio de Protección Radiológica.

³Unidad de Epidemiología Clínica.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo

Determinar los factores asociados con la exposición intraoperatoria a radiaciones ionizantes de los pacientes tratados mediante nefrolitotomía percutánea (NLP).

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de todos los casos litíasicos consecutivos (n=270) tratados mediante NLP en el periodo 2008-2015. Toda la serie fue intervenida por los mismos cirujanos, sin variaciones en la técnica durante el periodo de estudio. Se excluyeron accesos múltiples y miniaturizados. Para evaluar la exposición a radiaciones ionizantes se empleó el producto dosis-área (PDÁ). Como potenciales factores asociados se analizaron: índice de masa corporal (IMC), superficie litíásica, localización (única vs. múltiple o coraliforme), y complejidad (simple, compleja, extremadamente compleja) de la litiasis, método de dilatación empleado, realización de cirugía endoscópica intrarrenal combinada (ECIRS) y el drenaje final (con/sin nefrostomía). Asimismo y para evaluar la curva de aprendizaje en los modelos se ha introducido el año de la intervención. Análisis de los datos: se han construido modelos aditivos generalizados de regresión distribucional, utilizando para ello el paquete "gamlss", disponible en la web cran.org.

Resultados:

Se han encontrado niveles significativamente superiores de exposición a radiaciones ionizantes en los pacientes con mayor IMC (p=0,014), en los casos extremadamente complejos (p=0,037), en los que se les realizó ECIRS (p<0,001), y en los que se les dejó nefrostomía como drenaje (p=0,023). Los niveles de exposición disminuyeron significativamente a lo largo de los años (p<0,001), mostrando una distribución más acusada en los 3 primeros años del programa. No se ha encontrado asociación de la exposición con la superficie litíásica, su localización ni con el método de dilatación empleado.

COMUNICACIONES ORALES

Conclusiones:

La experiencia o curva de aprendizaje de los cirujanos es el principal factor asociado a la exposición a radiaciones ionizantes en NLP, seguido del IMC del paciente, la instrumentación retrógrada sincrónica con ureteroscopia flexible, la complejidad del caso y el empleo de nefrostomía percutánea como drenaje. Conviene tener en cuenta estas asociaciones a la hora de realizar NLP, minimizar en lo posible el empleo de fluoroscopia, así como cumplir con la legislación vigente en materia de protección radiológica. La monitorización de la exposición de los pacientes en los procedimientos endourológicos es un buen indicador de la calidad de la técnica.

COMUNICACIONES ORALES

C-7 INFECCIÓN DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN PAREJAS VARONES DE MUJERES DIAGNOSTICADAS DE LESIONES CERVICALES DE ALTO GRADO Y CONCORDANCIA EN SUS PAREJAS

Almuster Domínguez, Sheila; López Díez, Elena; Carballo Quintá, Manuel; Pérez, S.; Iñarrea, A.; Tortolero Blanco, Leonardo; Rodríguez Socarrás, Moisés Elias; Montero Fabuena, Rubén; Pérez Schoch, Miguel; Castro Iglesias, Ángel Maximo; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción y objetivos

La infección por virus del papiloma humano (VPH) se transmite principalmente por vía sexual y la tasa esperada de transmisión entre parejas es de alrededor del 60%. Existe una relación causal bien establecida entre la infección del VPH de alto riesgo y lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de alto grado (CIN II+). Sin embargo, las características de la infección del VPH en varones, parejas sexuales de mujeres que presentan lesiones CIN II+, ha sido pobremente analizada. El objetivo de este estudio es investigar la prevalencia de la infección genital por VPH de alto riesgo y las características epidemiológicas en hombres asintomáticos, parejas sexuales de mujeres diagnosticadas de lesiones cervicales de alto grado. Además, se ha investigado la concordancia entre parejas sexuales del estado de infección por VPH de alto riesgo.

Material y Métodos

Se realizó un estudio prospectivo transversal desde Enero de 2013 a Junio de 2014. Se reclutaron 69 varones asintomáticos parejas de mujeres que habían presentado lesiones tipo CIN II+ en los seis meses previos. El protocolo del estudio (cod 2013/470) recibió la aprobación del comité de ética de investigación clínica de Galicia (España). Se realizaron tres citologías mediante raspado de los genitales recogiendo las células exfoliadas y realizando un análisis mediante PCR para identificar portadores de VPH. Las características de los hombres están descritas en general, estratificadas por infección de VPH, usando los test de chi cuadrado y test exacto de Fisher. La asociación entre factores de riesgo (parejas sexuales en el año anterior al estudio, parejas sexuales en el momento del estudio, edad de la primera relación sexual e infecciones de VPH en hombres) fue evaluada usando el test t-Student. El análisis multivariante fue evaluado usando la regresión logística.

COMUNICACIONES ORALES

Resultados

La prevalencia de la infección de alto riesgo por VPH en hombres fue de 44,9% (31/69). VPH 16 fue el fenotipo detectado con más frecuencia en el 54,8% (17/31) de los hombres infectados. Infecciones múltiples de VPH de alto grado se presentaron en el 31,9% (22/31). Se observó una concordancia de al menos un genotipo viral de alto riesgo en el 61,3% de los casos (19/31) de las parejas infectadas. Entre parejas concordantes, la infección de VPH 16, se presentó en el 84,2% de los casos (16/19). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de la infección en varones y el número de parejas sexuales en el momento del examen ($p=0,124$) y en el año anterior al examen ($p=0,067$). Si se encontró significación estadística en edad joven en su primer encuentro sexual ($p=0,048$). En el análisis multivariante no se detectaron factores independientes asociados con la infección del VPH ($p=0,092$).

Conclusiones

La infección por VPH de alto grado es prevalente en casi la mitad de las parejas varones en este estudio; con una alta concordancia con al menos un genotipo viral de alto grado en la pareja. Estos datos, sumados a lo publicado en la literatura, muestran que existe una pequeña concordancia entre la alta prevalencia de infección por VPH de alto riesgo en hombres con la infección del VPH de alto riesgo y mujeres portadoras de CIN II+ de alto grado. Son necesarios estudios adicionales centrados en la relación entre varones infectados por VPH y reinfección por VPH y recidiva de CIN en sus parejas para contribuir a la introducción de estrategias de prevención como el seguimiento o vacunación en varones.

COMUNICACIONES ORALES

C-8 VIGILANCIA ACTIVA EN CANCER DE PRÓSTATA: ANALISIS DESCRIPTIVO Y ONCOLÓGICO DE NUESTRA SERIE.

Bohórquez Cruz, Manuel; Martínez Breijo, Sara; Aller Rodríguez, Marcos; Pertega, Sonia; Caramés Masana, Francisco; Lamas Díaz, Leticia; López García, Daniel; Ponce Díaz-Reixa, José; Rodríguez Gómez, Ignacio; Vázquez Martul, Darío; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

La vigilancia activa nace como opción terapéutica para evitar el sobretratamiento en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo. La principal reticencia a su uso es el impacto sobre la supervivencia cáncer específica de esta modalidad.

Material y Métodos

Estudio de 72 pacientes diagnosticados de CaP mediante biopsia transrectal entre Agosto de 2010 y Diciembre de 2015. Nos adherimos al protocolo PRIAS de VA con criterios de inclusión cT1C/T2, PSA 10 ng/ml, PSA densidad (PSA-D) <0.2 ng/ml, 1/2 cilindros positivos, y Gleason 6.

El seguimiento fue control PSA cada 3 meses los dos primeros años y cada 6 meses a partir del año 2. Biopsia de control realizada al primer año o si PSA doble time menor de 10 años.

Los criterios para tratamiento activo fueron Gleason > 6, >3 cilindros positivos o decisión propia.

Empleamos el método de Kaplan Meier y el test Chi cuadrado para análisis de supervivencia y factores de riesgo con SPSS.

Resultados

Variables clínicas	Edad	PSA	PSA-D	Volumen prostático	Charlson
Media al diagnóstico	70	4.90 ng/ml	0.12	48,5	3,3

86.1% cumplían criterios PRIAS, 13.9% de forma no estricta.

