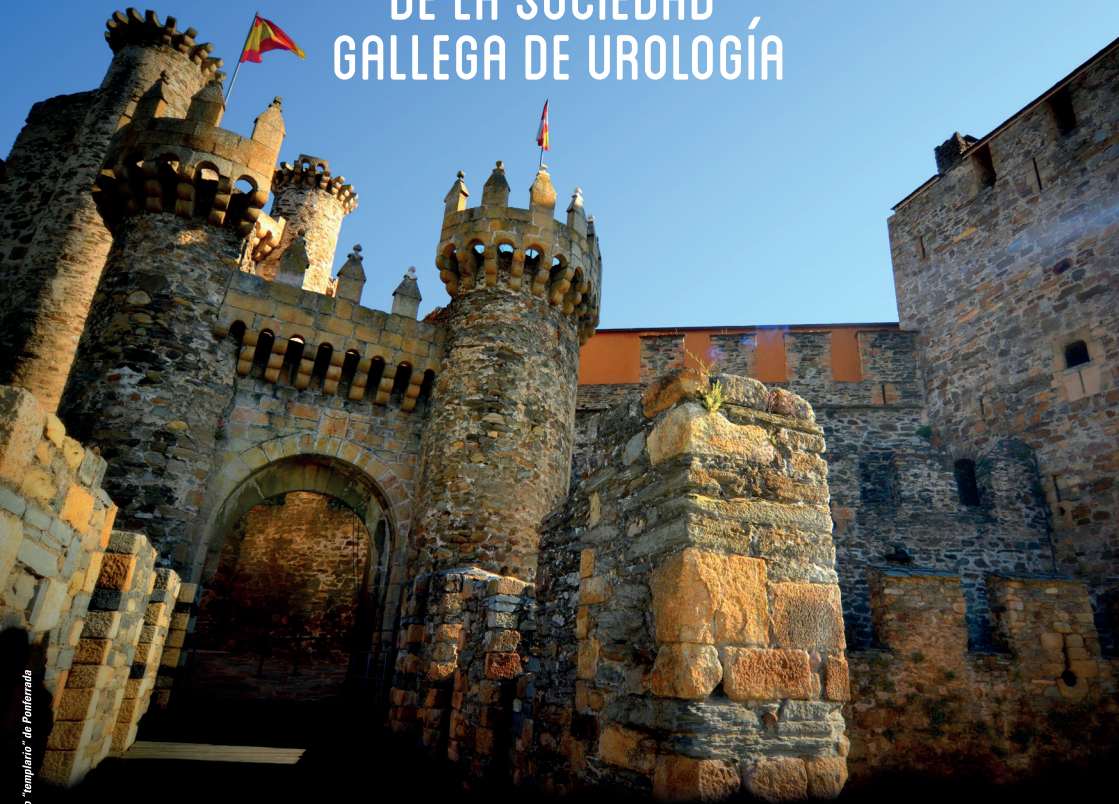




SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA

# XXVIII CONGRESO

DE LA SOCIEDAD  
GALLEGA DE UROLOGÍA



Castiello "templario" de Ponferrada

**PONFERRADA / O BARCO DE VALDEORRAS**  
**1 Y 2 DE JUNIO DE 2018**

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

**ORGANIZA**

Sociedad Gallega de Urología / Servicio de Urología del Hospital El Bierzo



SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA



HOSPITAL EL BIERZO

**PROGRAMA**





**SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA**

**XXVIII  
CONGRESO  
DE LA  
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**

**PONFERRADA / O BARCO DE VALDEORRAS  
1 Y 2 DE JUNIO DE 2018**



**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***



## RESOLUCIÓN DE RECOÑECEMENTO DE INTERESE SANITARIO

**Expediente núm.:** SA301A 2018/3-3  
**Asunto:** Concesión do interese sanitario  
**Interesada/o:** **GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS**  
**Data de iniciación:** 1 e 2 de xuño de 2018  
**Procedemento:** SA301A (Recoñecemento de Interese Sanitario)  
**Forma de inicio:** Solicitud de interesado

### ANTECEDENTES

1. **GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS** CIF B36920593 en calidade de representante da Sociedade Galega de Uroloxía, solicitou o recoñecemento de interese sanitario para o **“XXVIII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología”**
2. **GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS** é a entidade organizadora da actividade.
3. A actividade desenvolverase o 1 e 2 de xuño de 2018 en Ponferrada-O Barco de Valdeorras.

### CONSIDERACIÓNS LEGAIS

1 Esta xefatura territorial é competente para coñecer e decidir sobre a cuestión proposta de conformidade co disposto no artigo 7 da orde do 27 de decembro de 2016, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico destinados a promover o estudo, difusión, formación e especialización das ciencias e técnicas relacionadas coa saúde (DOG Núm. 6, do 10 de xaneiro de 2017).

2. A documentación presentada cumpre os requisitos establecidos na dita orde.

De acordo con todo o indicado RESOLVO:

**Outorgar** o recoñecemento de interese sanitario á dita actividade.

Contra a presente resolución, que non pon fin á vía administrativa, poderá interpoñer no prazo dun mes recurso de alzada ante o conselleiro de Sanidade.

Mediante este documento notifícasele ao interesado esta resolución segundo o esixido no artigo 40 da Lei 39/2015, do 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas.

Ourense, 16 de febreiro de 2018  
A xefa territorial

María Villar Suárez





# XXVIII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

## Comité Organizador

### **PRESIDENTE**

Dr. José Antonio Rivas Escudero

### **VICEPRESIDENTE**

Dr. Vicente Pastor Casas Agudo

### **SECRETARIO**

Dr. Oscar Miranda Aranzubía

### **VOCALES**

Dra. Andrea Orosa Andrada

Dr. José Vicente Baldissera Aradas

Dr. Santiago Pérez Cadavid

Dr. Luis Miguel Tagarro Villa





# Sociedad Gallega de Urología Junta Directiva

## **PRESIDENTE**

D. Venancio Chantada Abal

## **VICEPRESIDENTE**

Dña. Elena López Díez

## **SECRETARIO GENERAL**

D. Javier Tato Rodríguez

## **TESORERO**

D. Enrique Cespón Outeda

## **VOCAL DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS**

D. Daniel Adolfo Pérez-Fentes

## **VOCALES**

- D. Miguel Ángel Blanco Parra
- D. Javier Sánchez Rodríguez-Losada
  - D. Luis Mateo Cambón
  - D. Andrés Rodríguez Alonso
  - Dña. Paula Portela Pereira
- D. Juan Andrés González Dacal
  - D. Máximo Castro Iglesias
- D. Álvaro Miguel Pineda Munguía
  - D. Juan Mata Varela
  - Dña. Luisa Suárez de Lis





## XXVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA

# Datos de Interés

### **ORGANIZA**

Sociedad Gallega de Urología  
Servicio de Urología Hospital El Bierzo

### **FECHAS DEL CONGRESO**

Días 1 y 2 de Junio de 2018

### **SEDE DEL CONGRESO**

Hotel Celuisma Ponferrada  
Avda. Ronda Norte 5

### **HOTEL DEL CONGRESO Y EXPOSICIÓN COMERCIAL**

Hotel Celuisma Ponferrada  
Avda. Ronda Norte, 5

### **SECRETARÍA CIENTÍFICA**

Servicio de Urología del Hospital El Bierzo.  
Calle Médicos sin Fronteras, 7 24404 Ponferrada, León.  
Telf: 987 45 52 00

### **SECRETARÍA TÉCNICA**

GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS, S.L  
Muelle de Bouzas, Dársena nº2,  
Local 52-B, 36208 Vigo  
Telf: 699 900 821 - 654 556 193  
Tel/Fax: 986 294 465  
congresos@gallegadecongresos.com  
www.gallegadecongresos.com



## RESUMEN DE PROGRAMA

### VIERNES

#### *Sesión de Mañana*

- 08:30 Entrega de documentación en la secretaría del Congreso
- 08:45 Bienvenida
- 09:00 Sesión Póster
- 10:40 Pausa café
- 11:10 Sesión Vídeos 2D
- 13:00 Estado del arte
- 14:00 Comida de trabajo. Restaurante del hotel

#### *Sesión de tarde*

- 16:00 Sesión Comunicaciones Orales
- 17:45 Inauguración oficial
- 18:00 Simposio Janssen

#### **NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO**

- 18:30 Cara a cara

#### **CÁNCER DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁSICO ¿HACIA DÓNDE VAMOS? RADIOTERAPIA/BRAQUITERAPIA VERSUS CIRUGÍA**

- 20:00 Salida en autocar del hotel al restaurante
- 21:00 Cena oficial del Congreso  
Entrega Medalla de Oro de la SGU
- 00:00 Salida del restaurante al hotel

## SÁBADO

### *Sesión de Mañana*

- 09:00 Sesión Vídeos 3D
- 10:15 Pausa café
- 10:45 Conferencia:  
**NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN AUSENCIA DE METÁSTASIS**
- 11:15 Mesa redonda:  
**CÁNCER VESICAL INFILTRANTE: CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA**
- 12:30 Conferencia magistral:  
**TECNOLOGÍA O TECNOLATRÍA: ¿A DÓNDE VAN LOS CIRUJANOS?**
- 14:30 Comida de Clausura en O Barco de Valdeorras  
Entrega de Premios de la Sociedad Gallega de Urología:
- Mejor comunicación Oral, Poster y Vídeo
  - Beca Proyecto de Investigación 2017
- 18:00 Asamblea General de la S. G. U. en O Barco de Valdeorras  
1ª Convocatoria (18.00) / 2ª Convocatoria (18:30)





## Índice

RESUMEN DE PROGRAMA.....pág. 12-13

PROGRAMA.....pág. 16

RESÚMENES:

PÓSTERS (P) .....pág. 27

COMUNICACIONES ORALES (C).....pág. 53

VÍDEOS (V).....pág. 73

COLABORACIONES .....pág. 95



# PROGRAMA VIERNES 1 DE JUNIO

## SESIÓN DE MAÑANA

08:30 Entrega de documentación en la secretaría del Congreso

08:45

### **Bienvenida**

Dr. José Antonio Rivas Escudero. *Hospital El Bierzo*  
Presidente del Comité Organizador

09:00

### **Sesión Póster. Moderadores:**

Dr. Andrea Orosa Andrada. *Hospital El Bierzo*.  
Dra. Paula Portela Pereira. *C.H.U. de Ourense*

### **P1- BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN DE IMAGEN ECO-RNM. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.**

Chaves Santamaría, Mirian; Lema Grillé, José; Cimadevila García, Antonio; García Freire, Camilo.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

### **P2- PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES AÑOSOS: RESULTADOS ONCOLÓGICOS, FUNCIONALES Y COMPLICACIONES**

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

### **P3- PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO D'AMICO**

Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier; Docampo Fernández, José; Rey Rey, Jorge; Mosquera Seoane, Teresa; Freire Calvo, Jacobo; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### **P4- RADIOTERAPIA EXTERNA DE RESCATE: ANÁLISIS OBJETIVO DE FACTORES PREDICTIVOS DE MALA RESPUESTA.**

Fernández Docampo, Jose; Lojo Romero, Javier; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rodríguez Alonso, Andrés.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### **P5- RADIOTERAPIA EXTERNA DE RESCATE TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL: ¿ES MAYOR LA PROBABILIDAD DE FRACASO TERAPÉUTICO EN PACIENTES POTENCIALMENTE CANDIDATOS A RADIOTERAPIA ADYUVANTE?**

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



### **P6- PROBABILIDAD DE RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN FUNCIÓN DE AFECTACIÓN PERINEURAL, PERILINFÁTICA Y PERIVASCULAR DE LA PIEZA QUIRÚRGICA**

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

### **P7- RESULTADOS DAS VÍAS RÁPIDAS DE CANCRO DE VEXIGA E PRÓSTATA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL**

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

### **P8- QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL HIPERTERTÉRMICA, NUESTRA EXPERIENCIA**

Pineda Munguía, Álvaro Miguel; Tato Rodríguez, Javier; García Freire, Camilo; Fernández Baltar, Carlos; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez, M<sup>a</sup>. Elena.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Clínico de Santiago de Compostela*

### **P9- ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE RESECCIÓN EN BLOQUE EN TUMORES VESICALES**

Villar Vázquez, Nuria; Vázquez-Martul, Dario; Mainez, Juan Antonio<sup>(1)</sup>; García Sobrino, Ruben; Martínez Breijo, Sara; Aller Rodríguez, Marcos; Chantada Abal, Venancio.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario A Coruña,*  
<sup>(1)</sup>*Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz, Madrid*

### **P10- CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULA PEQUEÑA DE URACO, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Martínez Corral, María Elena; Lema Grillé, José; García Freire, Camilo.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

### **P11 - PROSTATECTOMÍA SIMPLE LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL TIPO MILLIN: ANÁLISIS DE 207 CASOS**

Zarraonandía Andraca, Antón; Carrión, Almudena; Samper, Paula; González-Dacal, Juan Andrés; Rodríguez Núñez, Higinio; García Riestra, Vicente; Díaz Bermúdez, José; Ruibal Moldes, Manuel.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

**P12- CURVA DE APRENDIZAJE EN LA PROSTATECTOMÍA PURA SIMPLE LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL TIPO MILLIN: METOLOGÍA CUSUM.**

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

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**P13- VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON INGRESO DE 24 HORAS.**

Villegas Piguave, D.; Villar Vázquez, N.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Caramés Masana, F.; Lamas Díaz, L.; García-Terente Fernández, V.; Cambón Bastón, E.Mª; García Expósito, M.A.; García Sobrino, R.; López Fernández, A.; Iglesias Albarado, J.R.; Suárez Pascual, G.; Vázquez-Martul D.; Chantada Abal V.

*Servicio de Urología. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**P14- UROLIFT®, PRIMEROS PASOS**

García Sobrino, R.; Sánchez Merino, J.Mª; García Expósito, M.A.; García-Terente Fernández, V.; Cambón Bastón, E.M.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

**P15- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TO-A (A.M.I.) NUESTRA EXPERIENCIA.**

Cambón Bastón, E.; Sánchez Merino, J.Mª; Villegas Piguave, A.D.; Villar Vázquez, N.; García-Terente Fernández, V.; Sánchez Rodríguez-Losada, J.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**P16- TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS CON MALLA INGYNIIOUS (A.M.I®). NUESTRA EXPERIENCIA.**

Cambón Bastón, E.; Sánchez Merino, J.Mª; Villegas Piguave, A.D.; Villar Vázquez, N.; García-Terente Fernández, V.; Sánchez Rodríguez-Losada, J.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**P17- ERRORES DIAGNÓSTICOS EN ESTUDIOS POR IMAGEN POR MIGRACIÓN LOCAL DE MACROPLASTIQUE® PARA CORRECCIÓN ENDOSCÓPICA DEL REFLUJO VESICoureTERAL**

García-Terente Fernández, Virginia<sup>(1)</sup>; Residente<sup>(1)</sup>; Lancina Martín, Alberto<sup>(1)</sup>; Martínez-Sapiña Llanas, María José<sup>(2)</sup>; Chantada Abal, Venancio<sup>(1)</sup>.

*(1)Servicio de Urología. (2)Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

---

## PROGRAMA / VIERNES 1 DE JUNIO

---

10:40 Pausa café

11:10 Sesión Vídeos 2D

Moderadores:

Dr. José Vicente Baldissera Aradas. *Hospital El Bierzo.*

Dr. Javier Casas Nebra. *Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo*

### V1- UROLIFT®, NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

García Sobrino, R.; Sánchez Merino, J.M<sup>®</sup>; Bohórquez Cruz, M.; Caramés Masana, F.; Villegas Piguave, A.D.; Villar Vázquez, N.; López Fernández, A.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

### V2- RTU EN BLOQUE PARA TUMORES VESICALES PAPILARES Y SÓLIDOS

Villar Vázquez, Nuria; Caramés Masana, Francisco; Vázquez-Martul, Darío;  
García Sobrino, Ruben; Martínez Breijo, Sara; Cambón Bastón, Eva;  
Chantada Abal, Venancio.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### V3- SECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS URETEROILEAL: TÉCNICA PASO A PASO

Pérez Schoch, M.; Carballo Quintá, M.; Almuster Domínguez, S.; Castro Iglesias, M.;  
Sánchez Ramos, J.; Montero Fabuena, R.; Díaz Álvarez, J.M.; Martínez Vázquez, A.;  
López García, S.; López Díez, M.E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.;  
Barros Rodríguez, J.M.; Ojea Calvo, A.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro  
Cunqueiro*

### V4- CALCIFICACIONES INTRACALICIALES

Medina González, Antonio; Pello Fonseca, José; Salgado Plonski, José;  
Cruceyra Betriú, Guillermo; Díaz Méndez, Begoña; Rodríguez Villamil, Luis;  
Pérez García, Corina; Rúger Jiménez, Laura; Alonso Calvar, Laura;  
Mosquera Madera, Javier  
*Servicio de Urología - Hospital De Cabueñes (Gijón)*

### V5- PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO

García-Terente Fdez., V.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Lamas Díaz, L.;  
Bohórquez Cruz, M.; Villar Vázquez, N.; Martínez Breijo, S.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

### V6- PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO, ¿ES POSIBLE?

Villar Vázquez, Nuria; Vázquez-Martul, Darío; Lamas Díaz, Leticia;  
Martínez Breijo, Sara; García-Terente, Virginia; Venancio Chantada Abal  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### V7- TRES TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS EN EL MISMO PACIENTE.

Casas Nebra, J; Blanco Gómez, B; Carrillo Zamora, C; Rodríguez Lugo, S; Calafiore, D; Mateo Cambón, L; Vérez Vivero, M; Mosteiro Ponce, J; García Novio, F.

*Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti*

### V8- TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA RETROPERITONEOSCÓPICA

Calafiore, D; Blanco Gómez, B; Casas Nebra, J; Carrillo Zamora, C; Rodríguez Lugo, S; Vérez Vivero, M; Mosteiro Ponce, J; Mateo Cambón, L; García Novio F.

*Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti*

### V9- TUMORECTOMÍA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA OFF-CLAMP.

Díaz Álvarez, JM.; Sánchez Ramos, J; Pérez Schoch, M.; Montero Fabuena, R.; Almúster Domínguez, S.; Cespón Outeda, E.; Comesaña Davila, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Rodríguez Iglesias, B.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro.*

### V10- USO DE DIFERENTES RECURSOS QUIRÚRGICOS EN TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA

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

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

### V11- NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA CON CAVOTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA RENAL CON TROMBO VENOSO.

Casas Nebra, J; Blanco Gómez, B; Carrillo Zamora, C; Calafiore, D; Rodríguez Lugo, S; Vérez Vivero, M; .Mateo Cambón, L; Mosteiro Ponce, J; García Novio, j. Francisco.

*Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti*

13:00

Estado del arte

#### AVANCES EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LITIASIS

Moderador:

Dr. Máximo Castro Iglesias. *C.H.U. de Vigo*

Ponente:

Dr. Marcos Cepeda Delgado. *H. U. Río Hortega de Valladolid*

14:00

Comida de trabajo. Restaurante del hotel

### SESIÓN DE TARDE

16:00

Sesión Comunicaciones Orales

Moderadores:

Dr. Santiago Pérez Cadavid. *Hospital El Bierzo.*

Dra. Sara Martínez Breijo. *C.H.U. de A Coruña*

#### **C1- EL APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE MASAS EN LA REGIÓN SUPRARRENAL EN EDAD INFANTIL**

Brañanova López, Pelayo<sup>(1)</sup>; Anes González, Gonzalo<sup>(2)</sup>; Rivas Escudero, José Antonio<sup>(3)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicios de Radiología. *Hospital El Bierzo (Ponferrada)*, <sup>(2)</sup>HUCA (Oviedo) y

<sup>(3)</sup>Servicio de Urología Hospital El Bierzo (Ponferrada)

#### **C2- APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES RENALES EN LA EDAD ADULTA**

Brañanova López, Pelayo<sup>(1)</sup>; Yagüe Zapatero, M<sup>a</sup>. Esther<sup>(1)</sup>;

Vicente Pastor, Casas-Agudo<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicios de Radiología y <sup>(2)</sup>Urología. *Hospital El Bierzo. Ponferrada*

#### **C3- APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES SOBRE EL INJERTO RENAL**

Brañanova López, Pelayo<sup>(1)</sup>; Miranda Aranzubía, Oscar<sup>(2)</sup>; Orosa Andrada, Andrea<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicios de Radiología y <sup>(2)</sup>Urología. *Hospital El Bierzo. Ponferrada*

#### **C4- ÁREA TUMORAL ENDOFÍTICA: UN NUEVO MARCADOR MORFOMÉTRICO QUE PREDICE LOS RESULTADOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA.**

Fernández Docampo, J; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J;

Rey Rey, J; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; Mosquera Seoane, T;

Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; González Blanco, A; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **C5- ABORDAJE POR RETROPERITONEOSCOPIA DE TUMORES RENALES POSTERIORES. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PRIMEROS 28 CASOS DE NUESTRA SERIE**

Pérez Schoch, M.; Díaz Álvarez, J.M.; Sánchez Ramos, J.; Montero Fabuena, R.;

Cespón Outeda, E.; Almuster Domínguez, S.; Comesaña Davila, E.;

Martínez-Sapiña Llanas, I.; Rodríguez Iglesias, B.; Carballo Quintá, M.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro*

#### **C6- ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS RESULTADOS FUNCIONALES, ONCOLÓGICOS Y DE SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA**

Rey Rey, Jorge; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier;

Fernández Docampo, José; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso;

Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier;

Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*



**C7- PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE TDA EN CANCRO DE PRÓSTATA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL**

Lojo Romero, Javier; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Docampo Fernández, José; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**C8- IMPLICACIÓN DEL ESTROMA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**

Medina González, Antonio<sup>(1)</sup>; Eiró Díaz, Noemí<sup>(2)</sup>; Vizoso Piñero, Francisco J.<sup>(2)</sup>; Jalón Monzón, Antonio<sup>(3)</sup>; Fernández Gómez, Jesús María<sup>(3)</sup>; Ovidio González, Luis<sup>(2)</sup>; Casas Nebra, Javier<sup>(4)</sup>; Safwan Escaf Barmadah<sup>(3)</sup>

*(1)Hospital Universitario de Cabueñes, (2)Hospital Fundación de Jove, (3)Hospital Universitario Central de Asturias, (4)Hospital Lucus Augusti*

**C9- ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EXPRESIÓN DE METALOPROTEASAS (MMPS) ENTRE LAS ZONAS NO TUMORALES DE LA BIOPSIA NEGATIVA Y DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL**

Medina González, Antonio<sup>(1)</sup>; Eiró Díaz, Noemí<sup>(2)</sup>; Safwan Escaf Barmadah<sup>(3)</sup>; Jalón Monzón, Antonio<sup>(3)</sup>; Fernández Gómez, Jesús María<sup>(3)</sup>; Ovidio González, Luis<sup>(2)</sup>; Casas Nebra, Javier<sup>(4)</sup>; Vizoso Piñero, Francisco José<sup>(2)</sup>

*(1)Hospital Universitario de Cabueñes, (2)Hospital Fundación de Jove, (3)Hospital Universitario Central de Asturias, (4)Hospital Lucus Augusti*

**C10- SARCOMA PARATESTICULAR. A PROPÓSITO DE 5 CASOS.**

García Expósito, Marco Antonio; Sánchez Merino, Jose María; García Sobrino, Rubén; López Fernández, Alicia; Iglesias Alvarado, Julio Iglesias; Chantada Abal, Venancio.

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

**C11- COLPOCLEISIS PARA LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS. REVISIÓN DE NUESTRA SERIE.**

López Fernández, A; Sánchez Merino, JM<sup>B</sup>; García Expósito, M; García Sobrino, R; Iglesias Alvarado, JR; Chantada Abal, V.

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

**C12- REVISIÓN DE 184 PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS TRATADAS CON PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA.**

Zarraonandía Andraca, Antón; Muñoz, Marta; Aparicio, Lara; Gonzalez Dacal, Juan Andrés;

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra,*

### **C13- RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO IBERIAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA MASCULINA POST-PROSTATECTOMÍA MEDIANTE EL CABESTRILLO AJUSTABLE TRANSOBTURADOR ATOMS.**

Pereira Beceiro, Javier<sup>(1)</sup>; Carballo Quintá, Manuel<sup>(2)</sup>; Angulo Cuesta, Javier C.<sup>(3)</sup>; Abeijón Piñeiro, Carla<sup>(1)</sup>; Molinos Mayo, Jessica<sup>(1)</sup>; Lojo Romero, Javier<sup>(1)</sup>; Fernández Docampo, Jose<sup>(1)</sup>; Mosquera Seoane, Teresa<sup>(1)</sup>; Freire Calvo, Jacobo<sup>(1)</sup>; Rey Rey, Jorge<sup>(1)</sup>; Rodríguez Souto, Pilar<sup>(1)</sup>; González Blanco, Alfonso<sup>(1)</sup>; Bonelli Martín, Carlos<sup>(1)</sup>; Álvarez-Ossorio, José L.<sup>(4)</sup>; Ojea Calvo, Antonio<sup>(2)</sup>; Rodríguez Alonso, Andrés<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol,

<sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, <sup>(3)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid,

<sup>(4)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.  
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

17:45 Inauguración oficial

18:00 Simposio Janssen

#### **NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO**

Moderador:

Dr. Dionisio López Bellido - *Complejo Hospitalario Universitario de Orense*

Panelistas:

Dra. Sara Martínez Breijo - *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Dr. Oscar Miranda Aranzubía - *Hospital del Bierzo*

18:30 Cara a cara

#### **CÁNCER DE PRÓSTATA OLIGOMETASTÁSICO ¿HACIA DÓNDE VAMOS? RADIOTERAPIA/BRAQUITERAPIA VERSUS CIRUGÍA**

Moderador:

Dr. Oscar Miranda Aranzubía. *Hospital El Bierzo.*

Panelistas:

Dr. Francisco Campanario Pérez. *C.A.U. de Palencia.*

Dr. Herminio González Suárez. *Hospital Universitario Central de Asturias*

20:00 Salida en autocar del hotel al restaurante

21:00 Cena oficial del Congreso

Entrega Medalla de Oro de la SGU

00:00 Salida del restaurante al hotel



## PROGRAMA SÁBADO 2 DE JUNIO

### SESIÓN DE MAÑANA

09:00

Sesión Videos 3D. Moderadores:

Dr. Antón Zarraonandía Andraca. *C.H.U. de Pontevedra*

Dr. Jorge Rey Rey. *C.H.U. de Ferrol*

#### **V12- HEMINEFRECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR HIDROCÁLIZ INFECTADO**

Rodríguez Alonso, A; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; Rey Rey, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **V13- NEFRECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA Y CAVOTOMÍA POR TROMBO TUMORAL GUIADA POR ECOGRAFÍA**

Rodríguez Alonso, A; Freire Calvo, J; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **V14- EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA PARIETO-COSTAL Y DIAFRAGMÁTICA DE NEOPLASIA RENAL**

Rodríguez Alonso, A; Rey Rey, J; Molinos Mayo, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **V15- LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA**

Abeijón Piñeiro, C.; Mosquera Seoane, T.; Molinos Mayo, J.; Lojo Romero, J.; Fernández Docampo, J.; Bonelli Martín, C.; Freire Calvo, J.; González Blanco, A.; Pereira Beceiro, J.; Rey Rey, J.; Rodríguez Souto, P.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **V16- LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE POR RECIDIVA GANGLIONAR TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL**

Rodríguez Alonso, A; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **V17- REIMPLANTE URÉTERO-NEOVESICAL LAPAROSCÓPICO BILATERAL.**

Rodríguez Alonso, A; Pereira Beceiro, J; Molinos Mayo, J; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*



---

## PROGRAMA / SÁBADO 2 DE JUNIO

---

### V18- REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL TRAS COLPOSACROPEXIA

Rey Rey, Jorge; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, José; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés  
*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.*

10:15 Pausa café

10:45 Conferencia:  
**NOVEDADES EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN EN AUSENCIA DE METÁSTASIS**

Moderador:

Dr. A. Máximo Castro Iglesias. *C.H.U. de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro*

Ponente:

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

11:15 Mesa redonda:  
**CÁNCER VESICAL INFILTRANTE: CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA**

Moderadores:

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

Dra. Fernanda Lorenzo Gómez. *H. U. de Salamanca*

Panelistas:

Dr. Eduardo Solsona Narbón. *Instituto Valenciano de Oncología*

Dr. José Luís Alvarez-Ossorio Fernández. *H. U. Puerta del Mar de Cádiz*

12:30 Conferencia magistral:  
**TECNOLOGÍA O TECNOLATRÍA: ¿A DÓNDE VAN LOS CIRUJANOS?**

Moderador: Dr. Andrés Rodríguez Alonso. *C. H. U. De Ferrol*

Conferenciante: Dr. Antonio Sitges Serra. *H. U. del Mar de Barcelona*

14:30 Comida de Clausura en O Barco de Valdeorras  
Entrega de Premios de la Sociedad Gallega de Urología:  
• Mejor comunicación Oral, Poster y Vídeo  
• Beca Proyecto de Investigación 2017

18:00 Asamblea General de la S. G. U. en O Barco de Valdeorras  
1ª Convocatoria (18.00) / 2ª Convocatoria (18:30)





## PÓSTERS

### P1- BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN DE IMAGEN ECO-RNM. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

Chaves Santamaría, Mirian; Lema Grillé, José; Cimadevila García, Antonio; García Freire, Camilo.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

#### Objetivos:

Presentar nuestra experiencia inicial con el sistema estereotáctico de fusión de imagen ECO-RNM para el diagnóstico de cáncer de próstata significativo, en pacientes con sospecha clínica persistente y múltiples biopsias previas negativas.

#### Material y Métodos:

Entre abril de 2017 y marzo de 2018, 26 pacientes fueron sometidos a biopsia de próstata transperineal con fusión de imagen ECO-RNM empleando el sistema RVS (Real Virtual Sonography) de Hitachi. Las lesiones se clasificaron mediante el sistema PIRADS-V2, por un grupo de 6 radiólogos, y las biopsias fueron dirigidas a las áreas sospechosas.

#### Resultados:

La edad media de los pacientes fue de 68,3 años (57-80), con un PSA medio de 13,5 ng/ml (2-42) y volumen prostático medio de 74,5 cc (23,8-170). Se habían realizado previamente una media de 2,2 (0-5) biopsias por paciente, con resultado negativo en 20 pacientes (76,9%), atipia en 3 (11,5%), PIN alto grado en 1 (3,8%) y adenocarcinoma en 1 paciente (3,8%), el cual se encontraba en vigilancia activa.

El número medio de lesiones detectadas en la RNM por paciente fue de 1,58 (1-4), con resultado PIRADS  $\geq 4$  en 23 pacientes (88,5%). En 7 pacientes (26,9%), la lesión se localizaba en la porción anterior de la glándula. La biopsia resultó positiva en 14 pacientes (53,8%), presentando Gleason  $\geq 7$  (3+4) 9 pacientes (34,6%).

De las 41 áreas detectadas en la RNM, 22 (53,7%) se localizaban a nivel periférico, 11 (26,8%) en ZT, 7 (17,1%) eran anteriores y 1 (2,4%) central. 31 lesiones (75,6%) se informaron como PIRADS  $\geq 4$ .

El nº medio de cilindros tomados por lesión fue de 5,6 (2-10). Resultaron positivas para adenocarcinoma de próstata 18 lesiones (43,9%), de las cuales 11 (61%) presentaron un Gleason  $\geq 7$  (3+4). En cuanto a localización, resultaron positivas el 50% de las lesiones periféricas y el 85,7% de las lesiones anteriores. El 51,6% de lesiones PIRADS  $\geq 4$  fueron positivas en la biopsia. Como complicaciones, 3 pacientes (11%) presentaron retención aguda de orina.

#### Conclusiones:

La biopsia prostática transperineal con fusión de imagen ECO-RNM permite la realización de biopsias más precisas para la detección de enfermedad clínicamente significativa y aumenta el diagnóstico de tumores anteriores.

### P2- PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES AÑOSOS: RESULTADOS ONCOLÓGICOS, FUNCIONALES Y COMPLICACIONES

Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, José; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

Evaluar los resultados de pacientes añosos tratados con prostatectomía radical (PR).

#### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes (N=929) tratados con PR entre 2000-2017. Se dividieron en <70 años (G1, n=654) y ≥70 años (G2, n=275). Análisis  $\chi^2$  en variables cualitativas, T-Student y U de Mann-Whitney en cuantitativas. Análisis de supervivencia con metodología Kaplan-Meier. Análisis de regresión logística multivariada y curva ROC para determinar variables asociadas a complicación.

#### Resultados:

Media de edad en G1: 62,77±4,82; G2: 72,19±1,8. Abordaje laparoscópico G1: 490(74,9%); G2: 150 (54,5%). PSA preoperatorio del G1: 8,41±3,75; G2: 8,19±4,24. Grupo de riesgo D'Amico alto en G1: 72(11%); G2: 28(10,2%). Presentaron recidiva bioquímica 216 pacientes (33%) de G1 vs. 84(30,5%) de G2; y metástasis 16(2,4%) en G1 vs 12(4,4%) en G2.

Entre G1 y G2 no se detectaron diferencias significativas en complicaciones precoces de cualquier grado {114(17,4%) vs. 58 (21,1%)}, graduación de las mismas (Clavien Dindo ≥III: 30(4,58%) vs. 9(3,27%)}, ni en complicaciones tardías {54(8,3%) vs 28(10,2%)}

Se observaron diferencias en abordaje ( $p<0,001$ ), preservación de bandeletas ( $p<0,001$ ), erección post-cirugía ( $p<0,001$ ) y continencia ( $p=0,003$ ).

El área bajo la curva ROC de la edad para predecir complicaciones es 0,547. Entre G1 y G2 se observan diferencias en supervivencia global ( $p<0,001$ ) pero no en supervivencia cáncer-relacionada ( $p=0,505$ ).

Se realizó análisis multivariado ajustado por edad, volumen prostático, realización de linfadenectomía, abordaje, grupo de riesgo y Charlson, observando que las variables que se asocian de manera independiente a la aparición de complicaciones precoces de cualquier grado son el grupo de riesgo (OR:1,99,95%IC:1,08-3,66; $p=0,028$ ), y a complicaciones grado ≥III el índice de Charlson (OR:0,21,95%IC:0,06-0,79; $p=0,021$ ).

Análisis multivariado ajustado por edad, volumen prostático, Charlson, abordaje y grupo de riesgo, objetivando que las variables que se asocian de manera independiente al estado de continencia son la edad (OR:0,59,95%IC:0,40-0,86; $p=0,006$ ) y grupo de riesgo (OR:0,56,95%IC:0,34-0,91; $p=0,02$ ).

---

## PÓSTERS

---

### Conclusiones:

La PR en pacientes añosos es un procedimiento seguro con buenos resultados oncológicos. Existen diferencias en resultados funcionales respecto a pacientes jóvenes. El desarrollo de complicaciones precoces de cualquier grado se asocia al grupo de riesgo, mientras que el desarrollo de complicaciones  $\geq$ III se asocia al Charlson. La continencia se asocia a la edad y al grupo de riesgo.

### P3- PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO D'AMICO

Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier; Docampo Fernández, José; Rey Rey, Jorge; Mosquera Seoane, Teresa; Freire Calvo, Jacobo; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.*

#### Introducción:

Evaluar los resultados de pacientes de alto riesgo D'Amico tratados con prostatectomía radical (PR).

#### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de cohortes formado por 100 pacientes tratados con PR entre 2000-2017. Análisis univariado Kaplan-Meier para variables cualitativas y regresión de Cox en cuantitativas. Regresión de Cox multivariada para analizar factores asociados a supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB), supervivencia cáncer-relacionada (SCR), y supervivencia global (SG). Análisis de supervivencia con metodología Kaplan-Meier.