72,9%: 1 cilindro.
25.0%: 2 cilindros.
1.4%: 3 cilindros
Gleason 6 en el 100%

COMUNICACIONES ORALES

Tiempo medio hasta biopsia de reevaluación fue 12,5 meses. Seguimiento medio 35 meses. Mediana hasta tratamiento de 18 meses. 30 pacientes presentaron progresión patológica, 2 progresión por PSA y 9 tratados por decisión propia. Supervivencia libre de tratamiento a 36 meses de 49%.

CAUSA TRATAMIENTO				
	Progresión patológica	Progresión PSA	Decisión paciente	No tratados
Vivo y tratamiento	70,6%	5,9%	23,5%	0%
Vivo y Vigilancia	16,7%	0%	2,8%	80,6%
Éxitus	0%	0%	0%	2,78%

El tratamiento mas frecuente fue la prostatectomía radical. Un paciente presentó progresión bioquímica tras tratamiento. Identificamos como factores con significación estadística sobre supervivencia libre de tratamiento la edad y el PSA doubling time. La supervivencia cáncer específica es de 96,2% a 36 meses y la supervivencia libre de tratamiento 62,3% a 24 meses.

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que los pacientes en vigilancia activa no presentan detrimento en los resultados oncológicos aunque es preciso confirmarlo en estudios ulteriores

COMUNICACIONES ORALES

C-9 RESULTADOS FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA GLEASON 6 EN LA ERA DE LA VIGILANCIA ACTIVA.

León Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoane, Teresa; Abeijon Piñeiro, Carla; Bonelli Martin, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo

Presentar los resultados funcionales y oncológicos de los pacientes con cáncer de próstata (CaP) Gleason 6 tratados con prostatectomía radical (PR) entre los años 2008 y 2010. Identificar factores asociados a los resultados funcionales y oncológicos.

Pacientes y Metodo

Pacientes (n=115) diagnosticados con CaP Gleason 6 por biopsia tratados con PR entre los años 2008-2010. Análisis estadístico: análisis descriptivo de todas las variables, análisis univariado con variables preoperatorias y postoperatorias para determinar variables asociadas a recidiva bioquímica (RB), continencia y disfunción eréctil (DE).

Resultados

La media de edad fue $64,88 \pm 6,08$ (Rango intercuartil RI60-70). El seguimiento medio fue $74,69 \pm 18,98$ meses (RI69-87). El PSA medio fue $7,89 \pm 4,12$ ng/ml (2,43-32,5), y el volumen prostático medio de $47,07 \pm 24,11$ cc (RI30-55,5). Se observó supragradación de pieza quirúrgica en 36(32,14%) pacientes. El estadio patológico más frecuente fue pT2c (42,61%), seguido de pT2a (28%) y pT3 (20%). El margen quirúrgico fue positivo en 34(29,6%) casos. La RB se presentó en 34(29,6%) pacientes. El tiempo medio hasta la RB fue $29,88 \pm 23,33$ meses (RI7-47). 94(81,74%) pacientes son continentes, mientras que 21 (18,26%) presenta incontinencia, siendo leve (1 absorbente/día) en 16(13,91%) pacientes. El tiempo medio hasta la continencia fue $9,67 \pm 10,10$ meses (RI2-14). 9(7,8%) pacientes necesitaron algún tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria o retención urinaria. La función eréctil esta conservada en 40(34,78%) pacientes, y se obtiene una buena respuesta con tratamiento en 36(31,3%) pacientes. 39(33,91%) pacientes presentan disfunción eréctil que no responde o rechaza el tratamiento. La supervivencia Global (SG) a los 24 y 60 meses fue: 97,3% y 90,1% respectivamente. La supervivencia cáncer relacionada (SCR) a los 24 y 60 meses fue 100%. Las variables asociadas con RB fueron margen positivo, estadio patológico mayor pT2C. La variable asociada favorablemente con la función eréctil y continencia fue el estadio patológico pT2a/pT2b, mientras que más de 5 cilindros positivos en la biopsia se asocia con incontinencia.

COMUNICACIONES ORALES

Conclusiones

El balance riesgos/beneficios de los pacientes con CaP Gleason 6 tratados con PR nos muestra que a los 5 años de seguimiento: 29,6% presentan RB, 33,91% disfunción eréctil, 81,74% son continentes y 7,8% pacientes necesitaran algún tratamiento quirúrgico por incontinencia/retención urinaria. La SG a los 5 años es 90,1%.

COMUNICACIONES ORALES

C-10 FACTORES PREOPERATORIOS PREDICTIVOS DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA BIOQUÍMICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO TRATADO MEDIANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.

Rey Rey, Jorge; Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Mosquera Seoane, Teresa; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo

Analizar los factores preoperatorios predictivos de supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB) en cáncer de próstata de alto riesgo (CaPAR) tratado mediante prostatectomía radical laparoscópica (PRL) y linfadenectomía (LFD)

Material y Métodos

Estudio observacional de cohorte retrospectivo de 54 pacientes con CaPAR tratados con PRL y LFD entre Enero de 2004 y diciembre de 2015. Se analizaron las variables: edad, tacto rectal sospechoso, estadio clínico, Gleason biopsia, cilindros positivos, volumen prostático ecogáfico, 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 63,89 años (47-76), seguimiento 44,17 meses (1-122), PSA preoperatorio de 19,43 ng/ml (3,4-214), número cilindros positivos 4 (1-10), Tiempo hasta RB 12 meses (1,45-57,97), Tacto rectal sospechoso en 23 pacientes (42,6%), el estadio clínico preoperatorio más frecuente fue T1c 30 (55,6%), Gleason biopsia más frecuente: 8, en 29 casos (53,7%),

Presentaron recidiva bioquímica 36 pacientes (66,6%).

Muestran significación estadística para la persistencia bioquímica: el tacto rectal sospechoso (Logrank 5,25 ; p 0.022), el estadio clínico (Logrank 13,58; p 0.001) y el número de cilindros afectados (RR:1,18, 95%IC:1,028-1,358, p=0,019).

Muestra significación estadística para la SLRB el tacto rectal sospechoso (Logrank 6,31; p 0.012), el estadio clínico (Logrank 11,26 ; p 0.004) y el número de cilindros afectados (RR:1,18, 95%IC:1,058-1,32, p=0,004).

En análisis multivariado de regresión de Cox ajustado para variables edad, PSA, gleason de biopsia, categoría cT y volumen prostático, muestra que la RB se asocia de forma independiente con el PSA preoperatorio (RR:1,079, 95%IC:1,005-1,57, p=0,046)

COMUNICACIONES ORALES

Conclusiones

Según los resultados de nuestra serie: el tacto rectal sospechoso, el estadio clínico, el número de cilindros afectados y el PSA preoperatorio son variables preoperatorias que predicen el riesgo de recidiva bioquímica en pacientes con CaPAR tratados mediante PRL y LFD.

COMUNICACIONES ORALES

C-11 ¿DURANTE CUANTO TIEMPO DEBEMOS SEGUIR EN CONSULTA A LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL? EVOLUCIÓN DE LA RECURRENCIA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL A LO LARGO DE 23 AÑOS.

Almuster Domínguez, Sheila; Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; López García, Sabela; Carballo Quintá, Manuel; Castro Iglesias, Maximino; Barros Rodríguez, José Manuel; Ojea Calvo, Antonio.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro.

Introducción

Nos planteamos durante cuánto tiempo debemos realizar seguimiento en consulta a los pacientes intervenidos mediante prostatectomía radical. Pretendemos encontrar la respuesta estudiando el tiempo de recurrencia bioquímica.

Material y Métodos

Evalúamos retrospectivamente, entre los años 1992 y 2015, a 2107 pacientes sometidos, en nuestro centro, a prostatectomía radical. De ellos 1446 casos se realizaron con abordaje laparoscópico y 661 mediante abordaje retropúbico. La mediana de edad de los pacientes fue de 64 años (IQR 60-69), la mediana del Gleason prequirúrgico 6 (IQR 6-7) y presentaban estadio clínico T1c el 78,9% de los pacientes. Se realizó un análisis univariante y multivariante de las variables preoperatorias edad, PSA, Gleason de la biopsia y estadio clínico. Y de las variables postoperatorias tipo de abordaje quirúrgico (retropúbico vs laparoscópico), Grado de Gleason de la pieza y presencia de márgenes quirúrgicos positivos (MQP). Se evaluó su influencia en el tiempo de recurrencia bioquímica (definida como PSA > 0,2 ng/ml). Utilizamos un análisis univariante y multivariante con T-Student, Chi-cuadrado y regresión logística.

Resultados

La media del PSA de los pacientes fue $6,75 \pm 3,52$ ng/ml. El porcentaje de pacientes que presentó recidiva bioquímica fue de 17,8% y el tiempo medio de seguimiento de los mismos fue de 9,3 años $\pm 2,7$. El tiempo medio de recurrencia bioquímica fue de $7,2 \pm 4,2$ años, y la mediana de 6,58 años. El intervalo de recurrencia estuvo entre 1 mes y 21 años. Las variables PSA, prostatectomía radical laparoscópica (PRL) y presencia de MQP influyen en la recurrencia bioquímica ya que presentaron significación estadística en el análisis univariante ($p < 0,05$). De los pacientes intervenidos mediante PRL, el 20,2% (264 pacientes) presentaron recurrencia bioquímica durante el seguimiento, de ellos el 36,7% presentaban MQP ($p < 0,05$). De los pacientes con MQP el 17,9% fueron a expensas de ápex ($p = 0,021$).

COMUNICACIONES ORALES

Conclusiones

La recidiva bioquímica suele aparecer sobre 7 años después de la cirugía, pero puede producirse hasta 21 años después. Por ello el urólogo debe seguir durante toda la vida a los pacientes prostatectomizados, realizando una vigilancia estrecha a aquellos intervenidos mediante PRL, con MQP, especialmente en ápex.

COMUNICACIONES ORALES

C-12 PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN LA PROGRESIÓN BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL. ANÁLISIS INICIAL.

Bohórquez Cruz, Manuel; Martínez Breijo, Sara; Rodríguez García, Esther; Mendez Díaz, Cristina; Aller Rodríguez, Marcos; Pértega Díaz, Sonia; Caramés Masana, Francisco; Lamas Díaz, Leticia; López García, Daniel; Ponce Díaz-Reixa, José; Rodríguez Gómez, Ignacio; Vázquez Martul, Darío; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

Actualmente la progresión bioquímica (PB) tras Prostatectomía Radical (PR) se define mediante parámetros bioquímicos. Es un punto crítico pues condiciona la elección de una estrategia terapéutica y el manejo posterior del paciente. En este momento la RMN se presenta como una herramienta diagnóstica con peso creciente en el Cáncer de próstata. Asimismo se dispone de estudios que evalúan su papel en la detección y caracterización de la recurrencia local postPR con resultados prometedores. Nuestro objetivo es determinar el valor diagnóstico de la RMN en el contexto de PB tras PR.

Material y Métodos

Seleccionamos 35 pacientes entre febrero de 2008 y marzo de 2015 que presentan PB tras PR según criterios de las Guías Europeas de Urología. Todos los pacientes se someten a biopsia transrectal ecodirigida de 6 cilindros bajo anestesia local y a RMN pélvica para evaluar la enfermedad local. La RMN realiza en un equipo superconductor de 1,5 Teslas (Achieva AS; Philips Medical Systems, Best, The Netherlands) con una antena acoplada en fase (phase-array) de 32 elementos. En todos los casos se obtuvieron secuencias multiparamétricas TSE-T2, de difusión con factores b progresivos (0-1500) y de perfusión en planos sagital, coronal y axial al lecho prostático. Empleamos paquete estadístico SPSS 19.0.

COMUNICACIONES ORALES

Resultados

Los pacientes presentaban una edad media de 72,6 años. 18.7 % fueron clasificados tras PR como alto riesgo, 56.2% riesgo Intermedio y 18.7% como bajo riesgo y 6.25% no valorable.

La PB se presentó con una media de 25 meses.

Resultado RMN	Resultado Biopsia	
	Negativa	Recidiva
Negativa	12 54.5%	3 23.1%
Recidiva	10 45.5%	10 76.9%

El Índice Kappa resultante es de 0.28 con un grado global de acuerdo de ambas pruebas de 62.9%.

	Valor	IC (95%)
Sensibilidad	76.92	50.17 - 100
Especificidad	54.55	31.47 - 77.62
Valor predictivo +	50.00	25.29 - 74.41
Valor predictivo -	80.00	19.71 - 54.58

Conclusiones

En nuestra revisión podemos concluir que la RMN presenta parámetros aceptables para descartar recidiva local. Dichos resultados han de evaluarse en el contexto del número de casos analizados. Se requieren más estudios para confirmar estas conclusiones.



V-1 TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA A LA TERAPIA CONVENCIONAL: NEUROMODULACION DE RAÍCES SACRAS

Bohórquez Cruz, M; Sanchez Merino, JM^a; Villar Vázquez, N; Mosquera Seoane, T;
Sanchez Rodriguez – Losada, J; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción y objetivos

La neuromodulación de las raíces sacras (S3) con el dispositivo InterStim™ (Medtronic) ha resultado ser útil en el tratamiento de la vejiga hiperactiva refractaria a tratamientos convencionales, constituyendo una modalidad terapéutica con una muy buena respuesta en pacientes en los que se agotaron otras posibilidades, fundamentalmente farmacológicas.

Nuestro objetivo es presentar el procedimiento en sus dos fases mediante un video ilustrativo.

Material y Métodos

La estimulación del nervio sacro S3 con el procedimiento InterStim se lleva a cabo en dos fases.

Fase primera: exploración de las raíces sacras mediante el tine lead conectado a un dispositivo temporal para la estimulación externa.

Realizamos el procedimiento con el paciente en decúbito prono, con anestesia local y una suave sedación. Se realiza una tracción lateral de ambos glúteos para exposición del ano en vistas a la identificación de contracciones a este nivel. Se colocan ambos pies fuera de la mesa. Con fluoroscopia se localiza el foramen S3, por el que se introduce la aguja. La estimulación eléctrica del nervio S3 producirá un movimiento en fuelle del ano, flexión plantar del primer dedo, opresión anal y parestesias que irradian labios y escroto.

Fase segunda (2-4 semanas después): Implante de un generador de impulsos eléctricos definitivo por vía subcutánea, con anestesia local, si se ha producido una mejoría de la clínica miccional de al menos un 50%

Conclusiones

La neuromodulación sacra es una opción eficaz y relativamente sencilla de realizar en pacientes con vejiga hiperactiva refractaria al tratamiento médico. A diferencia de la inyección intradetrusoriana de toxina botulínica, su eficacia se mantiene en el tiempo y no presenta riesgo de desarrollar retención urinaria.

VÍDEOS

V-2 REEMPLANTE URETERAL DERECHO CON TÚNEL SUBMUCOSO

Teresa Mosquera Seoane, Juan León Mata, Carla Abeijón Piñeiro, Jessica Molinos Mayo, Jorge Rey Rey, Jacobo Freire Calvo, Pilar Rodríguez Souto, Javier Pereira Beceiro, Carlos Bonelli Martín, Alfonso González Blanco, Andrés Rodríguez Alonso

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

El tratamiento quirúrgico del reflujo vesicouretral se basa en la corrección anatómica y está indicada en pacientes con infecciones del tracto urinario febriles recurrentes, para tratar de disminuir el número de pielonefritis. Entre las opciones de tratamiento quirúrgico tenemos técnicas endoscópicas con inyección de macrosustancias bajo el orificio ureteral y la técnica quirúrgica estándar de reimplante por vía abierta, laparoscópica o robótica.

Material y Métodos

Mujer de 16 años, con antecedentes de reflujo vésico ureteral derecho grado IV en la infancia, tratada mediante Inyección subureteral de dextranómero suspendido en ácido hialurónico endoscópica. La paciente ingresa en dos ocasiones en nuestro servicio por pielonefritis aguda derecha. Se realiza CUMS en la que se observa persistencia del reflujo vesicoureteral derecho, por lo que se propone ureteroneocistostomía derecha.

Se realiza ureteroneocistostomía extravesical con tunelización ureteral submucosa mediante abordaje laparoscópico

Resultados:

Tiempo quirúrgico: 160 minutos. Sangrado < 100 cc. Tiempo de hospitalización: 3 días.

Retirada de catéter JJ a los 30 días de la intervención.