#### Resultados:

Media de edad 65,68±6,98 años; PSA medio: 15,76±10,88 ng/ml. Presentaron Gleason 7 en la pieza 40% de los pacientes, y 57% eran tumores órganoconfinados. Presentaron recidiva bioquímica 63%, y metástasis 9%. El seguimiento medio fue 60,16±45,2 meses.

La variable que modifica significativamente la SLRB es la presencia de márgenes ( $p<0,001$ ). Las variables asociadas de forma significativa a SCR son categoría pT ( $p=0,047$ ), Gleason de pieza ( $p=0,039$ ), desarrollo de resistencia a castración ( $p<0,001$ ) y metástasis ( $p<0,001$ ). Las variables que modifican significativamente la SG son el Gleason de biopsia ( $p<0,001$ ), grado de complicación ( $p<0,001$ ), Gleason de pieza ( $p=0,011$ ), cifra del 1º PSA postoperatorio ( $p=0,005$ ), cifra del 1º PSA post-tratamiento de recidiva ( $p=0,002$ ) y desarrollo de metástasis ( $p=0,016$ ).

La SLRB al cabo de 1, 2 y 5 años fue 34,9%, 23,8%, y 4,8% respectivamente. La SCR fue 100% en todos los casos. La SG al cabo de 1, 2 y 5 años fue 95,9%, 95,9% y 88,7% respectivamente.

Se realiza regresión de Cox multivariada ajustada por edad, PSA, categoría cT, % cilindros positivos, Gleason de pieza, y estado de márgenes, objetivando que PSA (RR:1,04,95%CI:1,02-1,07; $p<0,001$ ), categoría cT (RR:1,65,95%CI:1,08-2,51; $p=0,02$ ), Gleason de pieza (RR:1,24,95%CI:1,1-1,39; $p<0,001$ ), y márgenes (RR:1,73,95%CI:1,34-2,23; $p<0,001$ ) se asocian de forma independiente a RB. Se realiza regresión de Cox ajustando con los mismos factores observando que edad (RR:1,09,95%CI:1,06-1,13; $p<0,001$ ) se asocia de manera independiente a SG, y Gleason de pieza (RR:2,21,95%CI:1,31-3,71; $p=0,003$ ) a SCR.

#### Conclusiones:

El PSA, la categoría cT, el Gleason de la pieza y la presencia de márgenes se asocian de manera independiente a RB, el Gleason de la pieza a SCR y la edad a SG, en pacientes de alto riesgo tratados con PR.

#### Palabras clave:

Prostatectomía radical. Alto riesgo. D'Amico.

### P4- RADIOTERAPIA EXTERNA DE RESCATE: ANÁLISIS OBJETIVO DE FACTORES PREDICTIVOS DE MALA RESPUESTA.

Fernández Docampo, José; Lojo Romero, Javier; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar, Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

Objetivo: Identificar factores de mala respuesta a Radioterapia Externa de Rescate (RTER) tras Prostatectomía Radical (PR).

#### Material y métodos:

Estudio retrospectivo de cohortes (n= 203) en pacientes que precisaron RTER tras PR entre 2000-2017. Se definió fracaso terapéutico como la necesidad de Hormonoterapia de rescate (HTr).

Se realizó análisis univariado  $\chi^2$  en variables cualitativas, test de U Mann-Whitney en cuantitativas, análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y Regresión de Cox univariada para estudiar la supervivencia libre de HTr y Análisis Multivariado de Regresión de Cox para identificar variables asociadas de forma independiente a realización de HTr.

#### Resultados:

Media de edad 65,60±5,88 años. Tiempo de seguimiento medio 86,68±41,93 meses. Tiempo medio hasta HTr: 26,91±29,92 meses.

Las variables que se asociaron de forma significativa a la necesidad de RTER fueron: Característica de Tacto Rectal (p=0,006), Categoría cT (p<0,001), Gleason en biopsia (p<0,001), Grupo de Riesgo de D'Amico (p<0,001), Afectación Extracapsular (p=0,009), Persistencia Bioquímica (p<0,001), PSA previo a PR (p<0,001), Porcentaje de Cilindros Positivos en Biopsia (p<0,001), Puntuación en Nomograma de Briganti (p<0,001), PSA tras PR (p<0,001) y previo RTER (p<0,001).

Se observó que la supervivencia libre de HTr se modificó por PSA previo a PR (p<0,001), PSA tras RTER (p<0,001), PSA de inicio RTER (p<0,001). Gleason en pieza (Log-rank:37,74;p<0,001) y Organocnfinación en pieza (Log-Rank:4,29,p=0,038). PSA con el que se realizó RTER (RR:1,17;IC95%:1,105-1,259).

---

## PÓSTERS

---

Se realizó Análisis Multivariado de Regresión de Cox para identificar variables asociadas a la necesidad de HTr, ajustando por Grupo de Riesgo de D'Amico, Presencia de Márgenes Positivos, Afectación Extracapsular, Gleason en pieza y PSA preRTEr , observándose que las variables que predicen fracaso terapéutico de forma independiente son Gleason en pieza (RR:1,61;IC95%:1,23-2,10;p<0,001), PSA previo a RTEr (RR:1,14;IC95%:1,06-1,23;p<0,001) y Grupo de Riesgo de D'Amico (p<0,005).

**Conclusión:**

El Gleason en pieza quirúrgica y el valor de PSA previo a RTEr predicen de forma independiente la mala respuesta a RTEr.



### **P5- RADIOTERAPIA EXTERNA DE RESCATE TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL: ¿ES MAYOR LA PROBABILIDAD DE FRACASO TERAPÉUTICO EN PACIENTES POTENCIALMENTE CANDIDATOS A RADIOTERAPIA ADYUVANTE?**

Lojo Romero, Javier; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Fernández Docampo, José; Rey Rey, Jorge; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Objetivos:**

Evaluar si, entre los pacientes tratados con radioterapia de rescate (RTEr), aquellos potencialmente candidatos a radioterapia adyuvante (RTEa), obtienen resultados diferentes en cuanto a respuesta a radioterapia y supervivencia, con respecto a aquellos pacientes sin criterios de RTEa.

#### **Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo de cohortes con 203 pacientes tratados con RTEr tras Prostatectomía Radical (PR) entre 2000-2015.

Se dividió la muestra en 2 grupos: Grupo 1 (G1)(n=132), formado por pacientes sin criterios de RTEa, y Grupo 2 (G2)(n=71), con pacientes con criterios de RTEa (pT3a con márgenes positivos ó pT3b).

Se analizó la respuesta a RTEr, definida como tiempo hasta inicio de hormonoterapia de rescate (HTr) y supervivencia.

Se empleó la metodología Kaplan-Meier y Regresión de Cox para analizar supervivencia libre de HTr, supervivencia global (SG) y cáncer-específica (SCE). Se efectuó regresión Multivariada de Cox para identificar variables asociadas con realización de HTr.

#### **Resultados:**

Media edad 65,60±5,88 años, Tiempo medio hasta HTr: 35,50±23,62 meses. Tiempo de seguimiento medio: 86,68±41,93 meses.

En G1, la supervivencia libre de HTr al cabo de 1, 2 y 5 años fue 88,6%, 80% y 57,5%, respectivamente, y en G2: 90,8%, 78,1% y 42,3%, respectivamente (p=0,395). La SG a los 5, 10 y 15 años fue de 97,4%, 83,6% y 75%, respectivamente, en G1 y de 96,3%, 78,2% y 78,2%, respectivamente, en G2 (p=0,675). Tampoco se encontraron diferencias en SCR (p=0,246).

---

## PÓSTERS

---

Se realizó Análisis Multivariado de Regresión de Cox para identificar variables asociadas a la necesidad de HTr, ajustando por Presencia de Márgenes Positivos, Afectación Extracapsular, Gleason en pieza y PSA previo a RTEr y Grupo (G1 vs. G2), observándose que, el Gleason en pieza (RR:1,96;IC95%:1,51-2,54;p<0,001), PSA previo a RTEr (RR:1,19;IC95%:1,19-1,11;p<0,001), se asocian de forma independiente al fracaso terapéutico.

### Conclusiones:

La administración de radioterapia de rescate a pacientes potencialmente candidatos a radioterapia adyuvante, por las características anátomo-patológicas de la pieza, no influye en la probabilidad de fracaso terapéutico. El Gleason y el PSA previo a la RTEr son las únicas variables que se asocian a la evolución de estos pacientes.

### Palabras Claves:

Factores Predictores. Radioterapia Adyuvante. Radioterapia Externa de Rescate.

### **P6- PROBABILIDAD DE RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN FUNCIÓN DE AFECTACIÓN PERINEURAL, PERILINFÁTICA Y PERIVASCULAR DE LA PIEZA QUIRÚRGICA**

Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, José; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción:**

Objetivo: analizar la recidiva bioquímica de pacientes con cáncer de próstata tratados mediante prostatectomía radical, en función de afectación perineural, perilinfática y perivascular de la pieza quirúrgica.

#### **Material y Métodos:**

Estudio de cohortes retrospectivo de 929 pacientes intervenidos de prostatectomía radical entre 2000-2017, de los que se seleccionaron 753 en los que existía referencia a afectación perineural, perilinfática y perivascular.

Se realizó análisis univariado mediante  $\chi^2$  en variables cualitativas y test U-Mann-Whitney, en cuantitativas. Se efectuó estudio de supervivencia usando análisis de Kaplan-Meier (log-Rank) en variables cualitativas y regresión de Cox en cuantitativas. Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia libre de recidiva bioquímica.

#### **Resultados:**

La media de edad fue  $65.49 \pm 6.09$  (46-77) años. El 34.30% de pacientes presentaron recidiva bioquímica.

Entre los pacientes con y sin recidiva bioquímica se observaron diferencias relativas a: nivel de PSA ( $p < 0.001$ ), grado de Gleason en pieza ( $p < 0.001$ ), categoría pT ( $p < 0.001$ ), márgenes quirúrgicos ( $p < 0.001$ ), invasión perineural ( $p < 0.001$ ) e invasión perilinfática ( $p < 0.001$ ).

Las variables que modificaron significativamente la supervivencia libre de recidiva bioquímica fueron: PSA ( $p < 0.001$ ), Gleason ( $p < 0.001$ ), categoría pT ( $p < 0.001$ ), márgenes quirúrgicos ( $p < 0.001$ ), invasión perineural ( $p < 0.001$ ) e invasión perilinfática ( $p < 0.001$ ).

Se realizó análisis multivariado ajustado por PSA, grado de Gleason en pieza, categoría pT, márgenes quirúrgicos, afectación perineural, perivascular y perilinfática de la pieza, observando que el PSA ( $1.04; 1.02-1.06; p < 0.001$ ); el grado Gleason ( $1.38; 1.21-1.56; p < 0.001$ ); la categoría pT ( $1.67; 1.28-2.18; p < 0.001$ ) y los márgenes quirúrgicos ( $2.24; 1.69-2.95; p < 0.001$ ) se asocian de forma independiente a la supervivencia libre de recidiva bioquímica.

---

## PÓSTERS

---

### Conclusiones:

La afectación perilinfática y perineural se asocian a recidiva bioquímica, perdiendo su capacidad discriminativa cuando se incluyen en el modelo multivariado.

Las variables que predicen de forma independiente la supervivencia libre de recidiva bioquímica son: el PSA, el grado de Gleason, la afectación extraprostática y la presencia de márgenes positivos

### P7- RESULTADOS DAS VÍAS RÁPIDAS DE CANCRO DE VEXIGA E PRÓSTATA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL

Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, José; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

Obxectivo: analizar as características dos doentes incluídos nas vías rápidas de cancro de vexiga e próstata e os seus resultados de calidade.

#### Material e Métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de 379 doentes valorados polas vías rápidas de vexiga e próstata no 2017.

Realizamos estudio descriptivo mediante medidas de centralización e dispersión.

#### Resultados:

Evaluáronse 172 doentes na vía rápida de vexiga, aceptándose 103 (59,90%).

Dos aceptados a media de idade foi  $72,30 \pm 12,15$  anos (37-94), sendo o 81,60% homes.

98 doentes presentaban macrohematuria (95,10%), 7 citoloxía urinaria suxestiva de carcinoma (6,80%) e 35 unha proba de imaxe sospeitosa (34,00%).

En 92 doentes realizouse cistoscopia (88,30%), sendo patolóxicas 50 (54,90%). Intervíronse o 98,90% deles.

Demora media ata consulta:  $7,95 \pm 3,27$  días (1-19) ; ata cistoscopia:  $24,06 \pm 46,11$  días (1-318); ata intervención:  $70,04 \pm 48,02$  días (9-325).

Os rexeitados foron 69 doentes cunha media de idade de  $70 \pm 11,62$  anos (35-98), sendo o 72,50% homes.

O principal motivo de rexeitamento foi usar esta vía para solicitar revisións (55,10%), seguido da microhematuria (31,90%) e ITUs (8,70%).

Demora media ata consulta:  $58,80 \pm 44,83$  días (3-155).

Na vía rápida de cancro de próstata evaluáronse 207 doentes, sendo aceptados 128 (61,80%).

Nos aceptados a media de idade foi  $68,24 \pm 8,78$  anos (44-89). 105 deles tiñan PSA elevado, 1 TR sospeitoso e 22 ambos criterios.

Fíxose BPE no 63,70%, sendo patolóxicas o 45,60%.

Demora media ata consulta:  $8,96 \pm 6,81$  días (1-74); ata BPE:  $69,51 \pm 60,14$  días (13-351); ata tratamento  $96,13 \pm 89,09$  días (0-389).

Dos 79 rexeitados a media de idade foi  $72,87 \pm 12,59$  anos (32-96). A principal causa de rexeitamento foi PSA menor do corte establecido (40,50%), seguido de consultas urolóxicas doutra indole (19%).

---

## PÓSTERS

---

Dos 79 doentes rexeitados, fíxose BPE en 8 deles, sendo a metade positivas.

Demora ata consulta:  $65,98 \pm 46,81$  días (1-161); ata BPE:  $60,88 \pm 25,51$  días (29-100); ata tratamento:  $69,00 \pm 41,75$  días (8-100).

### Conclusións:

As vías rápidas de cancro de vexiga e próstata son un método efectivo para unha avaliación rápida dos doentes cos principais signos de alarma ante estas patoloxías.

### **P8- QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL HIPERTERTÉRMICA, NUESTRA EXPERIENCIA**

Pineda Munguía, Álvaro Miguel; Tato Rodríguez, Javier; García Freire, Camilo; Fernández Baltar, Carlos; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez, M<sup>a</sup>. Elena.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Clínico de Santiago de Compostela*

#### **Introducción:**

El cáncer de vejiga es el séptimo cáncer más comúnmente diagnosticado en la población masculina en todo el mundo. Los datos epidemiológicos muestran que entre 50 y 70% de los pacientes tratados con resección transuretral (RTU) para carcinoma de células transicionales superficiales de la vejiga desarrollarán recurrencias, con progresión del grado y estadio tumoral en  $10 \pm 15\%$  de los casos. Una combinación de RTU y quimioterapia intravesical adyuvante (ICT) o inmunoterapia ha contribuido a reducir la tasa de recurrencia a  $30 \pm 40\%$ . Sin embargo, la tasa de progresión parece haberse mantenido sin cambios a pesar del tratamiento adyuvante local. Hay múltiples estudios y dos revisiones sistemáticas que han revisado los datos sobre el uso de quimioterapia intravesical con hipertermia local, presentando resultados muy alentadores pero no estadísticamente significativos. En este trabajo se busca caracterizar el perfil del paciente que se beneficiara de dicha terapia y encontrar posibles complicaciones secundarias.

#### **Materiales y Métodos:**

Estudio descriptivo observacional en pacientes tratados con hipertermia intravesical desde Diciembre 2017 hasta Abril 2018 en el Complejo Hospitalario de Santiago de Compostela. Para el análisis de los datos se procesaron mediante el software estadístico IBM SPSS versión 22. Se utilizaron las media, mediana y desviación estándar para la caracterización de variables.

#### **Resultados:**

Se incluyen 18 pacientes, 17 hombres 1 mujer. Edad media 72.78, buena tolerancia por parte de los pacientes y sin complicaciones que requieren suspender el tratamiento. Dentro de las complicaciones observadas destacan 5 (27,8%) pacientes con ITU confirmadas por cultivo y tratadas de manera ambulatoria continuando la quimioterapia. Se encontraron 2 pacientes (11.1%) con hematuria macroscópica durante la instilación de quimioterapia. Se suspendió esa dosis pero actualmente continúan recibiendo tratamiento.

#### **Conclusiones:**

La quimioterapia intravesical con hipertermia local es segura con mínimos efectos secundarios y con muy buena tolerancia por parte de los pacientes.

## P9- ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE RESECCIÓN EN BLOQUE EN TUMORES VESICALES

Villar Vázquez, Nuria; Vázquez-Martul, Dario; Mainez, Juan Antonio<sup>(1)</sup>; García Sobrino, Ruben; Martínez Breijo, Sara; Aller Rodríguez, Marcos; Chantada Abal; Venancio.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario A Coruña, <sup>(1)</sup>Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz, Madrid*

### Introducción y Objetivos:

La resección transuretral en el tratamiento de los tumores de vejiga es el gold estándar de tratamiento. La resección en bloque (RTUB) está recomendada en las guías de práctica clínica para Neoformaciones menores de 1cm sin existir a día de hoy recomendación para tumores de mayor tamaño, debiéndose realizar la resección fraccionada en tumores de mayor tamaño. El objetivo principal de nuestro trabajo es evaluar la viabilidad y seguridad de la técnica de resección en bloque en tumores de hasta 2,5 cm de diámetro en distintos hospitales del área nacional de salud utilizando para ello el cuchillete de Collins.

### Material y Métodos:

Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico realizado en 3 centros repartidos en 3 Comunidades

Autónomas entre junio 2016 y diciembre 2017 (18 meses).