Conclusiones:

La reimplantación ureteral laparoscópica puede realizarse de forma segura y efectiva, aunque supone una importante dificultad técnica. Tiene como beneficios para el paciente una menor estancia hospitalaria, mayor confort y rápida recuperación postoperatoria, con tasa de éxito similar a la cirugía abierta.

VÍDEOS

V-3 CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON HISTERECTOMÍA Y NEOVEJIGA ILEAL TIPO STUDER.

Fernández Baltar, Carlos, Blanco Carballo, Ovidio, Cimadevila García, Antón, García Freire, Camilo.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

Objetivo

Actualmente la cistectomía radical laparoscópica ofrece unos resultados oncológicos comparables al abordaje abierto, habiendo demostrado además una disminución en el sangrado operatorio, y la estancia media hospitalaria.

Material y Método

Presentamos la técnica quirúrgica de una cistectomía radical laparoscópica con histerectomía, doble ooforectomía y conservación vaginal con creación de neovejiga ortotópica ileal extracorpórea tipo Studer y anastomosis laparoscópica en una mujer de 52 años con un carcinoma urotelial de vejiga alto grado pT2NOMO.

Resultados

Tiempo quirúrgico de 7 horas. Sin complicaciones inmediatas. Inicio de tolerancia a las 48 horas. Retirada de catéteres a los 15 días postcirugía y retirada de sonda vesical a los 24 días

Conclusiones

La cistectomía radical laparoscópica es una técnica compleja y exigente con el cirujano, pero que permite disminuir la morbilidad operatoria. En casos seleccionados la creación de una neovejiga ortotópica a través de una incisión mínima, permite mejorar la recuperación postoperatoria, la estancia hospitalaria manteniendo los criterios oncológicos con seguridad.

VÍDEOS

V4- INDICACION QUIRURGICA Y VIABILIDAD DE LA RETORPERITONEOSCOPIA: NEFRECTOMIA BILATERAL

Lamas Díaz, L; Vazquez-Martul, D; Sanchez Vazquez, A; Lopez Garcia, D; Martinez Breijo, S; Aller Rodriguez, M; Bohorquez Cruz, M; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción

La retroperitoneoscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que nos ofrece ciertas ventajas frente a la laparoscopia transperitoneal como el control primario de la arteria renal, menor riesgo de daño en órganos intraperitoneales o la mayor estanqueidad del retroperitoneo ante posibles complicaciones.

Ha de tenerse en cuenta que como toda técnica quirúrgica requiere una curva de aprendizaje y es recomendable tener conocimientos previos en laparoscopia ya que la creación del espacio, el reducido volumen para trabajo y la orientación lo harán inicialmente más complicado que en el abordaje transperitoneal.

Aún y con todo existen casos seleccionados en donde el abordaje retroperitoneal es el más indicado.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 54 años con IRC, en situación de hemodiálisis, con múltiples cirugías previas abdominales y varios episodios de peritonitis que se diagnostica de tumor renal bilateral sobre riñones atróficos de forma incidental. Se propone retroperitoneoscopia bilateral diferida.

Resultados

En ambos casos el tiempo de control arterial fue menor de 30 min desde la colocación de los trócares con un tiempo quirúrgico inferior a 120 min y sangrado <300 cc.

La paciente fue dada de alta al 5º día PO por ajuste con la HD.

La anatomía patológica fue carcinoma cromóforo pT1a en riñón izquierdo, estando pendiente de cierre el resultado definitivo de riñón derecho.

Ambas cirugías fueron realizadas por el mismo equipo quirúrgico.

Conclusiones

La retroperitoneoscopia es una técnica viable y segura, asumible por cirujanos acostumbrados a realizar cirugía laparoscópica. Este caso es un ejemplo en donde el abordaje retroperitoneal puede ofrecer ventajas y facilidades en aquellos pacientes con cirugías y complicaciones intraabdominales previas.



VÍDEOS

V-5 EXÉRESIS DE TUMOR RETROPERITONEAL POR RETROPERINEOSCOPIA.

Rodríguez Socarrás ME; Pérez Schoch M, Montero Fabuena R, Almuster Domínguez S, Tortolero L, Castro Iglesias M, Cespón Outeda E, Comesaña E, Martínez Sapiña I, Ojea Calvo A.

Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción

El abordaje por retroperineoscopia es una técnica laparoscópica que ofrece ventajas con respecto a la vía transperitoneal debido al rápido acceso a la arteria renal y menor posibilidad de daño de los órganos intraperitoneales. Es recomendable en pacientes con cirugías abdominales previas. Aunque requiere curva de aprendizaje puede ser reproducible con el adecuado conocimiento de las referencias anatómicas del espacio retroperitoneal.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente de 85 años con antecedente de cirugía abdominal por Adc de Colon, con hallazgo en TC de seguimiento de Tumor de 8 x 5cm en espacio perirrenal posteroinferior derecho, con dudas en RNM de organodependencia renal de la tumoración. Se plantea exéresis de la tumoración por retroperineoscopia.

Resultados

Se realizó la retroperineoscopia utilizando 4 puertos, con exéresis de la masa que no dependía del riñón. El tiempo quirúrgico fue de 110 minutos, la pérdida hemática de 200ml. El paciente fue dado de alta sin complicaciones el 3 día postoperatorio.

Conclusiones

El abordaje por retroperineoscopia es una técnica factible para el tratamiento quirúrgico de tumoraciones renales y retroperitoneales, especialmente útil en pacientes con cirugías previas abdominales.

VÍDEOS

V-6 RESCATE QUIRÚRGICO RETROPERITONEAL POST-QUIMIOTERAPIA.

Casas Nebra, Francisco Javier; Casas Agudo, Vicente Pastor; López Martínez, Leticia; Mateo Cambón, Luis; Mosteiro Ponce, José; Verez Vivero, Malena; García Novio, Francisco José.

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

Objetivos

Mostrar el abordaje laparoscópico de las masas retroperitoneales identificando límites anatómicos claros y reconocibles, con el fin de que ésta sea una técnica a tener en cuenta en este tipo de diagnóstico.

Material y Métodos

Presentamos un varón de 40 años que presenta como antecedentes personales colecistectomía y apendicetomía. En octubre 2015 se diagnostica de tumor testicular ante una clínica inicial de dolor a nivel testicular derecho. Se realiza orquiectomía inguinal histológicamente correspondiente a tumor mixto (células germinales con componente de teratoma inmaduro y carcinoma embrionario) con marcadores tumorales b-HCG 5.000 u/ml y alfafetoproteína 196,7 ng/ml; post cirugía b-HCG < 2 y alfafetoproteína 1.095,9 ng/ml y LDH 294 U/l. En estudio de extensión se objetiva masa de 5,6 x 4,8 cm en retroperitoneo perivascular, clasificándose como estadio III C (pT1 N3 M0 S2).

En noviembre comienza tratamiento con quimioterapia con esquema BEP x4 ciclos. Finaliza tratamiento en febrero 2016 analíticamente con AFP de 6,1, BHCG z< 2 y LDH 286. Radiológicamente continúa observándose conglomerado adenopático interaorto-cava que ha disminuido ligeramente de tamaño presentando actualmente unas dimensiones de 4,8 x 3,5 cm.

Se decide rescate quirúrgico mediante linfadenectomía retroperitoneal derecha vía laparoscópica. Se realiza un abordaje trasperitoneal con una plantilla quirúrgica clásica con límites en vena renal, arteria mesentérica inferior y bifurcación iliaca. El tiempo quirúrgico es de 200 minutos con una pérdida sanguínea de 500cc. Es dado de alta al 3º día postoperatorio, con anatomía patológica pendiente actualmente.

Conclusiones

La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica es una técnica reproducible con un gran beneficio para el paciente en el postoperatorio y baja necesidad de transfusión de hemoderivados.

VÍDEOS

V-7 PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE POST-BRAQUITERAPIA.

Rodríguez Socarrás, ME; Pérez Schoch M.; Montero Fabuena R.; Almuster S.; López García S.; Castro Iglesias M.; López Díez E.; Barros Rodríguez JM.; Ojea Calvo, A.

Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción

Aunque las terapias locales con intención curativa para el cáncer de próstata como la Braquiterapia (BT) o Radioterapia (RT) pueden alcanzar resultados oncológicos perdurables en muchos casos, un número considerable de pacientes pueden experimentar recidiva o fracaso con el tratamiento.

Tradicionalmente se ha considerado la Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) de rescate después de RT o BT técnicamente difícil y con alto riesgo de complicaciones. Sin embargo la adquisición de la experiencia en laparoscopia ha permitido desarrollar la técnica en este grupo de pacientes con pocos efectos adversos y buenos resultados.

Material y Método

Paciente de 51 años, antecedente de Ca de Próstata, tratado mediante BT con semillas de Iodo 125, buena respuesta bioquímica inicial, a partir del nadir tres incrementos consecutivos en cifras de PSA, en estudio PECT-TC se evidencia foco activo prostático, biopsia con resultando positivo para adenocarcinoma de próstata, se discute caso en comité multidisciplinar y se decide realizar intervención quirúrgica (PRL) de rescate. Se realizó PRL extraperitoneal, se aprecian cambios evidentes de los tejidos con fibrosis intensa en fascias endopélvicas, músculos del suelo pélvico, próstata y estructuras periuretrales, en relación probablemente con la BT, así como semillas durante la disección en estructuras extraprostáticas. El clampaje de los pedículos se realizó con Hem-o-Locks y la disección entre próstata y recto con corte de tijera frío. La anastomosis vesicouretral con sutura barbada V-Lock.

Resultados

Tiempo quirúrgico 130min, pérdida hemática 110ml, alta hospitalaria al segundo día postoperatorio sin complicaciones.

Conclusiones

La PRL es reproducible en pacientes seleccionados después de BT con recurrencia o fracaso del tratamiento, de forma segura y con buenos resultados.

VÍDEOS

V-8 REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA CON INTERPOSICIÓN DE PERICARDIO BOVINO DE FÍSTULA VESICO-RECTAL POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Rodríguez Socarrás, Moisés; Tortolero Blanco, Leonardo; Montero Fabuena, Ruben; Pérez Schoch, Miguel; Almuster Domínguez, Sheila; Cespón Outeda, Enrique; Comesaña Davila, Enrique; Martínez Sapiña, Ignacio; Ojea Calvo, Antonio.

Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción

La lesión rectal durante la prostatectomía laparoscópica oscila entre el 0,5 – 5 %. El desarrollo subsecuente de fistula recto-vesical es una complicación devastadora en estos pacientes que representa todo un reto quirúrgico para su reparación con técnicas y resultados variables. La interposición de tejidos con el objeto de mejorar los resultados es una práctica habitual durante esta intervención. Por otra parte Las técnicas laparoscópicas y mínimamente invasivas se han perfilado como una opción que ofrece mejoras en la visibilidad, con reducción de la morbilidad y rápida recuperación.

Objetivos

Presentar la técnica para reparación de las fistulas recto - vesicales mediante abordaje laparoscópico con interposición de pericardio bovino.

Material y Métodos

Paciente de 66 años que es sometido a una prostatectomía radical abierta en otro centro por adenocarcinoma de próstata Gleason (4+5) 9, estadio PT3a, al mes de la cirugía el paciente es remitido a nuestra consulta por fecaluria y neumaturia, al realizar cistografía se confirma diagnóstico de fistula recto-vesical.

Se coloca cistostomía en el preoperatorio, realizamos un acceso transperitoneal con 4 trocares, se realiza abordaje transvesical sin cateterización ureteral, desmontaje de anastomosis uretro-vesical, debido a localización de la fístula por debajo de la anastomosis, se realiza reparación de la fistula con puntos de Vicryl en 2 planos comprobación de estanqueidad de la reparación e interposición de pericardio bovino en el espacio recto vesical, por último reanastomosis uretrovesical con sutura V-Lock y cierre de incisión en cara anterior de vejiga.

VÍDEOS

Resultados

La duración de la cirugía fue de 220 minutos, el post- operatorio transcurrió sin incidencias con tolerancia oral a las 72 horas de la cirugía y alta el 6to día del Post-operatorio, retirada de sonda en la segunda semana con micciones satisfactorias después de 3 meses de seguimiento en consultas.

Conclusiones

La reparación laparoscópica de las fístulas rectovesicales ofrece los beneficios ya conocidos de las técnicas mínimamente invasivas. La interposición de pericardio bovino representa una opción con buenos resultados en la experiencia de nuestro centro.

VÍDEOS

V-9 RIRS MEDIANTE URETERORRENOSCOPIO FLEXIBLE DIGITAL DE UN SOLO USO "LITHOVUE"

Fernández Baltar, Carlos; Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

*Unidad de Endourología y Litiasis. Servicio de Urología.
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

Objetivo

La cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS) es una técnica cuyo uso se ha generalizado y cuyas indicaciones se han expandido. Como consecuencia, el gasto derivado de los ureteroscopios flexibles (URSflex) ha aumentado considerablemente en los últimos años. En ausencia de estudios económicos diseñados al efecto, es posible que en determinados centros o situaciones clínicas el empleo de URSflex desechables pudiese ser más rentable. Presentamos la experiencia inicial con el nuevo URSflex digital de un solo uso "Lithovue™".

Material y Métodos:

Se realizaron 5 RIRS empleando "Lithovue™", 3 casos de litiasis únicas y 2 de localización múltiple, todos los cálculos inferiores a 2 cm de diámetro máximo. La dureza de las litiasis, estimada mediante unidades Hounsfield (UH) en TC varió desde 472 a 1034 UH. Se comprobó la resistencia del dispositivo mediante control de deflexión y calidad de imagen previo y posterior a la cirugía.

Resultados:

Instrumentación a través de vaina de acceso ureteral 11/13Ch en todos los casos. La técnica de RIRS no varió respecto a la realizada con ureteroscopio convencional. No se encontraron limitaciones en maniobrabilidad, calidad de visión, instrumentación por canal de trabajo, lasertricia o extracción de fragmentos durante los procedimientos. En ningún caso se requirió completar tratamiento mediante ureteroscopio convencional. Tiempo quirúrgico medio de 45 min (24-80), aplicando 17.601 Julios (5.744-37.726) de media. Tras las intervenciones no se apreciaron cambios en la deflexión o calidad de imagen de "Lithovue™", pese a una media de 2 instrumentaciones por el canal de trabajo. Tampoco se apreció daño en su cubierta pese a una media de 3,4 entradas y salidas por la vaina de acceso. No hubo complicaciones perioperatorias y todos los pacientes fueron dados de alta en 24 horas.

VÍDEOS

Conclusiones:

La experiencia inicial con "Lithovue™" ha sido excelente. Las principales ventajas son su maniobrabilidad, diseño ergonómico y ligero, excelente imagen y resistencia. Su principal inconveniente puede ser el precio y la estación de trabajo exclusiva, con conectividad externa limitada. "Lithovue™" es un excelente ureteroscopio desechable, que va a abrir el debate entre la adquisición y dotación de las unidades de endourología con URSflex inventariables o de un solo uso.

VÍDEOS

V-10 RESOLUCION ENDOSCOPICA DE DIVERTICULO CALICIAL

Antón Zarraonandía Andraca; Juan González Dacal; Higinio Rodríguez Núñez; Vicente García Riestra

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El divertículo calicial es una anomalía anatómica congénita. Se han descrito formación de cálculos en el divertículo entre un 9-50% de los casos, que suelen acompañarse de dolor, infección, hematuria y afectación del parénquima renal circundante. Actualmente se pueden tratar mediante cirugía abierta, laparoscópica, litotricia, percutánea y con endourología.

Presentamos un caso donde se trata una paciente con un divertículo en el cáliz superior del riñón derecho mediante ureterorenoscopia flexible.

Materiales y Métodos

Paciente mujer de 22 años sin antecedentes de importancia valorada en consultas de Urología por infecciones de orina de repetición, hematuria, leucocituria. En estudio con ecografía y urografía se constata hallazgo compatible con divertículo calicial superior de riñón derecho. Se propone a la paciente tratamiento mediante ureteroscopia flexible. Previo a procedimiento se comprueban cultivos negativos.