En el estudio se incluyeron tumores de diámetro hasta 25 mm sin ser su localización un criterio de exclusión.

Los cirujanos que realizaron las intervenciones no tenían experiencia previa en dicha técnica y su formación se llevó a cabo mediante la visualización de videos explicativos.

Analizamos tanto las características morfológicas del tumor (número, localización) como datos de seguridad de la técnica (complicaciones, estancia hospitalaria, días de sonda).

### Resultados:

Durante el periodo estudio se realizaron 28 RTUB: 22 varones y 6 mujeres, con una media de edad de 67.53 años (44-82). El tamaño medio fue 10.92 mm (4-25mm).

Localización: 14 en cara lateral, 9 retromeáticos, 2 en cara anterior, 1 en cuello, 1 en fondo y 1 múltiple.

Tiempo quirúrgico	14.57 minutos (6-30)
Complicaciones intraoperatorias	0/28
Horas de sonda	44.03 (12-168)
Complicaciones postoperatorias	2/28 (7.14%) Clavien I
Horas de ingreso	42.89 (14-192)
Presencia muscular	23/28 (82.14%)
Estadío T en muestra AP	Ta 23; T1 3; T2 2

No hubo diferencias significativas entre los centros participantes en el estudio.



---

## PÓSTERS

---

### Conclusiones:

La RTUB mediante la utilización de cuchillete Collins es una técnica segura con buenos resultados en el tratamiento de tumores vesicales.

Diferentes cirujanos de diferentes centros consiguen resultados y tasas de complicaciones similares en el desarrollo de la técnica.

Estudios comparativos con las técnicas de resección tradicionales darán conclusiones acerca de las ventajas de la técnica.

### **P10- CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULA PEQUEÑA DE URACO, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Martínez Corral, María Elena; Lema Grillé, José; García Freire, Camilo.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.*

#### **Objetivos:**

Se presenta el caso de un paciente diagnosticado de carcinoma neuroendocrino (NECA) de célula pequeña de uraco. Los NECA de célula pequeña extrapulmonares son poco frecuentes pudiendo surgir en cualquier parte del tracto gastrointestinal, vejiga, próstata y cérvix. En vejiga representan el 0,3-1% de los tumores vesicales primarios siendo extremadamente raros los originados en uraco ya que las neoplasias uracales habitualmente son adenocarcinomas.

#### **Paciente y Método:**

Varón de 36 años sin antecedentes que consultó por hematuria macroscópica. En la ecografía se descubrió una lesión nodular de 3x2.5x2.6 cm. sobre cúpula vesical sin lesiones intraluminales asociadas completándose la exploración con cistoscopia en la que se objetiva una lesión eritematosa sólida que impronta en cúpula con citologías urinarias negativas. Posteriormente se realizó una TC-abdomino-pélvico donde describe una masa sólida delimitada en región anterosuperior de pared vesical sin evidencia de adenopatías ni metástasis, compatible con adenocarcinoma de uraco como primera posibilidad. Tres semanas después se practica cistectomía parcial+linfadenectomía iliobturatriz bilateral laparoscópica.

#### **Resultados:**

Postoperatorio sin complicaciones, retirada de sonda vesical tras 9 días de la intervención presentando micciones normales. Diagnóstico anatomopatológico de NECA de célula pequeña estadio pT3b, pN0. Ante los hallazgos se planteó tratamiento quimioterápico adyuvante basado en EP (etopósido+platino) alterno con IA (ifosfamida+adriamicina). Previo al inicio del esquema quimioterápico, y habiendo pasado tres semanas de la intervención, se solicitó PET-TC donde se visualizan focos de captación en región pélvica compatibles con adenopatías.

#### **Conclusiones:**

Los NECA de célula pequeña tienen un comportamiento muy agresivo con gran tendencia a la diseminación metastásica incluso en pacientes con tumores localizados. La experiencia acumulada confirma que la cirugía sola raramente es curativa pues se trata de tumores con rápida progresión siendo necesario tratamiento quimioterápico (cisplatino o carboplatino y etopósido en 4-6 ciclos) combinado o no con radioterapia. Aun así el pronóstico sigue siendo muy limitado con supervivencia media en pacientes con enfermedad localizada, regional y a distancia de 34, 14 y 5 meses respectivamente.

### P11- PROSTATECTOMÍA SIMPLE LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL TIPO MILLIN: ANÁLISIS DE 207 CASOS

Zarraonandía Andraca, Antón; Carrión, Almudena; Samper, Paula; González-Dacal, Juan Andrés; Rodríguez Núñez, Higinio; García Riestra, Vicente; Díaz Bermúdez, José; Ruibal Moldes, Manuel.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

#### Introducción:

La incorporación de las técnicas de mínima invasión a la cirugía pélvica aumentan las posibilidades quirúrgicas para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP). La prostatectomía abierta es la técnica mas duradera y efectiva, pero también la mas invasiva. La prostatectomía simple mínimamente invasiva aporta buenos resultados con las ventajas del abordaje laparoscópico o robótico.

El objetivo de este estudio es reportar nuestra experiencia con la prostatectomía simple laparoscópica pura transperitoneal tras 207 casos consecutivos.

#### Materiales y Métodos:

Análisis prospectivo de 207 casos de paciente diagnosticados con HBP que fueron tratados con esta técnica entre Noviembre del 2012 a Diciembre del 2016. Revisión de variables pre e intraoperatorias, complicaciones y resultados funcionales con un seguimiento medio de 11 meses.

Se utilizo el programa SPSS v.22 para el análisis estadístico. Se han utilizado test estadísticos paramétricos para el análisis comparativo de los parámetros funcionales pre y postoperatorios.

#### Resultados:

La mediana de tiempo quirúrgico fue de 120 minutos. La edad mediana fue de 68 años, con un PSA preoperatorio de 4,5 ng/dl. La tasa de transfusión fue del 7%, La estancia mediana hospitalaria fue de 3 días. El tiempo mediano de retirada del catéter fue de 6 días. La mejoría media del flujo máximo (Qmax) fue de 13 ml/seg (preoperatorio 8,2; postoperatorio 21 ( $p < 0,001$ )). Los paciente respondieron el cuestionario IPSS antes de operarse (media: 24 puntos) y después (media: 6 puntos) con diferencias estadísticamente significativas.

#### Conclusiones:

La prostatectomía simple laparoscópica transperitoneal pura parece ser una buena opción para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) asociados a la HBP. Se trata de una técnica eficaz, reproducible, con mejoría de los parámetros funcionales (Qmax e IPSS) con pocas complicaciones.

### **P12- CURVA DE APRENDIZAJE EN LA PROSTATECTOMÍA PURA SIMPLE LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL TIPO MILLIN: METOLOGÍA CUSUM.**

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

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

#### **Introducción:**

Una forma simple pero reproducible, de analizar la curva de aprendizaje es definirla en relación al tiempo y el nº de procedimientos que un cirujano necesita para ser capaz de realizar con un buen resultado. La metodología LC-CUSUM, nos permite conocer si un procedimiento está bajo control, a lo largo del tiempo.

Los objetivos son: 1: conocer el nº de procedimientos medio para adquirir destreza en esta técnica quirúrgica, analizando el tiempo quirúrgico como medida 2. el análisis de la relación del volumen prostático y el tiempo quirúrgico

#### **Material y Métodos:**

Análisis de todos los casos de Prostatectomía simple tipo Millin Laparoscópica en el C.H.U. de Pontevedra desde Nov-12 a Dic-16. Se ha analizado la relación del tiempo quirúrgico con el volumen prostático y el análisis LC-CUSUM del tiempo quirúrgico con respecto del nº de procedimientos y del VP.

#### **Resultados:**

El tiempo medio para toda la muestra fue de 125,9 minutos, disminuyendo con gran pendiente en los primeros 50 casos. No se han encontrado diferencias relacionando el tiempo quirúrgico con el volumen prostático (correlación de Pearson), pero el análisis LC- CUSUM, se observa un mayor tiempo quirúrgico para próstatas mayores de 90 cc a lo largo de la curva de aprendizaje. En relación al nº de casos de cada cirujano, se observa que a mayor nº de procedimientos, se emplea menor tiempo en la cirugía. En la curva LC-CUSUM, para el cirujano 1 (70 cirugías), se observa que en torno a las 14 casos, el tiempo quirúrgico disminuye por debajo de la media grupal y en torno a los 21, decrece por debajo de los 100 minutos. Para el cirujano 2 (33 cirugías), el tiempo quirúrgico también decrece hasta la estabilización en torno a los 14 casos.

#### **Conclusiones:**

El tiempo quirúrgico disminuye conforme avanza la curva de aprendizaje, advirtiendo el plateau de la curva en torno a 15 casos, por lo que concluimos que para alcanzar las competencias en esta técnica se necesita en torno a ese nº de casos, Dicho análisis se ha realizado con cirujanos con experiencia previa en laparoscopia, sería interesante calcularlo para cirujanos más noveles/residentes para este procedimiento. Según nuestros resultados, en la prostatectomía simple laparoscópica tipo Millin, el volumen prostático no influye en el tiempo quirúrgico, a diferencia de otras técnicas quirúrgicas para esta indicación

### **P13- VIABILIDAD DE UN PROGRAMA DE ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA CON INGRESO DE 24 HORAS.**

Villegas Piguave, D.; Villar Vázquez, N.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Caramés Masana, F.; Lamas Díaz, L.; García-Terente Fernández, V.; Cambón Bastón, E.M<sup>a</sup>; García Expósito, M.A.; García Sobrino, R.; López Fernández, A.; Iglesias Albarado, J.R.; Suárez Pascual, G.; Vázquez-Martul D.; Chantada Abal V.

*Servicio de Urología. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

#### **Abstract:**

La cirugía laparoscópica del adenoma de próstata ha demostrado ser eficiente y segura para el paciente prostático. Las unidades de corta estancia quirúrgica (UCEQ) permiten un ingreso el mismo día de la intervención y unos cuidados postoperatorios inmediatos, para una mejor evolución clínica y menor estancia postoperatoria.

Estandarizando la técnicas de abordaje extraperitoneal y minimizando el sangrado permite evitar el uso del drenaje. Esto permite una recuperación precoz y una alta en 24h. Presentamos nuestra experiencia inicial.

#### **Material y Método:**

Entre diciembre de 2014 y enero de 2018, 17 pacientes, con diagnóstico clínico de adenoma de próstata, han sido intervenidos de adenomectomía laparoscópica extraperitoneal, en la UCEQ del nuestro centro. Se realiza un estudio estadístico, descriptivo, unicéntrico y retrospectivo.

La media (rango) de edad es 68 años (53-80), IMC 27,5 kg/cm<sup>2</sup> (24,8-31,7), PSA previo 7,2 ng/mL (1,3-25), Flujo máximo previo 7,4 cc/s (3,8-14,9) y volumen prostático ecográfico 104,1 cc. (67,2-150). El 35,3% tenían sonda permanente y ninguno presentaba litiasis vesical. Los pacientes ingresan el mismo día de la operación.

#### **Resultados:**

Se utilizan 4 trócares en el 94%. La media (rango) del tiempo quirúrgico es 140,5m (85-180) y de sangrado estimado es 147,06cc (20-500). Reconversión a cirugía abierta y transfusión 0%. El 76,5% de los pacientes no precisó drenaje. Estancia hospitalaria 1,3 días (1-2). El 64,7% fue alta a las 24 horas. Solo 2 pacientes (11,8 %) reingresaron por hematuria y hematoma. Tiempo de sondaje vesical 5,35 días (4-7). Peso prostático 55,8 gramos (31-109). PSA posterior medio 0,6 ng/mL (0,1-2,4). Flujo máximo posterior 26,7cc/s (9-43).

#### **Conclusiones:**

El abordaje extraperitoneal laparoscópico permite un control hemostático, minimización del uso de trócares y menos movilización intestinal. La anastomosis estanca y la orina clara intraoperatoria permiten evitar el drenaje, un alta precoz y escasas complicaciones.

Estos resultados confirman que la adenomectomía laparoscópica puede ser realizada en un ámbito de corta estancia, que permite competir con las técnica mínimamente invasivas.

## P14- UROLIFT®, PRIMEROS PASOS

García Sobrino, R; Sánchez Merino, JM<sup>®</sup>; García Expósito, MA; García-Terente Fernández, V; Cambón Bastón, EM; Chantada Abal, V.

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

### Objetivo:

Mostrar nuestra experiencia inicial con el dispositivo UroLift® (NeoTract, Inc) para el tratamiento de los pacientes con sintomatología moderada a severa por hiperplasia benigna de próstata (HBP).

El sistema UroLift® está aprobado por la FDA y es coste-eficiente según las guías NICE. Siguiendo las EAU Guidelines está indicado en el tratamiento de los síntomas obstructivos por HBP, en próstatas inferiores a 80cc, sin lóbulo medio, con nivel de evidencia 1A.

### Material y Métodos:

Presentamos los 6 primeros pacientes intervenidos en nuestro centro con el dispositivo Urolift®. La edad media es de 58 años (rango: 44-75), con un IPSS moderado / severo y una afectación significativa de la calidad de vida, con flujometría sugestiva de obstrucción y un crecimiento prostático preferentemente < 60 cc y sin lóbulo medio.

Se analizaron las siguientes variables: flujometría, función eréctil, IPSS, MSHQ resumido (Male Sexual Health Questionnaire) e ICIQ (Internacional Consultation on Incontinence Questionnaire). La mediana de seguimiento es de 5 meses (límites: 1-10 meses).

### Resultados:

De los 6 pacientes intervenidos 5 de ellos fueron dados de alta al día siguiente sin incidencias. Todos mostraron mejoría en la flujometría y en el IPSS.

EDAD	D	ECO	IPSS		Q máx		MSHQ		ICIQ-SF	
			PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
46	4	50	15+5	10+3	8.9	19.3	19	19	0	0
74	4	51	26+6	9+4	9.5	10.2	12	16	2	2
46	6	56	31+5	13+3	13.8	14	3	15	0	0
74	4	45	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	
68	6	50	32+5	27+4	8.5	10.8	1	13	0	0
44	4	21	21+4	3+1	14	26.8	19	20	0	0

P: número de paciente. D: número de grapas. Eco: tamaño prostático según ecografía suprapúbica. Q máx: pico de flujo en flujometría. N/D: no disponible. Paciente 5: Hematuria+infección urinaria en postoperatorio.

---

## PÓSTERS

---

### Conclusiones:

Aunque se trata de una serie inicial, los resultados son prometedores, con mejoría sintomática y en la flujometría, así como preservación de la función eyaculatoria. Sin embargo, se necesita continuar con el seguimiento a largo plazo de estos pacientes para confirmar los resultados.

## P15- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TO-A (A.M.I.) NUESTRA EXPERIENCIA.

Cambón Bastón, E; Sánchez Merino, JM<sup>®</sup>; Villegas Piguave, AD; Villar Vázquez, N; García-Terente Fernández, V; Sánchez Rodríguez-Losada, J; Chantada Abal, V.

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

### Objetivo:

Presentar nuestros resultados con la colocación de la cinta suburetral TO-A (Transobturador Ajustable Postquirúrgico) (A.M.I.) en el tratamiento de casos seleccionados de incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) femenina. El TO-A es un dispositivo que permite realizar un ajuste postoperatorio de la tensión de cinta suburetral, permitiendo tanto incrementar la tensión como reducirla.

### Material y Métodos:

Revisión de 10 pacientes con diagnóstico de IOE y colocación de malla TO-A desde Junio 2016. Indicación: antecedente de obesidad y/o detrusor hipoactivo y/o re-intervención previa por incontinencia de esfuerzo.

### Resultados:

C	EDAD	INDICACIÓN	IMC	AJUSTE	IQOL post	ICIQ post	Tº DE SEGUIMIENTO	RESULTADO
1	70	IUE + obesidad	41.9, OB III.	↑TENSIÓN	30	18	22 MESES	INCONTINENTE
2	69	IUE + obesidad	30.39, OB I	↑TENSIÓN	106	2	22 MESES	CONTINENTE
3	62	IUE + D↓	24.12, NORMAL	NO	105	5	19 MESES	CONTINENTE
4	67	Vejiga neurógena	22.38, NORMAL	NO	ND	ND	19 MESES	INCONTINENTE
5	73	IUE + obesidad	34.78, OB I	↓TENSIÓN	ND	ND	19 MESES	CONTINENTE
6	59	IUE + obesidad	26.84, SOB	↓TENSIÓN	110	1	19 MESES	CONTINENTE
7	75	IUE + obesidad	33.32, OB I	NO	41	14	18 MESES	INCONTINENTE
8	85	IUE + D↓ + obesidad	30.68, OB I	NO	ND	ND	17 MESES	INCONTINENTE
9	71	Recidiva IU	24.75, NORMAL	NO	ND	ND	14 MESES	CONTINENTE
10	76	Recidiva IU + obesidad	30.12 OB I	DIS	77	13	5 MESES	INCONTINENTE

C: caso. IUE: incontinencia urinaria de esfuerzo. IMC: índice masa corporal. D↓: detrusor hipoactivo. ND: no disponible. IU: incontinencia urinaria

La estancia media fue de 1,2 días. En el último control, sólo 5 de las pacientes eran continentes (50%).



### Conclusiones:

Las mallas suburetrales ajustables tipo TO-A suponen una alternativa a tener en cuenta en el tratamiento quirúrgico de la IOE en pacientes seleccionadas, ya que presenta la ventaja teórica del ajuste postquirúrgico de la tensión de la cinta. No obstante, nuestros discretos resultados reflejan la dificultad del tratamiento de estas pacientes, por lo que es importante la información previa, estableciendo expectativas realistas y haciendo hincapié en la importancia de normalizar el peso corporal.

## P16- TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS CON MALLA INGYNIUS (A.M.I®). NUESTRA EXPERIENCIA.

Cambón Bastón, E; Sánchez Merino, J.M<sup>a</sup>; Villegas Piguave, A.D; Villar Vázquez, N; García-Terente Fernández, V; Sánchez Rodríguez-Losada, J; Chantada Abal, V.