Resultados

Con anestesia general y posición de litotomía con flexión forzada de EII se realiza pielografía ascendente derecha y luego ascensión de guía ureteral de 0.035 y vaina de acceso ureteral 11/13. Con ureterorenoscopia flexible óptico se contrasta sistema pielocalicial derecho sin evidenciarse repleción de divertículo. Tras tinción con azul de metileno es posible evidenciar cuello de divertículo en cáliz superior el cual se dilata con guía ureteral. Luego con láser Holmium y una fibra de 200um se logra apertura de cuello de divertículo y fulguración de mucosa. Queda catéter ureteral doble J. El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos. La paciente fue dada de alta a las 24 horas.

Conclusiones

El tratamiento para este tipo de patología es posible mediante ureterorenoscopia flexible, siendo clave la identificación del cuello del divertículo. En caso de no localizarse siempre es posible hacer una técnica mediante abordaje percutáneo o mixto.

VÍDEOS

V-11 MICROECIRS: BUSCANDO SINERGIAS EN ENDOUROLOGÍA

Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; Tato Rodríguez, Javier; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo

Las distintas opciones de abordaje endourológico analizadas de forma aislada, tienen sus límites. Sin embargo, éstos se diluyen si se opta por una estrategia de combinación de técnicas, buscando sinergias. Presentamos un caso litiásico en el que se combina cirugía micropercutánea (Micropercá) con cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS), dando lugar a un nuevo concepto: MicroECIRS.

Material y Métodos

Mujer de 64 años de edad, asintomática, sin antecedentes de interés salvo depresión. En TC y urografía intravenosa se observa en el riñón izquierdo una litiasis radioopaca de 8x6mm en un divertículo calicial superior de orientación anterior y otra litiasis de 21x9mm ocupando por completo el grupo calicial inferior y obstruyendo su drenaje. Se decide tratamiento endourológico.

Resultados

Se realiza punción percutánea con aguja 4,85Ch al cáliz inferior, el cual está completamente ocupado por litiasis con su infundíbulo bloqueado. Dilatación hasta 8Ch para instrumentación con equipo Micropercá (PolyDiagnost, Pfaffenhofen, Alemania).

Instrumentación retrógrada simultánea con vaina de acceso ureteral 11/13Ch para favorecer drenaje renal y permitir la inspección posterior del orificio diverticular mediante ureteroscopio flexible (URSflex). Lasertricia de la litiasis de cáliz inferior hasta desobstruir su infundíbulo. Migración del fragmento infundibular a cáliz medio que es tratado mediante URSflex. Revisión con URS flex de todas las cavidades renales sin evidencia de cálculos residuales. No se aprecia con claridad el orificio diverticular superior y se decide no tratarlo al estar la paciente asintomática y no tener ventana de acceso percutáneo. Drenaje con catéter doble J y sin nefrostomía. Tiempos quirúrgico y de escopia de 63 y 1.7 min, respectivamente. Estancia hospitalaria de 4 días por complicación Clavien I (íleo paralítico y depresión). Análisis del cálculo: apatita 90%, oxalato cálcico 10%. Retirada de doble J a las 2 semanas. Actualmente asintomática, pendiente de TC de control y estudio metabólico.

VÍDEOS

Conclusiones

La realización de abordaje percutáneo miniaturizado en casos de cálices completamente bloqueados y ocupados por litiasis permite su tratamiento con éxito sin causar excesivo daño al parénquima renal durante la dilatación del trayecto. En determinadas situaciones, la combinación de Micropercá con cirugía intrarrenal retrógrada (microECIRS) puede ser una excelente opción, mejorando los resultados de ambas.



VÍDEOS

V-12 ENDOUROLOGÍA INTEGRAL PARA LA RESOLUCIÓN EN ACTO ÚNICO DE UN CASO DE LITIASIS URINARIA PEDIÁTRICA EXTREMADAMENTE COMPLEJO

Pérez-Fentes, Daniel; Fernández Baltar, Carlos; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo

La litiasis urinaria pediátrica es relativamente infrecuente. La mayoría de los casos se resuelven con éxito mediante litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC). La endourología se reservaría para fracasos de ésta o, como indicación primaria, para situaciones de gran complejidad. Presentamos un caso pediátrico, resuelto mediante abordaje endourológico como primera opción.

Material y Métodos

Niño de 2 años de edad, con infecciones urinarias de repetición. Litiasis renal radioopaca calicial múltiple (superficie conjunta: 350 mm²), ureteral distal ipsilateral de 8x6 mm y 2 litiasis vesicales de 8x7 mm cada una. Unidad renal funcionando en gammagrafía con DMSA.

Resultados

Se realiza abordaje percutáneo ecoguiado a cáliz medio y dilatación hasta 16Ch con equipo de cirugía minipercutánea. Ureteroscopia flexible (URS) anterógrada y lasertricia in situ de litiasis ureteral, enviando fragmentos a vejiga. Cistolitotomía percutánea 24Ch guiada por ecografía y URS anterógrada para extracción de estos fragmentos y las litiasis vesicales. Se decide ampliar el trayecto percutáneo hasta 24Ch para facilitar una completa limpieza de la unidad renal. Drenaje con catéter doble J 16cm/4.8Ch y sonda vesical, sin nefrostomía ni sonda suprapúbica. Tiempos quirúrgico y de escopia de 181 y 0.5 min, respectivamente. No complicaciones perioperatorias. Estancia hospitalaria: 7 días. Al tercer mes el niño está asintomático, y en la ecografía abdominal no se observan litiasis.

Conclusiones

Aunque la litotricia extracorpórea debe ser la primera indicación de tratamiento de la litiasis urinaria pediátrica, en casos de gran complejidad (por el volumen litiásico o su distribución en el aparato urinario) la realización de un abordaje percutáneo puede resolver el caso con éxito y mínima morbilidad. La experiencia previa en cirugía endourológica del adulto es fundamental antes de realizar este tipo de abordajes en población pediátrica.

VÍDEOS

V-13 MILLIN LAPAROSCÓPICO 3D EN PRÓSTATA VOLUMINOSA

Ruibal Moldes, Manuel; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, Jose; García Riestra, Vicente.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

El tratamiento quirúrgico del a HBP, ha experimentado en los últimos años importantes avances. Las actuales técnicas pretender conseguir los mismos resultados que las clásicas pero reduciendo los niveles de morbilidad.

Así cada vez juegan un papel muy importante en próstata de < 60 cc las técnicas transuretrales en las cuales se emplean como fuente de energía diferentes tipos de Láser, bien vaporizando bien enucleando.

Sin embargo las Guías Europeas siguen recomendando para próstata de > 80 cc. La adenomectomía retropúbica por los mejores resultados tanto en sintomatología como en parámetros objetivos de flujometría. Sin embargo la adenomectomía retropúbica presenta tasas de morbilidad superiores a las técnicas endoscópicas.

Esta morbilidad puede reducirse si el abordaje se realiza mediante laparoscopia en vez de cirugía abierta. En nuestra experiencia los resultados obtenidos han sido buenos tanto a la mejora de los síntomas como sobre todo a la reducción de la morbilidad.

Presentamos un vídeo de un Millin Laparoscópico en 3D en un paciente con una próstata de 210cc y 4 biopsias prostáticas previas negativas para tumor

VÍDEOS

V-14 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA IZQUIERDA POR TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA.

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan Gabriel; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

Masa renal de gran tamaño con trombo en vena renal. Se realiza nefrectomía radical laparoscópica dada la menor morbilidad para la paciente con resultados oncológicos equiparables a nefrectomía abierta.

Material y Métodos

Paciente 54 años diabética, con antecedentes de amigdalectomía y cesárea. Clínica de adelgazamiento de 7 kg en 3 meses y tumoración abdominal. Exploración física: Masa de 10 cm subcostal izquierda no dolorosa. Estudio analítico con factores de mal pronóstico (anemia severa y trombocitosis). En TC se observa masa renal izquierda de 14x13x13 cm, con trombo en vena renal hasta cruce con aorta, y adenopatías retroperitoneales y mediastínicas, la mayor de 2,2x1,3 cm.