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

### Objetivo:

Evaluar los resultados, complicaciones y calidad de vida tras colocación de malla vaginal tipo InGYNius (A.M.I®) en la corrección de los prolapso de órganos pélvicos, que es la malla utilizada actualmente en nuestro centro.

### Material y Métodos:

Se realiza un análisis retrospectivo de 4 pacientes con prolapso de órganos pélvicos intervenidas desde Junio de 2016 mediante colocación de malla vaginal InGYNius anterior o anteroposterior. Se han recogido los antecedentes médico-quirúrgicos incluyendo la edad y comorbilidades, así como la presencia concomitante de incontinencia urinaria de esfuerzo, resultados anatómicos y de calidad de vida, evaluados con cuestionarios estandarizados (I-QOL, ICIQ-SF).

### Resultados:

C	ED	INDIC	COMORBIL	PESO	MALLA	Tº	COM	IQOL	ICIQ	RES	EV
1	77	CISTOCELE GRADO III	HTA. ASMA. DISLIPEMIA. CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.	IMC 32.46, OBESIDAD TIPO I	ANT+TOT	2	HEM	75	6	CORR	22 m
2	71	TOTAL GRADO III	FA (PRADAXA). HIPOTIROIDISMO.	IMC 31.25, OBESIDAD TIPO I	ANT-POST	2	NO	74	2	CORR	22 m
3	78	CISTOCELE GRADO IV	HTA. HIPOTIROIDISMO. DISLIPEMIA. OSTEOPOROSIS.	IMC 32.46, OBESIDAD TIPO I	ANT+TOT.	1	NO	110	1	CORR	22 m
4	60	PROLAPSO CÚPULA VAGINA GRADO IV	EPOC. COLPOSACROP x 2. HISTERECTOMÍA	IMC 25.2, SOBREPESO	ANT-POST	1	NO	76	5	CORR	9 m

C: caso. ED: edad. INDIC: indicación. COMORBIL: comorbilidades. ANT: anterior. POST: posterior. Tº. tiempo de estancia hospitalaria (días). COM: complicaciones. HEM: hematuria. RES: resultado. CORR: corrección anatómica completa. EV: tiempo de seguimiento. m: meses.

### Conclusiones:

La malla InGYNious es una opción eficaz y segura en pacientes con prolapso de órganos pélvicos, permitiendo a las pacientes tener una magnífica calidad de vida, con escasa morbilidad intra y postoperatoria. Se debe tener en cuenta, además, en aquellas pacientes con colposacropexia laparoscópica previa recidivada. No obstante, no es una técnica generalizable al Urólogo General debido a que precisa de entrenamiento previo en cirugía vaginal, en especial con mallas. Por último, aunque en el momento actual su indicación se ha reducido, debe formar parte del catálogo de prestaciones de cualquier Unidad de Suelo Pélvico

### **P17- ERRORES DIAGNÓSTICOS EN ESTUDIOS POR IMAGEN POR MIGRACIÓN LOCAL DE MACROPLASTIQUE® PARA CORRECCIÓN ENDOSCÓPICA DEL REFLUJO VESICoureTERAL**

García-Terente Fernández, Virginia<sup>(1)</sup>; Residente<sup>(1)</sup>; Lancina Martin, Alberto<sup>(1)</sup>;  
Martínez-Sapiña Llanas, Maria José<sup>(2)</sup>, Chantada Abal, Venancio<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología. <sup>(2)</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

#### **Introducción:**

La inyección endoscópica transuretral de Macroplastique® supone una técnica eficaz mínimamente invasiva para resolución del reflujo vesicoureteral complicado con una baja tasa de complicaciones. La migración local o a distancia de esta sustancia bioinerte es muy infrecuente y puede ocasionar equívocos diagnósticos en los estudios por imagen. Describimos cuatro casos de migración local a largo plazo que plantearon problemas de diagnóstico diferencial.

#### **Material y Métodos:**

Presentamos cuatro pacientes con antecedentes de inyección endoscópica de Macroplastique® para corrección del reflujo, dos mujeres en la infancia y dos varones en edad adulta. Más de diez años después de la inyección, las mujeres manifiestan dolor lumbar que los estudios por imagen sugieren litiasis en uréter distal. Los varones en seguimiento por carcinoma de vejiga no músculo invasivo, al cuarto año post inyección, en TC de control se observan lesiones en vejiga por posible recidiva tumoral.

#### **Resultados:**

En las pacientes diagnosticadas de litiasis en uréter pelviano se realiza ureteroscopia, en un caso precedida de litotricia extracorpórea fallida, observando durante el procedimiento la existencia de un material blanquecino y pastoso dentro de la luz ureteral que resultó ser pasta migrada de Macroplastique®. En los pacientes con posible recidiva por tumor vesical se procedió a RTU comprobándose asimismo la presencia de una sustancia blanda por debajo de la mucosa vesical que correspondía a migración del Macroplastique®.

#### **Conclusiones:**

La migración local del Macroplastique® es poco frecuente pero debe ser tenida en cuenta esta posibilidad para evitar posibles errores diagnósticos con otras patologías durante la realización de estudios por imagen en el seguimiento a largo plazo de estos pacientes.



## COMUNICACIONES ORALES

### C1- EL APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE MASAS EN LA REGIÓN SUPRARRENAL EN EDAD INFANTIL

Brañanova López, Pelayo<sup>(1)</sup>; Anes González, Gonzalo<sup>(2)</sup>, Rivas Escudero, José Antonio<sup>(3)</sup>.

<sup>(1)</sup>*Servicios de Radiología. Hospital El Bierzo (Ponferrada)*, <sup>(2)</sup>*HUCA (Oviedo)* y <sup>(3)</sup>*Servicio de Urología Hospital El Bierzo (Ponferrada)*

#### Objetivos:

1. Describir las etiologías más frecuentes de masas en el área suprarrenal.
2. Determinar las características que permiten su diagnóstico.
3. Discutir su diagnóstico diferencial basándose en sus características radiológicas.

#### Material y Métodos:

Revisamos los hallazgos radiológicos más útiles para detectar y diagnosticar estos procesos con las técnicas de imagen más usadas ante sus sospecha (radiografía abdominal, ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética).

#### Resultados:

Las lesiones del área suprarrenal en los niños tienen origen además de en la glándula suprarrenal en otras estructuras de dicha área o adyacentes, como el sistema linfático y órganos como es el riñón y el estómago entre otros.

Entre las lesiones suprarrenales, las neoplasias primarias se pueden originar en la médula, como el neuroblastoma y el feocromocitoma (más raro), o en la corteza, como el adenoma y el carcinoma suprarrenal (raros a esta edad).

Las neoplasias secundarias son poco frecuentes.

Las lesiones suprarrenales no neoplásicas más frecuentes en edad pediátrica son la hemorragia y la hiperplasia.

Las lesiones que ocupan el área suprarrenal pero provienen de órganos vecinos son principalmente neoplasias que la invaden, como el tumor de Wilms y otros más raros como por ejemplo el sarcoma embrionario hepático o el teratoma gástrico, pero también hay patología benigna, como el riñón displásico multiquistico y los linfangiomas.

Cada una de ellas muestra unas características típicas, que describiremos y mostraremos con imágenes propias, que generalmente ofrecen el diagnóstico de forma fiable.

#### Conclusiones:

El conocimiento de los patrones radiológicos clásicos de las masas del área suprarrenal aproxima con relativa seguridad el diagnóstico etiológico permitiendo planificar su manejo.

### C2- APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE LAS INFECCIONES RENALES EN LA EDAD ADULTA

Brañanova López, Pelayo<sup>(1)</sup>; Yagüe Zapatero, M<sup>a</sup>. Esther<sup>(1)</sup>, Vicente Pastor Casas-Agudo<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>*Servicios de Radiología y* <sup>(2)</sup>*Urología. Hospital El Bierzo. Ponferrada*

#### Objetivos:

Bacterias, hongos o incluso virus (VIH, CMV) pueden producir en los adultos infecciones renales generalmente benignas, pero que pueden complicarse poniendo en peligro al riñón o al paciente (sepsis). Sintetizaremos los signos radiológicos que más ayudan al diagnóstico preciso y precoz de las infecciones renales y sus complicaciones.

#### Material y Métodos:

Revisamos los hallazgos radiológicos más útiles en nuestra experiencia para detectar y diagnosticar estos procesos con las técnicas de imagen más usadas ante sus sospecha (radiografía abdominal, ecografía y tomografía computarizada).

#### Resultados:

La pielonefritis bacteriana aguda

Es la infección renal más frecuente en el adulto.

Su variante localizada es la nefritis o pielonefritis focal.

Los signos radiológicos (que no siempre existen) se deben principalmente al edema inflamatorio:

-El parénquima aparece agrandado, globuloso, hipocogénico/hipodenso, desdiferenciación córtico-medular, realce retrasado y disminuido y flujos disminuidos y altas resistencias con Doppler.

-El sistema colector engruesa su pared, presenta coágulos, debris y papilas necrosadas, se comprimen los cálculos y se pueden dilatar pelvis y uréter por endotoxinas bacterianas.

-La grasa perirrenal se estría y la fascia de Gerota se engruesa.

Complicaciones de la pielonefritis aguda bacteriana

-La pionefrosis o piohidronefrosis es una hidronefrosis infectada (el pus origina ecos y niveles en el sistema colector).

-El absceso renal es una colección parenquimatosa de pus hipocogénica/hipodensa con cápsula que realza “en anillo”.

-La pielonefritis enfisematosa muestra gas en parénquima y vía.

-La pielonefritis crónica presenta cicatrices corticales.

-En la pielonefritis xantogranulomatosa reemplazan el parénquima múltiples masas (xantomatosas) hipocogénicas/hipodensas no realzantea. Asocia cálculos coraliformes.<sup>3</sup>

Otras infecciones renales

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

-La tuberculosis renal presenta calcificaciones, cicatrices, tuberculomas, amputación de cálices y estenosis infundibular. En la fase final la atrofia renal es total (riñón *mastic*).

-La pielonefritis por *Cándida albicans* muestra múltiples abscesos córtico-medulares, necrosis papilar o micetomas.

-La nefropatía por VIH-1 es una glomeruloesclerosis focal segmentaria.

### Conclusiones:

El conocimiento de los patrones radiológicos clásicos en las infecciones renales aproxima el diagnóstico etiológico y detecta posibles complicaciones

### C3- APOYO RADIOLÓGICO AL DIAGNÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES SOBRE EL INJERTO RENAL

Brañanova López, Pelayo<sup>(1)</sup>; Miranda Aranzubía, Oscar<sup>(2)</sup>; Orosa Andrada, Andrea<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicios de Radiología y <sup>(2)</sup>Urología. Hospital El Bierzo. Ponferrada

#### Objetivos:

Las complicaciones tanto médicas como quirúrgicas sobre el injerto renal y la rapidez y eficacia de su tratamiento tienen una gran repercusión sobre la longevidad del injerto. Sintetizaremos los signos radiológicos que más ayudan a su diagnóstico preciso y precoz.

#### Material y Métodos:

Revisamos los hallazgos radiológicos más claros para detectar y diagnosticar estos procesos con las técnicas de imagen habituales: Ecografía, ecografía Doppler, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) y angio-TC y angio-RM

#### Resultados:

Describimos y mostramos con múltiples imágenes los hallazgos con las técnicas de imagen mencionadas para cada una de las complicaciones propias del injerto que pueden poner en peligro el trasplante renal.

1. COMPLICACIONES MÉDICAS
  - A. RECHAZO DEL RIÑÓN TRASPLANTADO
    - A.1. RECHAZO AGUDO
    - A.2. RECHAZO CRÓNICO
  - B. NECROSIS TUBULAR AGUDA (NTA)
  - C. NEFROTOXICIDAD POR FÁRMACOS
2. COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS
  - A. COMPLICACIONES VASCULARES
    - A.1. ESTENOSIS DE LA ARTERIA RENAL
    - A.2. TROMBOSIS DE LA ARTERIA RENAL
    - A.3. INFARTOS RENALES
    - A.4. TROMBOSIS DE LA VENA RENAL
    - A.5. ESTENOSIS DE LA VENA RENAL
    - A.6. FÍSTULAS ARTERIO-VENOSAS
    - A.7. PSEUDOANEURISMAS
    - A.8. ROTURA DEL INJERTO
  - B. COMPLICACIONES UROLÓGICAS
    - B.1. ESTENOSIS DE LA VÍA URINARIA
    - B.2. FÍSTULA DE LA VÍA URINARIA
  - C. COLECCIONES PERIRRENALES:
    - C.1 SEROMAS
    - C.2 LINFOCELES
    - C.3 HEMATOMAS
    - C.4 ABSCESOS
    - C.5 URINOMAS



---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### Conclusiones

El conocimiento de los patrones radiológicos clásicos de las complicaciones habituales del trasplante renal que afectan al injerto permiten el diagnóstico y posibilitan su subsiguiente resolución moderando o evitando sus secuelas.

### C4- ÁREA TUMORAL ENDOFÍTICA: UN NUEVO MARCADOR MORFOMÉTRICO QUE PREDICE LOS RESULTADOS DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA.

Fernández Docampo, J; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Rey Rey, J; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; Mosquera Seoane, T; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; González Blanco, A; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Objetivo:

Determinar variables morfológicas y clínicas asociadas a tiempo de isquemia (TI) y complicaciones en la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL).

#### Material y Métodos:

Estudio observacional de cohortes retrospectivo de 186 pacientes tratados mediante NPL entre 2006-2018.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos en función del TI (TI<15(n=88) y TI>=15(n=98)), con fines estadísticos. Se analizaron las diferencias entre grupos mediante test U Mann-Whitney. Se realizó análisis multivariado de regresión logística para identificar variables asociadas al TI y complicaciones, y curvas ABC ROC de porción endofítica tumoral (PED) para predecir TI y complicaciones.

#### Resultados:

Media de edad fue de 64,96+/-13,06 años (28-87); media del área tumoral total (ATT) 11,11 +/-16,18 cm<sup>2</sup> (1,10-106,8), media del área de contacto (AC) 0,30 +/- 0,16 cm<sup>2</sup> (0,11-1,23), media PED 3,17 +/-3,19 cm<sup>2</sup> (0-17,8), media de la porción exofítica tumoral (PEX) 7,95+/-15,98 cm<sup>2</sup> (0-106,8), RENAL medio 6,3+/-2,13 (4-11), índice de Charlson medio 4,83+/-2,25 (0,20-14), TI medio 16,78+/-8,45 minutos (3-40).

Existe correlación significativa y positiva entre TI y PED (r: 0,439; p<0,001), y correlación significativa y negativa entre TI y experiencia (r:-0,578; p<0,001).

Para TI (>=15' 0 <15'), se observaron diferencias relativas a PED (p<0,001), AC (p=0,001), ATT (p<0,001), PEX (p=0,029) y Charlson (p=0,009); para complicaciones se evidenciaron diferencias para PED (p=0,025) y Charlson (p=0,025).

Se realizó análisis multivariado para predecir TI ajustado por experiencia, PED, AC, ATT, RENAL, Charlson y sexo, observando que experiencia (95%IC:0,96-0,98;p=0,00), PED (95%IC: 1,001-1,006;p=0,001), RENAL (95%IC:1,04-1,68;p=0,023) y Charlson(95%IC:1,04-1,62;p=0,02) predecían de forma independiente el TI; Se realizó así mismo análisis multivariado para predecir complicaciones globales, ajustado por experiencia, PED, RENAL, PADUA y Charlson, observando que experiencia (95%IC:0,97-0,99;p=0,025) y Charlson (95%IC:1,01-1,55;p=0,042), predecían complicaciones globales de forma independiente. También se realizó un tercer análisis multivariado para predecir complicaciones mayores (Clavien >=III), ajustadas por PED, Charlson,

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

PADUA, RENAL y experiencia, observando que experiencia (95%IC:0.94-0.99;p=0.035) predice de forma independiente complicaciones mayores.

La curva ABC ROC de PED para predecir TI fue 0,740, y para predecir complicaciones 0,648.

### Conclusión:

PED, experiencia y Charlson se asocian a TI en NPL. La experiencia y Charlson se asocian a complicaciones globales; la experiencia es la única variable asociada a complicaciones mayores.

### **C5- ABORDAJE POR RETROPERITONEOSCOPIA DE TUMORES RENALES POSTERIORES. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS PRIMEROS 28 CASOS DE NUESTRA SERIE**

Pérez Schoch, M.; Díaz Álvarez, J.M.; Sánchez Ramos, J.; Montero Fabuena, R.; Cespón Outeda, E.; Almuster Domínguez, S.; Comesaña Davila, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Rodríguez Iglesias, B.; Carballo Quintá, M.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro*

#### **Introducción:**

El avance de la cirugía laparoscópica renal ha permitido la mejora de distintos aspectos como son: la tumorectomía, el abordaje por retroperitoneoscopia y la duración del clampaje. Presentamos un análisis de nuestra serie inicial de tumorectomía off-clamp y nefrectomía por retroperitoneoscopia.

#### **Objetivos:**

Nuestro objetivo es analizar los resultados quirúrgicos y clínicopatológicos de nuestra serie inicial de 28 cirugías renales por retroperitoneoscopia.

#### **Material y Métodos:**

Desde marzo 2016 a abril 2018 realizamos cirugía renal por retroperitoneoscopia a 28 pacientes con tumores renales T1 de cara posterior o convexidad renal. 26 fueron tumorectomías, una nefrectomía radical y otra tumorectomía con necesidad de reconversión a transperitoneal.

#### **Resultados:**

Los tumores resecaados tuvieron un tamaño medio de 2,64cm con un RENAL score de 5,42, tiempo quirúrgico de 98,8 min (+-30DE) con tiempo de isquemia nulo (off-clamp). El 67% de los tumores fueron malignos con un estadio patológico pT1, exceptuando un caso de pT3. 9 casos presentaron márgenes positivos. Media y mediana de seguimiento fueron de 269 y 238 días. Uno de los casos presentó recidiva durante su seguimiento.

#### **Conclusiones:**

El abordaje renal por retroperitoneoscopia sumada a la enucleación, permite la extirpación sin clampaje de tumores renales posteriores. Inconvenientes como cirugías abdominales previas, posibilidad de lesión intestinal o evisceraciones, presentes en la laparoscopia transperitoneal, desaparecen con el abordaje retroperitoneoscópico, todo ello sumado a un acceso más directo y sencillo a tumores posteriores.

### C6- ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LOS RESULTADOS FUNCIONALES, ONCOLÓGICOS Y DE SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

Rey Rey, Jorge; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, José; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

El objetivo de este trabajo es establecer los factores asociados a los resultados funcionales, oncológicos y de supervivencia, en los pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica (NPL).

#### Material y Métodos:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo y prospectivo de 180 pacientes sometidos a NPL entre 2006 y 2017. Analizamos variables: edad, sexo, tamaño tumoral al diagnóstico, índice de comorbilidad de Charlson (ICC), PADUA y RENAL, variación de función renal, pérdida de hemoglobina (Hb), tiempo de isquemia y deterioro de función renal y postoperatorias: categoría pT, histología, Fuhrman, márgenes, eventos cardiovasculares, complicaciones (gradación de Clavien-Dindo), recidiva, mortalidad cáncer específica y global. Se realizó estudio descriptivo de las variables, analizándolas mediante test Chi<sup>2</sup>, t-Student o U-de Mann-Whitney y regresión lineal. Se realizó estudio de supervivencia mediante metodología Kaplan-Meier y regresión de Cox uni y multivariada.

#### Resultados:

La media de edad fue 65±13,26 años, ICC medio: 4,91±2,24, tamaño medio de la lesión 34,37±16,58 mm, RENAL score medio: 6,34±2,11 y PADUA 8,6± 2,29, isquemia media: 16,98±8,46 mn, márgenes en 21 casos (11,7%), recidiva en 6 pacientes (3,3%), mortalidad cáncer específica 2 casos (1,1%) y mortalidad global 14 (7,8%). Con seguimiento medio de 40,31±29,76 meses.

La existencia de márgenes se relaciona con RENAL score (OR:1,29,95%IC1,043-1,59,p0,019), las variables con significación para la aparición de eventos cardiovasculares fueron deterioro de Cr inmediata (OR:21,81,IC95%1,83-2,59,p0,019), a los 6 meses (OR:5,2,IC95%1,09-2,48,p0,038), y al año (OR:2,85,IC95%1,13-1,71,p0,026).

Respecto a la supervivencia global, el grado de Fuhrman (p0,000), la aparición de eventos cardiovasculares (p0,0018), la edad (RR:1,073,IC95%1,06-1,13,p0,012), deterioro de Cr inmediata (RR:3,23,IC95%1-10,09,p0,043) e ICC (RR:1,62,IC95%1,33-1,97,p0,000) mostraron incremento de la mortalidad.

El análisis multivariado de regresión de Cox para supervivencia global ajustado por edad, ICC, tiempo isquemia, deterioro Cr y de Hb, muestra significación para ICC (RR:1,69,IC95%1,32-2,17p 0,000)

#### Conclusiones:

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

Según los resultados de nuestra serie, el RENAL score se relaciona con la existencia de márgenes. Con el deterioro de la función renal se incrementa de forma significativa la aparición de eventos cardiovasculares. La mortalidad se relaciona con el grado de Fuhrman, la aparición de eventos cardiovasculares, la edad, deterioro de Cr inmediata e ICC.

### C7- PERFIL DE PRESCRIPCIÓN DE TDA EN CANCRO DE PRÓSTATA NA ÁREA SANITARIA DE FERROL

Lojo Romero, Javier; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Docampo Fernández, José; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Obxectivo:

Analizar o grado de adherencia ás recomendacións diagnósticas e terapéuticas das guías clínicas nos doentes con cancro de próstata.

#### Material e Métodos:

Realizamos estudio descriptivo retrospectivo dos pacientes diagnosticados de cáncer de próstata, a tratamento con terapia de privación androxénica na Área Sanitaria de Ferrol durante 2016. Realizamos análise descriptivo das características clínicas, anatomopatolóxicas, terapéuticas e do seguimento.

#### Resultados:

No 2016 na Área Sanitaria de Ferrol había 538 doentes a tratamento con TDA por Ca.Próstata, cunha media de idade ao diagnóstico de  $72\pm 7,75$  anos (43-88).

O 85,80% dos doentes con Ca.P tratados con TDA teñen diagnóstico histolóxico, tratándose empíricamente o 14,20% restante. O 39,20% dos casos iniciaron TDA ao fracasar o tratamento local; o 60,80% restante non recibiron tratamento local, estando distribuídos: 36,50% NxMx; 15,80% NOM0; 0,90% N1M0; 3,80% NOM1; 3,80% N1M1.

No 42,60% dos doentes diagnosticados de CaP realizáronse estudos de extensión previos ao tratamento primario. En 170 deles (31,60%) o estudio foi realizado mediante TC+GGO, seguido soamente por TC no 6,70%, GGO no 4,30% e RNM no 0,20%.

O facultativo que fixo a sospeita clínica de CaP por primeira vez foi o MAP no 69,10% dos casos, seguido polo Urólogo (20,60%).

No 84,40% dos doentes a TDA foi pautada por un urólogo do Sergas, seguido por especialista privado (5,60%), MAP (4,10%) e oncólogo (1,10%).

Dos 538 doentes a tratamento con TDA, 85 deles (15,80%) progresaron a CPRC, realizándose probas de imaxe neste momento no 77,60% dos casos (66 doentes).

35 deles recibiron tratamento local previo á TDA e ao desenvolvemento do CPRC (41,20%). 15 dos 85 casos con CPRC eran metastásicos ao diagnóstico (17,60%).

Como tratamento de primeira liña para CPRC, recibiron abiraterona no 21,20% e enzalutamida nunha porcentaxe similar, mentres que o 16,50% foron tratados con docetaxel.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### Conclusións:

O 85,80% dos doentes tratados con TDA teñen confirmación histolóxica do CaP, realizándose probas de imaxe ao diagnóstico no 42,60% deles.

O 41,20% dos CPRC proveñen do fracaso do tratamento local e o 17,60% eran metastásicos ao diagnóstico.

É necesario o seguimento destes pacientes nunha consulta específica de cancro de próstata avanzado para un control máis estricto.



### C8- IMPLICACIÓN DEL ESTROMA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Medina González, Antonio<sup>(1)</sup>; Eiró Díaz, Noemí<sup>(2)</sup>; Vizoso Piñero, Francisco J.<sup>(2)</sup>;  
Jalón Monzón, Antonio<sup>(3)</sup>; Fernández Gómez, Jesús María<sup>(3)</sup>; Ovidio González, Luis<sup>(2)</sup>;  
Casas Nebra, Javier<sup>(4)</sup>; Safwan Escaf Barmadah<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, <sup>(2)</sup>Hospital Fundación de Jove, <sup>(3)</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, <sup>(4)</sup>Hospital Lucus Augusti

#### Introducción:

El estroma tumoral no sólo juega un papel meramente pasivo en la progresión del cáncer, ya que los cambios que tienen lugar en el microambiente tumoral y las interacciones entre las células tumorales y el estroma contribuyen a la carcinogénesis y a la progresión tumoral.

Las metaloproteasas (MMPs) son conocidas por su capacidad de degradar determinados elementos de la membrana basal y estroma tumoral, facilitando así la progresión tumoral. Además, los inhibidores tisulares de las MMPs (TIMPs) son proteínas multifactoriales que pueden modular las vías de señalización críticas para el cáncer independientemente de la inhibición de las MMPs, pudiendo inducir la proliferación celular e inhibir la apoptosis. Por ello, resulta de interés analizar la expresión de varias MMPs y TIMPs en el cáncer de próstata.

#### Material y Método:

Presentamos un estudio retrospectivo en el que hemos analizado la expresión global y por tipo celular (célula epitelial/tumoral, fibroblasto y célula mononuclear inflamatoria) de la MMP-2, 9, 11 y 13 y TIMP-3 en 33 prostatectomías radicales, comparando la zona no tumoral y la zona tumoral por inmunohistoquímica.

#### Resultados:

No se ha observado diferencias significativas en la expresión global (*score*) o por tipo celular de MMP-9, 11 y 13. Sin embargo, la zona tumoral muestra una mayor expresión global de MMP2 que resulta estadísticamente significativa ( $p=0.006$ ).

Además, los fibroblastos de la zona tumoral muestran una mayor expresión de MMP2 y TIMP3 que los fibroblastos de la zona no tumoral.

#### Conclusión:

Existen diferencias significativas entre la zona tumoral y no tumoral de las prostatectomías radicales, en cuanto a la expresión de factores que favorecen la progresión tumoral como la MMP2 y el TIMP3. El estroma tumoral, concretamente los fibroblastos, contribuyen a la expresión de estos factores. En definitiva, los fibroblastos asociados a cáncer muestran un fenotipo que contribuye a la progresión del tumor.

### C9- ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EXPRESIÓN DE METALOPROTEASAS (MMPS) ENTRE LAS ZONAS NO TUMORALES DE LA BIOPSIA NEGATIVA Y DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

Medina González, Antonio<sup>(1)</sup>; Eiró Díaz, Noemí<sup>(2)</sup>; Safwan Escaf Barmadah<sup>(3)</sup>;  
Jalón Monzón, Antonio<sup>(3)</sup>; Fernández Gómez, Jesús María<sup>(3)</sup>; Ovidio González, Luis<sup>(2)</sup>;  
Casas Nebra, Javier<sup>(4)</sup>; Vizoso Piñero, Francisco José<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, <sup>(2)</sup>Hospital Fundación de Jove, <sup>(3)</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, <sup>(4)</sup>Hospital Lucus Augusti

#### Introducción:

Las MMPs en los últimos años han planteado un importante interés en la investigación del cáncer debido al papel que tienen en la membrana basal y en la degradación de la matriz extracelular, lo que facilita la progresión tumoral.

La evolución clínica de los tumores de próstata puede depender de las expresiones que presenten las MMPs, correlacionándose la expresión de algunas de ellas con el pronóstico del carcinoma de próstata.

#### Material y Métodos:

Presentamos un estudio retrospectivo realizado en 33 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata en el que hemos analizado la expresión global (*score*) y por tipo celular (célula epitelial, fibroblasto y célula mononuclear inflamatoria) de la MMP-2, 9, 11 y 13 y TIMP-3 en las biopsias negativas y en las posteriores prostatectomías radicales (PR) por inmunohistoquímica. Se analizaron las diferencias de expresión entre la zona no tumoral de la prostatectomía radical y su correspondiente zona en la biopsia negativa.

#### Resultados:

No hemos observado diferencias significativas en cuanto a la expresión de MMP-2, 11 y 13 y TIMP-3. Sin embargo, existe una mayor expresión global de MMP-9 en la zona no tumoral de la PR respecto a la correspondiente zona de la biopsia negativa ( $p=0.000$ ). De la misma forma, hemos evidenciado que las células epiteliales de la PR muestran una mayor expresión de la MMP-9 respecto a las células epiteliales de la biopsia negativa ( $p=0.016$ ).

#### Conclusión:

En definitiva, las células epiteliales de la prostatectomía radical tanto en la expresión global (*score*) como en el tipo celular muestran un fenotipo que podría estar comprometido hacia el desarrollo del tumor, ya que la MMP-9 muestra en ambos casos una expresión mucho mayor en la zona no tumoral de las PR que en las de la biopsia negativa.

### C10- SARCOMA PARATESTICULAR. A PROPÓSITO DE 5 CASOS.

García Expósito, Marco Antonio; Sánchez Merino, Jose María, García Sobrino, Rubén; López Fernández, Alicia; Iglesias Alvarado, Julio Iglesias; Chantada Abal, Venancio.

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

#### Objetivos:

Revisión retrospectiva de 5 casos diagnosticados en los últimos diez años en nuestro servicio, evaluando qué medidas pueden influir en la supervivencia global y en la supervivencia libre de recidiva de estos pacientes.

#### Material y Métodos:

Para la selección de casos hemos utilizado la base de datos Eos del servicio de anatomía patológica de nuestro hospital, así como la revisión de sus historias clínicas.

#### Resultados:

La edad media de presentación es de 67 años, con un rango que va de los 64 a los 70 años. Tres casos debutaron como bultoma escrotal y dos como masa inguinal. En cuatro de ellos se hizo orquiectomía radical de inicio y en otro, exéresis biópsica. La histología fue de liposarcoma (LPS) en cuatro casos y leiomiiosarcoma (LMS) en un caso. Aquellos en los que se realizó orquiectomía radical R0 de inicio, no se evidenció recidiva a los 81 y 48 meses de seguimiento respectivamente. Un caso de orquiectomía R1 y otro de exéresis biópsica, requirieron rescate quirúrgico a los 2 y 14 meses respectivamente.

El caso de leiomiiosarcoma, a pesar de una orquiectomía radical R0, presentó metástasis pulmonares a los 16 meses aunque con una supervivencia global que supera los 70 meses.

#### Conclusiones:

El sarcoma paratesticular es un tumor poco frecuente, se presenta con un pico de incidencia en la sexta década de la vida. La sospecha clínica es muy importante de cara a la planificación de una cirugía radical con márgenes amplios, siendo ésta el Gold Standard del tratamiento. La supervivencia global es amplia con un rango que en nuestra serie va desde los 31 meses a los 14 años, todos ellos con supervivencia en el momento actual.

En cuanto a la supervivencia libre de recidiva estará condicionada por el tipo histológico y el tipo de cirugía inicial.

## COMUNICACIONES ORALES

### C11- COLPOCLEISIS PARA LA CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE ORGANOS PÉLVICOS. REVISIÓN DE NUESTRA SERIE.

López Fernández, A; Sánchez Merino, JM<sup>®</sup>; García Expósito, M; García Sobrino, R; Iglesias Alvarado, JR; Chantada Abal, V.

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

#### Objetivos:

Presentamos la experiencia del Servicio de Urología del CHUAC en la corrección del Prolapso de Órganos Pélvicos (POP) mediante colpocleisis.

#### Material y Métodos:

Se ha realizado una revisión retrospectiva de los datos epidemiológicos, hallazgos urodinámicos, complicaciones y resultados de las pacientes sometidas a colpocleisis entre 2016-2018 en nuestro servicio. Asimismo, se recogieron los datos de los cuestionarios estandarizados I-QOL e ICQ-SF pre y postquirúrgico y el cuestionario PGI-I (Patient Global Impression of Improvement) post-cirugía. Este último, permite que se clasifique el alivio obtenido con el tratamiento en una escala de 1 (muchísimo mejor) a 7 (muchísimo peor).

#### Resultados:

P	EDAD	ASA	IMC	IOE previa	PGI-I	ICIQ-SF		IQOL		Residuo postmiccional
						Pre	Post	Pre	Post	
1	81	III	27.89	Si	2	16	5	29	109	11
2	80	III	27.55	Si	2	15	1	73	104	35
3	87	III	28.67	Si	3	16	16	98	88	68
4	80	II	34.25	No	1	5	1	58	108	0

*PGI-I: 1 = muchísimo mejor, 2 = mucho mejor, 3 = un poco mejor.*

Se trataron 4 pacientes. Todas las pacientes presentaban cistocele grado IV, con prolapso de cúpula adicionalmente en dos casos. Tres casos tenían el antecedente de histerectomía. Ninguna refería actividad sexual. Se sometió a las pacientes que presentaban IOE a la colocación de un TOT en el mismo acto quirúrgico. En tres de ellas se asoció a la técnica una perineoplastia posterior.

El tiempo medio quirúrgico fue de 68,75 minutos (rango, 50-80), y el de estancia hospitalaria fue de 1,25 días (rango, 1-2).

Se siguió a las pacientes durante una media de 12,25 meses (rango, 4-24). No se observó ninguna recurrencia, ni aparecieron complicaciones tanto en el postoperatorio inmediato como en el seguimiento. El grado de satisfacción medido mediante el PGI-I fue de 2 (rango, 1-3)

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### Conclusiones:

La corrección del POP mediante colpocleisis es segura y eficaz en pacientes de edad avanzada y/o elevada comorbilidad que no presenten actividad sexual. El grado de satisfacción de las pacientes es alto dado que se corrige el prolapso con un magnífico resultado estético y un escaso o nulo grado de complicaciones.

### **C12- REVISIÓN DE 184 PACIENTES CON PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS TRATADAS CON PROMONTOFIJACIÓN LAPAROSCÓPICA.**

Zarraonandía Andraca, Antón; Muñoz, Marta; Aparicio, Lara; Gonzalez Dacal, Juan Andrés;

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra,*

#### **Objetivo:**

El prolapso genital de órganos pélvicos (POP) es una patología descrita hasta en el 40% de las mujeres. Su tratamiento va desde terapia conservadora hasta cirugía. La promontofijación laparoscópica es una técnica de alta complejidad técnica que ha demostrado buenos resultados. El objetivo de esta revisión es mostrar nuestros resultados.

#### **Materiales y Métodos:**

Se realiza un estudio retrospectivo observacional entre el 02/12/2009 y el 31/12/2017 incluyendo 184 pacientes operadas.

Se evaluaron las siguientes variables: Preoperatorias (edad, IMC, partos, cirugía ginecológica previa, motivo de consulta y examen físico), perioperatorias (tiempo quirúrgico, tipo de cirugía, complicaciones y estancia hospitalaria) y postoperatorias (tiempo de seguimiento, recidiva y secuelas postoperatorias)

#### **Resultados:**

La mediana de edad fue 65 años (35-82) y la mediana del IMC fue de 29,19 cm/kg<sup>2</sup> (17-39,59). El promedio de partos fue de 2,38 (0-8), siendo 23 pacientes nulíparas. 35 pacientes habían sido hysterectomizadas previamente.