Se realizó nefrectomía radical laparoscópica transperitoneal según técnica habitual: Formación de neumoperitoneo a 12 mm de Hg. Decolación de parietocólico izquierdo, abordaje de polo inferior y borde medial renal, identificación de vena gonadal y uréter izquierdo con sección de los mismos mediante hem-o-locks. Identificación vasos de hilio renal y disección por separado. Se palpa trombo en vena renal izquierda. Colocación de hem-o-locks en vena renal próximos a vena cava inferior, y en arteria renal, con posterior sección. Disección de polo superior y borde renal externo, dificultosa por gran tamaño de pieza quirúrgica. Extracción de pieza a través de incisión en fosa ilíaca izquierda. Colocación de drenaje. Cierre de incisión.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue 120 minutos, con pérdida sanguínea de 110 cc. La paciente presenta postoperatorio sin complicaciones, siendo alta a los tres días. Anatomía patológica: Carcinoma de células claras con afectación ganglionar, que no contacta con bordes de resección.

VÍDEOS

Conclusiones

La nefrectomía radical laparoscópica es una alternativa beneficiosa en el tratamiento quirúrgico de grandes masas renales, dados los beneficios del abordaje laparoscópico. En este caso se demuestra la factibilidad de la nefrectomía radical laparoscópica en tumores de gran tamaño con trombo tumoral en vena renal, cuando se realiza en grupos con importante experiencia laparoscópica previa.

VÍDEOS

V-15 TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA 3D: ISQUEMIA CERO

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

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

En la actualidad la tumorectomía renal laparoscópica constituye el tratamiento de elección en carcinomas renales pT1. No solo consigue tasas de curación superponibles a la nefrectomía radical, sino además permite una mejor conservación de la función renal en estos pacientes.

Una de las dificultades técnicas a superar es acortar los tiempos de isquemia caliente del riñón durante la resección y sutura del riñón.

En la línea de reducir el daño renal por la isquemia caliente, en determinados casos es posible realizar la resección del tumor sin necesidad de isquemia. Esto supone sin embargo un incremento en el nivel de dificultad de la cirugía pero con el beneficio de menor daño renal.

Presentamos un vídeo de una tumorectomía renal laparoscópica 3D sin clampaje arterial.

VÍDEOS

V-16 CISTECTOMÍA RADICAL Y DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO 3D. TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO.

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

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El tratamiento de elección de los tumores de vejiga musculo-infiltrante sigue siendo hoy en día la cistectomía radical con derivación urinaria, sin embargo el desarrollo y adquisición de destrezas en laparoscopia ha conseguido depurar el procedimiento y perfeccionar cada día mas la técnica con muy buenos resultados tanto oncológicos como funcionales para los pacientes.

Objetivo

Presentar la técnica quirúrgica de la cistectomía radical más derivación urinaria tipo Bricker completamente por abordaje laparoscópico, paso a paso.

Materiales y Métodos

Se trata de un paciente varón de 70 años de edad, diagnosticado de carcinoma vesical músculo invasivo por RTU vesical. En el estudio de extensión no se evidencia afectación ganglionar ni enfermedad a distancia, por lo que se propone para cistectomía radical mas derivación urinaria con conducto ileal puramente laparoscópico.

Resultados

El paciente es posicionado en decúbito supino con Trendelenburg forzado y se colocan 4 trocares. Se realiza cistoprostatectomía radical reglada para posteriormente proceder a la linfadenectomía ileo-obturatriz bilateral. Transposición de uréter izquierdo al lado derecho. Sección de ileon terminal a 15 cm de la válvula ileocecal con una longitud de 15 cm que será el largo definitivo el asa de Bricker. Se restablece tránsito intestinal con EndoGhia mecánica con anastomosis latero-lateral y cierre de ojal intestinal con puntos sueltos reabsorbibles. Tutorización de ambos uréteres con cateteres monojota de 6 Ch. Anastomosis uretero-ileal de forma independiente ambos uréterers. Extracción de la pieza quirúrgica. Realización de urostomía mediante técnica habitual. El tiempo total de la cirugía fue de 250 minutos. El paciente es dado de alta al 5to día. El resultado anatomopatológico fue de CCT estadio pT3aNO.



VÍDEOS

V-17 NEOVEJIGA ILEAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA 3D

Ruibal Moldes, Manuel; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, José; García Escudero, Damián; Vivaldi Jorquera, Bruno.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

La cistectomía laparoscópica es un procedimiento cada vez más aceptado y extendido, sin embargo la derivación urinaria se sigue siendo un procedimiento abierto ya que su abordaje laparoscópico implica un reto técnico. Presentamos el video de una cistectomía radical con abordaje puramente laparoscópico.

Materiales y Métodos

Paciente un paciente varón de 62 años diagnosticada de cáncer vesical infiltrante sin presencias de afectación ganglionares ni metástasis a distancia en estudio de extensión previo a la cirugía. Se decide realizar CRL y neovejiga ileal ortotópica con abordaje íntegro laparoscópico.

Resultados

El paciente es posicionada en decúbito supino con Trendelenburg y se colocan 4 trocares. Cistoprostatectomía laparoscópica y linfadenectomía ilio-obturatriz según técnica habitual. Selección de un segmento de 60 cm de íleon a 15cm de válvula íleo-cecal y realización de neocuello para anastomosar a uretra apical mediante sutura barbada 3/0. Desfuncionalización de segmento de íleon seleccionado mediante EndoGhia mecánica. Se restablece tránsito intestinal mediante EndoGhia mecánica con anastomosis latero-lateral. Destubulización de asa ileal por borde antimesentérico para realizar modelaje neovejiga ortotópica. Sutura caudo cefálica anterior y reimplante directo de ambos uréteres sobre catéteres ureterales.

El tiempo total de la cirugía fue de 300 minutos. El paciente es dado de alta al 7º día.

Conclusiones

La realización de la derivación urinaria con abordaje laparoscópico puro es posible pero técnicamente compleja. El beneficio para el paciente es claro con menor dolor, recuperación de tránsito intestinal más rápido y una mejora de la estancia post operatoria.

VÍDEOS

V-18 PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS

Ruibal Moldes, Manuel; Duarte Novo, Jose Enrique; López García, Daniel; Álvarez Castelo, Luis.

Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña

La Prostatectomía Radical Robótica constituye actualmente el tratamiento de elección con intención curativa en pacientes con cáncer de próstata localizado.

El mejor conocimiento de las estructuras anatómicas relacionadas tanto con la continencia como con la potencia, nos permite poder reducir las secuelas en esta cirugía.

La eficacia de la cirugía robótica, basada en su alta calidad de visión y la precisión de sus instrumentos, nos permiten poder realizar cirugías de alta calidad con muy poco daño tisular y altamente anatómicas.

Presentamos un vídeo de una prostatectomía radical robótica en un paciente joven con un tumor de bajo riesgo, en la que se realiza preservación de todas aquellas estructuras anatómicas relacionadas con la continencia y potencia sexual, así como mejoras técnicas para la mejora de los resultados funcionales; todo ello sin comprometer el control oncológico de la enfermedad

VÍDEOS

V-19 REPARACION MEDIANTE LAPAROSCOPIA 3D DE FISTULA VESICORECTAL POSTPROSTATECTOMÍA RADICAL

Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Gonzáles Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Vivaldi Jorquera, Bruno; García Escudero, Damián.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

La aparición de una fistula vesicorrectal luego de una prostatectomía radical es poco frecuente pero de muy difícil solución. La resolución quirúrgica de este tipo de patología es todo un desafío por los malos resultados. Existen diferentes técnicas y vías de abordaje para intentar una resolución definitiva, siendo la vía perineal la más utilizada hasta ahora. El desarrollo técnico y tecnológico de la cirugía laparoscópica mínimamente invasiva nos permite intentar una resolución definitiva con menor morbilidad para el paciente.

Les presentamos una fistulorrafia laparoscópica de paciente con una fistula vesicorrectal post prostatectomía transperineal y recidiva luego de 2 intentos fallidos de fistulorrafia vía perineal.

Materiales y Métodos

Paciente de 75 años que en 2013 se diagnostica de un Ca. próstata Gleason7, cT1cNxMx. En Agosto del 2013, en un centro privado se realiza una prostatectomía transperineal, evolucionando incontinencia de orina y una fistula vesicorrectal. En 2014 se intentó, de forma fallida en 2 ocasiones, corrección de esta mediante intervenciones vía perineal. Acude a nuestro centro donde mediante examen físico, rectoscopia, cistoscopia y cistografía se confirma la fistula. Se propone reparación laparoscópica.