La consulta más frecuente fue POP en el 51%, luego incontinencia de orina (IO) en el 23%. Al examen físico el 99% presentaban cistocele (mediana de grado de cistocele 3); 24,46% rectocele; 11,96% colpocele.

La mediana de tiempo quirúrgico fue 120 minutos (70-300). Se realizó hysterectomía en 40,21% de pacientes; colocación de malla anterior-posterior en 32% y sling suburetral en 33,15%. Un 7,6% presentaron complicaciones intraoperatorias y 14% presentaron complicaciones postoperatorias (sólo 1 paciente presentó una complicación grave con perforación intestinal y sepsis).

La mediana de días de ingreso fue 2 (1-120). El tiempo promedio de seguimiento fue 14,62 meses (1-50) y en 65,7% de las pacientes se apreció corrección total del POP, solo un 5,4% tuvieron recidiva. Un 24% presenta algún grado de IO.

#### **Conclusiones:**

La promontofijación laparoscópica es un tratamiento eficaz para el tratamiento del POP, con tiempos quirúrgicos adecuados, un bajo índice de complicaciones, pocos días de ingreso y escasa recidiva.

### C13- RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO IBERIAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA MASCULINA POST-PROSTATECTOMÍA MEDIANTE EL CABESTRILLO AJUSTABLE TRANSOBTURADOR ATOMS.

Pereira Beceiro, Javier<sup>(1)</sup>; Carballo Quintá, Manuel<sup>(2)</sup>; Angulo Cuesta, Javier C.<sup>(3)</sup>; Abeijón Piñeiro, Carla<sup>(1)</sup>; Molinos Mayo, Jessica<sup>(1)</sup>; Lojo Romero, Javier<sup>(1)</sup>; Fernández Docampo, Jose<sup>(1)</sup>; Mosquera Seoane, Teresa<sup>(1)</sup>; Freire Calvo, Jacobo<sup>(1)</sup>; Rey Rey, Jorge<sup>(1)</sup>; Rodríguez Souto, Pilar<sup>(1)</sup>; González Blanco, Alfonso<sup>(1)</sup>; Bonelli Martín, Carlos<sup>(1)</sup>; Álvarez-Ossorio, José L.<sup>(4)</sup>; Ojea Calvo, Antonio<sup>(2)</sup>; Rodríguez Alonso, Andrés<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, <sup>(2)</sup>Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, <sup>(3)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, <sup>(4)</sup>Servicio de Urología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

#### Introducción y Objetivos:

El sistema ATOMS es un cabestrillo masculino transobturador hidráulico con una almohada conectada a un puerto que causa compresión indirecta de la uretra, y que se puede ajustar tras su colocación, mediante la inyección simple de líquido estéril a través del puerto, sin anestesia ni fluoroscopia. Evaluamos la efectividad y la seguridad de ATOMS para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo masculina (IUE) en un entorno de práctica clínica.

#### Material y Métodos:

Estudio multicéntrico retrospectivo. 215 pacientes provenientes de 9 hospitales de la península Ibérica intervenidos entre 2012-2017, sin ningún caso excluido. Se evaluó el estado de continencia, la satisfacción del paciente, el número y el grado de complicaciones (Clavien-Dindo) y los factores que afectan la tasa seca al ajuste. Análisis univariado Chi-x2 para variables cuantitativas y t student para cualitativas. El análisis multivariado mediante modelos de regresión logística para predecir variables independientes de continencia post ajuste. Se evaluó la recurrencia de la incontinencia debido al fracaso del dispositivo y / o explante y se realizó la curva de Kaplan-Meier y tablas log rank para seguimiento y durabilidad de la continencia.

#### Resultados:

Media de rellenos del dispositivo para su ajuste 1.4 (+1.9). Se alcanzó la continencia tras el ajuste en el 80.5% de los casos (96.2% en casos de IUE leve y 75.3% en IUE moderada-grave), 121 pacientes (56.3%) no usan absorbente y 52 (24.2%) un absorbente de seguridad por pérdidas de orina por debajo de 10 ml. La prueba del pad test diario basal medio y el conteo de compresas diaria disminuyeron de 484 + 372.3ml y 3.9 + 2pads a 63.5 + 201.2ml y 0.9 + 1.5pads (ambos p <.0001). La tasa de satisfacción fue del 85.1% (94.3% en IUE leve y 82.1% en IUE moderada-grave). Los factores asociados a la continencia fueron: menor severidad de IUE (p <.0001), ausencia de radioterapia (p = .0002) y generación del dispositivo (p = .05). El análisis

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

multivariado reveló que el no tratamiento con Radioterapia (OR = 3.12; 1.36-7.19), y el grado de IUE leve (OR = 19.61, 3.95-100) y moderada (OR = 2.48; 1.1-5.59) son factores predictivos independientes. Complicaciones presentadas en 33 pacientes(15.35%): 66.7% grado 1, 9.1% grado 2 y 24.2% grado 3. El dispositivo ATOMs fue explantado en 7 (3.25%) y la IUE empeoró después del ajuste en 9 casos (4.2%), con una mediana de seguimiento de 24.3 meses. La tasa de continencia en el seguimiento fue del 73% y la continencia a los 2 años del ajuste fue del 89,8% (82,9-94).

### Conclusiones:

Este estudio multicéntrico confirma que el dispositivo ATOMs es seguro y logra una alta eficacia de tratamiento y satisfacción del paciente con IUE post prostatectomía, con más de 2 años de seguimiento medio. Se obtienen resultados significativamente mejores en casos menos graves y no sometidos a Radioterapia. La continencia se mantiene a los 2 años del ajuste.





## VÍDEOS

### V1- UROLIFT®, NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

García Sobrino, R; Sánchez Merino, JM<sup>a</sup>; Bohórquez Cruz, M; Caramés Masana, F;  
Villegas Piguave, AD; Villar Vázquez, N; López Fernández. A; Chantada Abal, V.

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

#### Objetivo:

Mostrar la técnica quirúrgica para la colocación del dispositivo UroLift® (NeoTract, Inc) para el tratamiento de los pacientes con sintomatología moderada a severa por hiperplasia benigna de próstata (HBP). El sistema UroLift®, siguiendo las EAU Guidelines está indicado en el tratamiento de los síntomas obstructivos por HBP, en próstatas inferiores a 80cc sin lóbulo medio, consiguiendo una mejoría sintomática rápida con escasos efectos secundarios y sin alterar la función eyaculatoria.

#### Material y Métodos:

El sistema UroLift® es un procedimiento mínimamente invasivo, compuesto por un dispositivo aplicador y un implante que se compone de un extremo capsular de nitinol, una sutura PET y un extremo uretral de acero inoxidable.

Mediante un abordaje endoscópico se alcanza la uretra prostática, respetando 1 cm desde el cuello vesical, se comprime el lóbulo obstructivo con el dispositivo aplicador, realizando una angulación de 30°. En ese momento se inserta el implante permitiendo reabrir la luz uretral.

#### Resultados:

La media de dispositivos en nuestra serie de 6 casos ha sido de 4,6 (rango de: 4-6). El procedimiento se puede realizar con sedación, o incluso con anestesia local, aunque tratándose de nuestros primeros casos nos hemos decantado por la raquianestesia.

El tratamiento con UroLift® ha demostrado un excelente perfil de seguridad, con escasas complicaciones postoperatorias, teniendo en cuenta que estamos al inicio de la curva de aprendizaje.

En los estudios a corto plazo destaca la mejora del IPSS y del Qmáx en la flujometría, presentando una baja morbilidad y preservando la función sexual.

#### Conclusiones:

El sistema con UroLift® se postula como una nueva alternativa terapéutica, menos agresiva y con buenos resultados iniciales para la sintomatología del tracto urinario inferior por HBP en casos seleccionados, en especial pacientes jóvenes que desean mantener la función eyaculatoria y aquéllos en los que se desea un alivio sintomático con escasa morbilidad operatoria y postoperatoria.

### V2- RTU EN BLOQUE PARA TUMORES VESICALES PAPILARES Y SÓLIDOS

Villar Vázquez, Nuria; Caramés Masana, Francisco; Vázquez-Martul, Dario; García Sobrino, Ruben; Martínez Breijo, Sara; Cambón Bastón, Eva; Chantada Abal, Venancio.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Introducción y Objetivos:

La resección transuretral de vejiga (RTUv) es considerado el tratamiento gold-standard para el cáncer de vejiga no músculo-invasivo si bien técnica y sobre todo el material de resección se ha ido modificando con el tiempo. La resección en bloque o “en bloc” del tumor, completa y en un único intento es un ejemplo y parece aportar beneficios en la caracterización histopatológica de los tumores, menos clara parece la prevención de recurrencias.

En este video se demuestra la viabilidad de la técnica de resección en bloque en tumores vesicales papilares y otros de características más complejas.

#### Material y Métodos:

Presentamos dos casos clínicos con resección transuretral en bloque. El primer caso es un varón con varias RTUv previas por carcinoma de células transicionales, con presencia de dos lesiones: una en pared posterior de 1 cm y otra adyacente de menos de 0.5 cm. El segundo caso es una mujer de 66 años que consultó por hematuria macroscópica, con una lesión de 2.2 cm de aspecto sólido en pared posterior de vejiga. En ambos casos se empleó resector de doble flujo de 26.5 Charrière, asa de Collins, energía monopolar y visión mediante torre de endoscopia.

#### Resultados:

La duración de la resección fue de 10:10 y 14:30 minutos respectivamente. En ambos, se realizó una resección circunferencial desde la periferia a la base con margen de seguridad y abarcando capa muscular. El sangrado intraoperatorio y postoperatorio fue mínimo. No hubo complicaciones perioperatorias y ambos pacientes fueron alta en menos de 24 horas tras la intervención y tras la administración de mitomicina endovesical. En la anatomía patológica, se observó un carcinoma urotelial de bajo grado, no infiltrante (pTa) en el primero y un carcinoma urotelial de alto grado con un 15% de diferenciación glandular e infiltrante (pT2) en el segundo caso.

#### Conclusiones:

En nuestra experiencia, podemos considerar la RTU de vejiga en bloque como un procedimiento seguro, rápido y con una curva de aprendizaje relativamente corta. Al no fragmentar la pieza, presenta las ventajas de una mayor fiabilidad a la hora de la caracterización anatómo-patológica de la lesión.

### V3- SECCIÓN ENDOSCÓPICA DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS URETEROILEAL: TÉCNICA PASO A PASO

Pérez Schoch, M.; Carballo Quintá, M.; Almuster Domínguez, S.; Castro Iglesias, M.; Sánchez Ramos, J.; Montero Fabuena, R.; Díaz Álvarez, J.M.; Martínez Vázquez, A.; López García, S.; López Díez, M.E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Barros Rodríguez, J.M.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro*

#### Introducción:

Las estenosis de anastomosis ureteroileal (EAU) tras derivación urinaria, suponen una complicación de difícil manejo.

Múltiples técnicas endourológicas han sido descritas con resultados controvertidos. Presentamos una técnica paso a paso de sección endoscópica de EAU utilizando láser Holmium.

#### Material y Método:

Presentamos el caso de un varón de 63 años al que, en 2015, se le realiza cistoprostatectomía radical laparoscópica con derivación urinaria tipo Bricker. Un año más tarde, en TC programado, se muestra EAU. Tras colocación de nefrostomía percutánea e intento infructuoso de dilatación neumática, no siendo capaces de atravesar la estenosis con una guía, se decide programar para sección endoscópica de EAU con láser.

Comenzamos el procedimiento con una pielografía anterógrada, identificación de la estenosis y progresión de guía hasta su nivel más proximal.

Tras ello realizamos una dilatación secuencial del trayecto percutáneo hasta 14Fr, seguido de la inserción de vaina ureteral 11/13Fr hasta uréter medio. Usando ureteroscopio y cistoscopio flexible, negociamos la estenosis consiguiendo el paso de una guía hidrofílica a través de la misma. Utilizando esta visión combinada a través de la derivación, recuperamos la guía y alcanzamos el enhebrado de aparato urinario derecho.

Realizamos una dilatación secuencial retrógrada de la EAU que nos permite avanzar un catéter balón de dilatación de 6cm 18Fr. Tras ello dilatamos la EAU aplicando 12atm. A continuación, traccionamos ligeramente del catéter para invaginar la estenosis e impedir cualquier lesión intestinal durante el subsiguiente proceso.

Mediante cistoscopio rígido, seccionamos el tejido fibrótico con fibra de láser Holmium 360µm 50W. Finalmente, colocamos catéter ureteral y nefrostomía percutánea derecha bajo visión fluoroscópica.

#### Resultados:

El paciente fue dado de alta a las 48 horas sin complicaciones intra o postoperatorias. La nefrostomía percutánea fue retirada en el primer día postoperatorio y el catéter ureteral pasadas 6 semanas de la cirugía. A los 3 meses se realizó TC control que muestra resolución completa de la dilatación pielocalicial derecha.

---

## VÍDEOS

---

### Conclusiones:

En casos bien seleccionados y con el entrenamiento adecuado, la sección endoscópica con láser Holmium para EAU, puede ser una opción terapéutica efectiva como cirugía mínimamente invasiva para el tratamiento de esta enfermedad.

### V4- CALCIFICACIONES INTRACALICIALES

Medina González, Antonio; Pello Fonseca, José; Salgado Plonski, José; Cruceyra Betriú, Guillermo; Díaz Méndez, Begoña; Rodríguez Villamil, Luis; Pérez García, Corina; Rúger Jiménez, Laura; Alonso Calvar, Laura; Mosquera Madera, Javier

*Servicio de Urología - Hospital de Cabueñes Gijón*

#### Introducción:

El desarrollo de la tecnología aplicado a la Urología endoscópica nos permite desde hace algunos años intervenir quirúrgicamente de forma segura y eficaz litiasis renales con una morbilidad muy baja y aportando un notable beneficio a los pacientes.

Nuestro objetivo es mostrar la realización de una cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) en una paciente que presentaba infecciones de orina de repetición y que en pruebas de imagen se visualizó una litiasis intrarrenal izquierda sin repercusión funcional.

#### Material y Métodos:

Presentamos una mujer de 43 años intervenida de pieloplastia izquierda con extracción de litiasis hace 15 años.

Durante los 3 últimos años la paciente presenta infecciones urinarias de repetición y 2 episodios de pielonefritis izquierda.

Tras realizar pruebas de imagen se visualiza una litiasis de 10 mm en cáliz superior del riñón izquierdo, sin que se identifique patrón obstructivo en el renograma isotópico decidiéndose la realización de intervención quirúrgica.

#### Resultados:

Se realiza una cirugía retrógrada intrarrenal en un tiempo de 55 minutos.

Una vez que se accede al riñón izquierdo mediante vaina de acceso 12/14, se revisan todos los cálices sin localizar la litiasis descrita en pruebas de imagen, únicamente se visualizan calcificaciones intracaliciales en el cáliz superior.

Debido a ello, se decide fotovaporización con láser de la mucosa calicial bajo visión para visualizar las calcificaciones. Al iniciar la fulguración con láser se produce una salida rápida y continua de múltiples litiasis de muy pequeño tamaño que se encontraban en un cáliz excluido, se prosigue con la apertura completa del cuello calicial y la posterior revisión del mismo.

El procedimiento se finaliza con la extracción de restos litiasicos para su análisis y la colocación de catéter ureteral.

Desde la intervención la paciente se encuentra asintomática y sin infecciones urinarias.

---

## VÍDEOS

---

### Conclusión:

El RIRS representa una técnica eficaz y segura para el tratamiento de litiasis renales, sobre todo cuando son menores de 20 mm, logrando una alta tasa de resolución litiásica con una estancia postoperatoria muy corta y baja morbilidad.

En nuestro caso, se logró liberar un cáliz excluido permitiendo que la paciente permanezca asintomática sin infecciones urinarias tras la cirugía.

### V5- PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO

García-Terente Fdez., V.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Lamas Díaz, L.; Bohorquez Cruz, M.; Villar Vázquez, N.; Martínez Breijo, S.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

#### Introducción:

El cáncer de próstata de alto riesgo ha sido tratado tradicionalmente mediante radioterapia y/o terapia de deprivación androgénica, pero la prostatectomía radical ha ido ganando importancia con el tiempo en este contexto. La cirugía puede ser un tratamiento efectivo en este grupo de pacientes, siendo una terapia curativa en algunos casos y representando el primer paso del tratamiento multimodal para otros.

#### Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 64 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a la consulta de Urología por PSA de 28 ng/mL y tacto rectal patológico. Se realiza biopsia prostática ecodirigida con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata Gleason VII en todos los cilindros. Se realizan estudios de extensión mediante TAC y gammagrafía ósea, siendo ambos negativos, por lo que se plantea cirugía radical dentro de un probable tratamiento multimodal.

#### Resultados:

Se realiza prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía ilioabdominal ampliada con utilización de torre Stryker 2D.

El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos sin incidencias. Durante la intervención se evidenció invasión localmente avanzada a nivel de plano posterior y muy probable infiltración vesical.

La estancia postoperatoria fue de 4 días sin complicaciones.

La anatomía patológica de la pieza mostró una invasión masiva por adenocarcinoma de próstata Gleason IX con infiltración de grasa periprostática, vesículas seminales y cuello vesical. Bordes quirúrgicos con contacto multifocal. Linfadenectomía ilio-obturatoria bilateral con 22 ganglios aislados sin afectación metastásica (pT3b-T4N0).

En el control postoperatorio el paciente presenta un PSA de 1.41 ng/ml, se decide inicio de hormonoterapia y es remitido a radioterapia externa tras recuperación de continencia completa.

#### Conclusiones:

La prostatectomía radical se presenta como alternativa terapéutica en pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata de alto riesgo, sin claras distinciones en cuanto a supervivencia en la literatura respecto a la radioterapia externa con adyuvancia hormonal, pero con la ventaja de un mejor análisis patológico, estratificación más precisa, ganancia en problemas secundarios y con la posibilidad de tratamientos ulteriores.

En pacientes con adenocarcinoma de próstata localmente avanzado requiere una selección de candidatos y formando parte de un tratamiento multimodal.