Resultados

El paciente es posicionando en decúbito supino con Trendelenburg previa colocación de catéteres DJ. Se colocan 4 trocares en abanico. Luego de disecar Douglas y espacio vesicorrectal se realiza apertura longitudinal de cara posterior de la vejiga. Con guía se localiza fistula y procede a disección de esta con apertura de recto. Luego de extracción de tejido de fistula se separa plano vesicorrectal y se cierra recto en 2 planos con puntos sueltos. Después se interpone flap de peritoneo que se fija con puntos sueltos. Finalmente se realiza cierre de vejiga en 2 planos. El tiempo total de la cirugía fueron 300 minutos. El paciente fue dado de alta al 8vo día sin complicaciones. La sonda vesical se retiró al mes del procedimiento y luego de 3 meses de la intervención el paciente no presenta complicaciones.

Conclusiones

La reparación quirúrgica de una fistula vesicorrectal es un reto ya que existe una alta probabilidad de fallo. Hoy en día este tipo de procedimiento es posible realizarlo de forma segura mediante cirugía laparoscópica.

VÍDEOS

V-20 EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL EXTRAADRENAL

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

Los paragangliomas son tumores poco frecuentes que se originan a partir del tejido cromafín embrionario no involucionado derivado de la cresta neural. Tienen capacidad para secretar catecolaminas, hormonas y péptidos. Asientan principalmente en las proximidades de los grandes vasos, pero pueden aparecer en cualquier localización entre la base del cráneo y la vejiga urinaria. El 80% se localizan en la glándula renal, el 10% son bilaterales y el 10% de localización extraadrenal. El tratamiento de elección es la exéresis completa de la tumoración.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una paciente de 71 años, hipertensa a tratamiento con beta-bloqueantes, diabética y con antecedente de carcinoma ductal infiltrante de mama, tratado mediante tumorectomía. En estudio de extensión del cáncer de mama mediante TAC se observa una tumoración de bordes bien delimitados de 30 x 33 x 35 mm en el hilio renal derecho, que contacta e impronta la vena cava inferior y presenta realce heterogéneo en fase arterial y homogéneo en fase portal. Es valorada por el comité de tumores y se decide exéresis de la tumoración.

Se realizó exéresis del tumor mediante abordaje laparoscópico transperitoneal. Fue necesaria la disección de la arteria y vena renal derecha y borde lateral de la vena cava para conseguir la extirpación de la masa. Durante la intervención la paciente sufrió fluctuaciones hemodinámicas, observando episodios hipertensivos coincidiendo con la manipulación del tumor e hipotensión posteriormente, en probable relación con ligadura de vasos venosos procedentes del tumor.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. Pérdida sanguínea de aproximadamente 100cc. La paciente precisó apoyo vasopresor en el postoperatorio inmediato. El estudio anatomopatológico describe una tumoración bien delimitada, compatible con paraganglioma.

Conclusiones

Los paragangliomas retroperitoneales son tumores poco frecuentes, que requieren una estrecha vigilancia perioperatoria, con un manejo multidisciplinar y cuyo abordaje podemos equiparar al de los tumores suprarrenales

VÍDEOS

V-21 LINFADENECTOMIA LAPAROSCÓPICA PELVICA Y PARAAORTICA EN TUMORES GINECOLÓGICOS: EL PAPEL DEL URÓLOGO

González Dacal, Juan Andrés; Zarraonandía Andraca, Antón; Rodríguez Núñez, Higinio; Vidal Hernández, R; Aparicio, I; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

Introducción

La linfadenectomía pélvica y paraaórtica es la piedra angular del proceso de estadificación quirúrgica, de obligada realización en el cáncer de ovario y en el de endometrio. En el carcinoma de cuello uterino, la extirpación completa del área linfática regional de drenaje forma parte esencial de la cirugía radical y debe realizarse siempre dentro de unos límites claramente definidos.

Objetivos

Presentamos una histerectomía radical y salpingooferectomía con linfadenectomía pélvica y paraaortica mediante abordaje laparoscópico. Con el abordaje laparoscópico se trata de realizar exactamente los mismos paso quirúrgicos que en el procedimiento abierto, pero con una minimización de la cicatriz parietal y la ventaja añadida de una recuperación posquirúrgica más rápida.

Material y Métodos

Con la paciente en posición de Trendelenburg y la colocación de 4 trócares iniciamos la salpingooferectomía e histerectomía. La linfadenectomía pélvica, similar a la realizada en el cáncer de próstata o cáncer de vejiga músculo invasivo, suele iniciarse sobre la arteria ilíaca externa y las zonas contiguas del músculo psoas, intentando respetar el nervio genitofemoral. Para una visualización anatómica de la región paraaórtica, los monitores deben trasladarse a la cabeza de la paciente y el cirujano situarse en una posición operatoria caudal. Se coloca la óptica en el trocar suprapúbico accesorio, iniciándose el abordaje laparoscópico de los ganglios retroperitoneales paraórticos. Una disección completa debe incluir la disección quirúrgica de los siguientes espacios:

1. El espacio lateral derecho (venoso) entre el uréter y la vena cava hasta la vena ovárica derecha.
2. El compartimiento medio (arterial) desde la arteria ilíaca primitiva derecha y la bifurcación aórtica hasta la arteria mesentérica inferior (linfadenectomía inframesentérica).
3. El compartimiento craneal, alcanzando finalmente la altura de la vena renal derecha (linfadenectomía supramesentérica).

VÍDEOS

Conclusiones

El urólogo con su conocimiento de la anatomía retroperitoneal y su experiencia laparoscópico puede tener un papel activo a la hora de abordar la parología oncoginecológica. El acceso caudal del área retroperitoneal nos permite realizar una disección completa del paquete linfático paraaortico, constituyendo un acceso útil para otro tipo de linfadenectomía retroperitoneales en tumores urológicos.

VÍDEOS

V-22 LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA.

García Escudero, Damián; Ruibal Moldes, Manuel; Rodríguez Núñez, Higinio; Zarraonandía Andraca, Antón.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El cáncer de pene es una rara enfermedad con una incidencia menor de 1 cada 100.000 habitantes. Entre sus factores de riesgo destaca la fimosis, la inflamación crónica del pene, la infección por HPV o la exposición a radiaciones UVA. Histológicamente, la mayor parte son carcinomas escamosos y se originan en del epitelio que rodea al prepucio.

Caso clínico

Varón de 45 años sin antecedentes personales de interés que es intervenido en enero de 2015 de penectomía parcial por carcinoma escamoso de pene. A la exploración física se palpaba una adenopatía inguinal derecha. Se solicita TC de extensión: adenopatía inguinal derecha con realce periférico y centro (posible necrosis) de 20 X 13 mm. Resto de ganglios inguinales sin características radiológicas de malignidad. Se decide realizar linfadenectomía inguinal bilateral mediante abordaje videoendoscópica. Técnica: tras colocar trócar óptico y 2 trócares accesorios, se crea espacio virtual con CO2 en espacio inguinal profundo. Se identifican vasos femorales. Tras resección de tejido profundo, se identifica cayado de la safena, que se secciona junto con el resto del tejido superficial. Tiempo quirúrgico: 3 h. Sangrado: 0 ml. Estancia postoperatoria: 10 días.

Conclusiones

La linfadenectomía inguinal es la técnica utilizada para el tratamiento y estadiaje del cáncer de pene con metástasis ganglionares (primer escalón). El abordaje videoendoscópico supone una alternativa que presenta menor agresividad y menor tasa de complicaciones postoperatorios (linforrea, dolor...).

26 Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Colaboraciones

Nuestro más sincero agradecimiento a las

EMPRESAS PATROCINADORAS

ASTELLAS PHARMA
GLAXOSMITHKLINE
GSA GALLEGA
JANSSEN-CILAG
LABORATORIOS ROVI
SANOFI AVENTIS

EMPRESAS COLABORADORAS

ALMIRALL
AMGEN
CASEN RECORDATI
DISGAMEDICA
GEBRO PHARMA
LABORATORIOS RUBIÓ



SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



**GALLEGA DE EXPOSICIONES Y
CONGRESOS**

Muelle de Bouzas, Dársena N° 2, Local 52 B
36208 Vigo (Spain)
Tel/Fax: (+34) 986 294 465
Móvil: (+34) 654 556 193 / 699 900 821
www.gallegadecongresos.com