### V6- PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO, ¿ES POSIBLE?

Villar Vázquez, Nuria; Vázquez-Martul, Darío; Lamas Díaz, Leticia; Martínez Breijo, Sara; García-Terente, Virginia; Venancio Chantada Abal

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Introducción y Objetivos:

No existe un consenso claro sobre el tratamiento óptimo de los pacientes con cáncer de próstata (CaP) de alto riesgo si bien en caso de plantear un abordaje quirúrgico debe de realizarse una linfadenectomía ilio-obturatriz ampliada dentro de un probable tratamiento multimodal. El apoyo en estos casos de técnicas por imagen como la resonancia magnética puede aportar información de cara a plantear cirugías más conservadoras y conseguir mejores resultados funcionales en estos pacientes.

Diversos estudios ponen de manifiesto la posibilidad de preservación neuro-vascular en casos seleccionados con unos resultados oncológicos seguros.

Presentamos un vídeo demostrativo dentro de una serie reciente de prostatectomías laparoscópicas en CaP de alto riesgo en las que atendiendo a los datos preoperatorios y hallazgos intraoperatorios se decidió la realización de una preservación neurovascular intrafascial.

#### Material y Métodos:

Presentamos 3 pacientes diagnosticados de CaP de alto riesgo en biopsia prostática con un rango de edad entre 52 y 69 años, PSAs previos a biopsia comprendidos entre 3.9 y 10 ng/mL; Los estadios clínicos fueron cT1c en 2 casos y cT2a en un caso con estudios de extensión negativos (CaP órgano confinado).

En los 3 pacientes el diagnóstico inicial fue de adenocarcinoma grado 4 en biopsia, localizado y con baja carga tumoral; en 2 casos se disponía de RM previa con lesión PIRADS 5, en uno de estos el diagnóstico fue mediante biopsia prostática de fusión elástica.

En todos los casos se decidió prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía ilio-obturatriz ampliada pudiéndose completar una preservación NV intrafascial unilateral. Las cirugías fueron realizadas por el mismo cirujano.

#### Resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 180 minutos (piel a piel) sin incidencias perioperatorias ni necesidad de transfusiones en ningún caso; la estancia media fue de 2 días.

Los resultados anatómo-patológicos fueron:

- adenocarcinoma Grado 4 pT3aN1 (2 ganglios afectados de 18)
- adenocarcinoma Grado 5 pT3bN0 (18 ganglios)
- adenocarcinoma Grado 5 pT3bN0 (29 ganglios)

En todos los casos los bordes quirúrgicos fueron negativos.



---

## VÍDEOS

---

Todos los pacientes presentaron una continencia completa precoz (primer mes tras retirada de sonda vesical) y presencia de erecciones con o sin apoyo de tratamiento oral farmacológico (2 pacientes sin tratamiento oral).

### Conclusiones:

La preservación neurovascular en la prostatectomía radical en CaP de alto riesgo es una técnica viable en casos muy seleccionados y en manos de cirujanos con experiencia, fundamentalmente apoyados en técnicas por imagen y hallazgos intraoperatorios, favoreciendo así una mejora en los resultados funcionales de estos pacientes.

### V7- TRES TÉCNICAS LAPAROSCÓPICAS EN EL MISMO PACIENTE.

Casas Nebra, J; Blanco Gómez, B; Carrillo Zamora, C; Rodríguez Lugo, S; Calafiore, D; Mateo Cambón, L; Vérez Vivero, M; Mosteiro Ponce, J; García Novio, F.

*Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti*

Presentamos el caso clínico de una mujer de 52 años intervenida hace 2 años de colposacropexia laparoscópica.

Meses después de la intervención quirúrgica refiere molestias en fosa renal izquierda acompañándose de ITUs de repetición con urocultivos positivos.

Se completa estudio con cistografía miccional que informa la existencia de reflujo vesicoureteral grado III, sin residuo postmiccional significativo.

Durante la realización de cistoscopia para colocación de Macroplastique, se objetiva extrusión de malla de compartimento anterior a nivel de meato ureteral izquierdo.

Se coloca catéter doble J izquierdo y se decide completar estudio con TAC Abdominal con contraste.

El informe del TAC confirma la existencia de posible cuerpo extraño (malla quirúrgica) a nivel de desembocadura de meato ureteral izquierdo, sin poder confirmar en este estudio la existencia de reflujo vesicoureteral.

En sesión clínica se decide realizar reimplante ureteral izquierdo, exéresis de malla de compartimento anterior y fistulorrafia con interposición de epiplón mediante abordaje laparoscópico.

### V8- TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA RETROPERITONEOSCÓPICA

Calafiore, D; Blanco Gómez, B; Casas Nebra, J; Carrillo Zamora, C; Rodríguez Lugo, S; Vérez Vivero, M; Mosteiro Ponce, J; Mateo Cambón, L; García Novio F.

*Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti*

#### Introducción:

El retroperitoneo es un espacio limitado en su borde craneal por el diafragma que lo separa del tórax y en su borde caudal se continúa con los espacios extraperitoneales pelvianos. Su límite anterior es el peritoneo, y la pared corporal conforma los límites posterior y lateral. El retroperitoneo tiene tres compartimentos, el compartimento posterior, limitado por el peritoneo parietal; el espacio anterior, limitado por la fascia transversalis y el espacio perirrenal limitado por la fascia perirrenal.

El abordaje retroperitoneal se ha asociado a diversas ventajas respecto al abordaje intraperitoneal. En primer lugar permite un acceso rápido al pedículo renal, especialmente a la arteria; acceso a determinados tumores excrecentes de la cara posterior, posteromedial y posterolateral del riñón o pelvis renal que se interponen al abordaje y disección del pedículo renal; en pacientes con cirugías abdominales previas que pudieran tener múltiples adherencias peritoneales, pacientes con obesidad mórbida, etc.

En estos casos el abordaje retroperitoneal es una técnica que ofrece una vía segura, con menor probabilidad de complicaciones como lesiones intestinales, vasculares, hepáticas y esplénicas. Es una técnica totalmente reproducible en aquellos cirujanos que tienen manejo por vía laparoscópica clásica.

#### Caso clínico:

Presentamos el vídeo de tumorectomía renal derecha por retroperitoneoscopia de tumor de 42 mm (medido por TC), localización posteromedial derecha, en una mujer de 59 años, con IMC de 36 y antecedente de colecistectomía abierta con incisión de Kocher ampliada, por colecistitis enfisematosa.

#### Conclusión:

La retroperitoneoscopia debe considerarse una alternativa a la cirugía laparoscópica convencional en aquellos pacientes que tienen cirugías abdominales previas, obesidad o localización posterior del tumor.

### V9- TUMORECTOMÍA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA OFF-CLAMP.

Díaz Álvarez, JM.; Sánchez Ramos, J; Pérez Schoch, M.; Montero Fabuena, R.; Almuster Domínguez, S.; Cespón Outeda, E.; Comesaña Davila, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Rodríguez Iglesias, B.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - H. Álvaro Cunqueiro.*

#### Introducción:

La nefrectomía parcial/tumorectomía es la técnica de elección para los tumores de T1a según las guías europeas. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de manera incidental, de un tumor posterior renal, el cual será intervenido por retroperitoneoscopia.

Explicamos los pasos del acceso retroperitoneal, sus ventajas e inconvenientes y los pasos más característicos en este tipo de abordaje.

#### Material y Método:

Caso clínico:

Varón de 61 años con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia, cardiopatía isquémica crónica y pancreatitis aguda biliar. A raíz del ingreso por pancreatitis se realiza un TAC rutinario de control y de manera incidental se descubre lesión renal izquierda de 3.1 centímetros en la cortical postero-lateral del polo inferior, por lo que se plantea realizar tumorectomía por retroperitoneoscopia dado el tamaño y la localización del tumor.

#### Intervención quirúrgica:

Se desarrolla el espacio retroperitoneal con sonda y dedo guante el cual introducimos por uno de los accesos, rellenando el guante con 400ml de suero fisiológico. Se insertan 3 trocares retroperitoneales inicialmente e intraoperatoriamente se añade un 4º todos por visión directa. Disección de grasa pararenal y perirenal tras apertura de fascia Zuckerkandl. Identificación del tumor. Tumorectomía *off-clamp* y embolsamiento del tumor. Realización de hemostasia. Sutura lecho tumoral. Extracción del tumor y cierre.

#### Resultados:

Tiempo quirúrgico 90'. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Drenaje 0cc. Tiempo de isquemia 0". Alta a domicilio al segundo día postoperatorio. La anatomía patológica evidenció carcinoma papilar renal tipo Ia.

#### Conclusión:

La nefrectomía parcial retroperitoneoscópica es una alternativa viable y eficaz para el tratamiento de tumores renales localizados especialmente en cara posterior, habiendo acumulado en nuestro centro 27 casos hasta la fecha comprobando que es una técnica segura y reproducible. El acceso laparoscópico retroperitoneal ofrece acceso directo al tumor y produce menos íleo postoperatorio debido a la preservación de la cavidad peritoneal. El clampaje del pedículo de forma habitual no es necesario, como se ha visto en este caso y se refleja en nuestra serie.

### V10- USO DE DIFERENTES RECURSOS QUIRURGICOS EN TUMORECTOMIA RENAL LAPAROSCOPICA

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

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

#### Introducción:

La nefrectomía parcial o tumorectomía actualmente esta recomendado con un grado A por las guías Europeas de Urología para tumores renales estadio cT1a. En este video pretendemos mostrar diferentes recursos laparoscópicos para esta intervención.

#### Materiales y Métodos:

Mujer de 48 años en seguimiento por utero miomatoso. En TAC de control se aprecia masa renal izquierda de 4cm en región interpolar posterior y ureterohidronefrosis moderada izquierda secundaria a dos litiasis ureterales. El RENAL score calculado fue 7. Se propone una ureterorrenoscopia izquierda y tumorectomía laparoscópica en mismo acto.

#### Resultados:

La paciente fue posicionada posición ginecológica y se procedió a ureterorrenoscopia semirrígida izquierda logrando extraer con cestilla 2 litiasis de 3mm de uréter distal. Luego se posiciona la paciente en decúbito lateral derecho, y se colocan 4 trocares. Se localiza uréter dilatado y pedículo renal con una arteria polar inferior y una principal. Se libera toda la grasa perirrenal para movilizar el riñón y tener un acceso cómodo a la lesión tumoral, dejando 3 gasas en la cara posterior. Se comienza la disección del tumor sin isquemia. Se procede a clampaje por un sangrado arterial. Se continúa la enucleación completa del tumor. Para el cierre del defecto se realiza una primera línea interna de sutura continua con monofilamento reabsorbible. Se procede a desclampaje precoz completando 10 minutos de isquemia. Con una sutura trenzada reabsorbible continua con haemo-lock, se realiza una segunda línea de sutura. Con puntos 3 sueltos tipo "sándwich" se cierra por completo el defecto renal. Se vuelve a traccionar de la sutura interna para recuperar tracción. Se coloca hemostático y cierra la grasa perirrenal.

El tiempo quirúrgico de ambos procedimientos fue de 140 minutos, con un sangrado mínimo. La paciente fue dada de alta al 2º día. El resultado de la AP mostro un oncocitoma de 3,5cm con márgenes libres.

#### Conclusiones:

La tumorectomía es un reto laparoscópico. Hoy en día existen diferentes técnicas, tanto con o sin isquemia, con sutura continua o puntos sueltos, etc. Para poder realizar esta cirugía es necesario conocer y dominar todas las técnicas laparoscópicas descritas y tener la capacidad de implementarlas cuando sean necesarias.

### **V11- NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA CON CAVOTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA RENAL CON TROMBO VENOSO.**

Casas Nebra, J; Blanco Gómez, B; Carrillo Zamora, C; Calafiore, D; Rodríguez Lugo, S; Vérez Vivero, M; .Mateo Cambón, L; Mosteiro Ponce, J; García Novio, j. Francisco.

*Servicio de Urología - Hospital Universitario Lucus Augusti.*

Una de las características que presenta el carcinoma de células renales (CCR) es su venotropismo. En el momento del diagnóstico es posible encontrar trombo tumoral en la vena renal en el 20-35 % de los casos y puede extenderse a la vena cava inferior (VCI) y/o por encima de las venas suprahepáticas hasta alcanzar la aurícula derecha.

La nefrectomía radical con la extracción completa del trombo tumoral supone la única opción curativa cuando se trata de pacientes sin evidencia de enfermedad a distancia.

Presentamos el video de un varón de 81 años remitido desde Medicina Interna por hallazgo en TAC toracoabdominal de una masa renal derecha de 8 x 7 cm con trombo tumoral que ocupa la totalidad de la vena renal derecha.

En comité de tumores se decidió realizar nefrectomía radical derecha con cavotomía laparoscópica.

El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, con una estancia hospitalaria de 72 horas sin complicaciones en la escala de clasificación Clavien- Dindo.

La cirugía abierta se considera la técnica gold-standard para los estadios T3 / T4.

Pudiéndose reservar la vía laparoscópica para urólogos con experiencia en el campo laparoscópico que sean capaces de reproducir los principios oncológicos de la vía abierta.

### V12- 3D - HEMINEFRECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR HIDROCÁLIZ INFECTADO

Rodríguez Alonso, A; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; Rey Rey, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción:**

El hidrocáliz es una patología poco frecuente, que no requiera tratamiento salvo que se asocie a infección o desarrollo de litiasis, sintomáticas.

#### **Material y métodos:**

Paciente mujer de 65 años, con infecciones urinarias de repetición de larga evolución. En los dos años anteriores presentó dos episodios infección urinaria severa y pionesrosis en hidrocáliz de polo superior de riñón izquierdo, que requirieron derivación urinaria mediante nefrostomía. En TC se observó gran hidrocáliz de polo superior de riñón izquierdo, con moderada atrofia cortical.

Se propuso heminefrectomía superior izquierda laparoscópica, que se llevó a cabo con la siguiente técnica quirúrgica: posición decúbito lateral derecho, acceso laparoscópico transperitoneal, heminefrectomía con clampaje arterial y venoso y sutura renal en dos planos.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 110 minutos, con un tiempo de isquemia de 12 minutos y un sangrado intraoperatorio de aproximadamente 100 ml. El alta tuvo lugar a los 3 días.

En el estudio anátomo-patológico se observó atrofia cortical, pielonefritis crónica generalizada y fibrosis intersticial.

#### **Conclusiones:**

La patología infecciosa del hidrocáliz es poco frecuente y en caso de infecciones severas de repetición, la cirugía es una alternativa a considerar. En estos casos, el abordaje laparoscópico es el de elección, como en casi toda la patología renal.

### V13- 3D - NEFRECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPIA Y CAVOTOMÍA POR TROMBO TUMORAL GUIADA POR ECOGRAFÍA

Rodríguez Alonso, A; Freire Calvo, J; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

La afectación vascular en la neoplasia renal tiene grandes implicaciones pronósticas y añade dificultad a la técnica quirúrgica. La presencia de trombo tumoral nivel II en la vena cava inferior, puede plantear la dificultad de determinar el límite craneal del mismo. En estos casos, el empleo de ecografía laparoscópica puede ayudar a definir los límites del trombo y hacer que la cirugía sea más segura.

#### Material y Métodos:

Paciente varón de 70 años, con hallazgo incidental mediante de Ecografía y TC de neoplasia renal, durante estudio por síntomas del tracto urinario inferior.

En TC se observó una neoplasia renal derecha de 6 cm, con trombo nivel II en vena cava inferior. Se decidió realizar nefrectomía radical laparoscópica con apoyo de ecografía endocavitaria, con la siguiente técnica quirúrgica: decúbito lateral izquierdo, identificación ecográfica de la morfología y límites del trombo, control de cava y vena renal izquierda y cavotomía con extracción del trombo, finalización de la nefrectomía y sutura continua de vena cava.

El tiempo de neumoperitoneo fue 175 minutos, con un sangrado intraoperatorio de 350 ml aproximadamente. El paciente fue dado de alta a los 2 días.

En el estudio anátomo-patológico se observó carcinoma de células claras de 6 cm, Fuhrman III, categoría pT3b.

En la primera revisión el paciente se encontraba asintomático y en el TC no se observaron datos de recidiva y la vena cava inferior estaba permeable.

#### Conclusiones:

El abordaje laparoscópico de la neoplasia renal con afectación vascular es factible y el apoyo ecográfico intraoperatorio permite determinar los límites del trombo y controlar con seguridad la vena cava en su porción más craneal.



### V14- 3D - EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA PARIETO-COSTAL Y DIAFRAGMÁTICA DE NEOPLASIA RENAL

Rodríguez Alonso, A; Rey Rey, J; Molinos Mayo, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

El carcinoma renal es uno de las neoplasias en las que la cirugía citorreductora puede aportar beneficios en supervivencia y control sintomático, tanto en lo que se refiere a la exéresis del riñón, como la de las metástasis, en el caso de que estas sean poco numerosas y accesibles quirúrgicamente.

#### Material y Métodos:

Paciente mujer de 56 años a la que se había practicado nefrectomía radical derecha laparoscópica y linfadenectomía retroperitoneal para-aórtica e inter-aorto-cava, siendo el informe anatómo-patológico de carcinoma de células claras, Fuhrman IV, pT3a pN0 (15 ganglios).

Durante el seguimiento se desarrollaron metástasis pulmonares y recidiva en fosa renal, con mal control analgésico. Fue tratada en primera línea con Sunitinib, obteniendo una respuesta parcial pulmonar y progresión de la recidiva local. La recidiva local mostró un crecimiento rápido y ocasionó un dolor de difícil control. En TC se observó una masa en fosa renal, que infiltraba la pared abdominal lateral, la 12ª costilla y la pleura. Se propone exéresis laparoscópica de la masa.

La técnica quirúrgica consistió en una posición en decúbito lateral derecho, realizando exéresis completa de la masa, con resección costal y pleuro-diafragmática. Se realizó colocación de drenaje torácico y sutura de defecto pleuro-diafragmático.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 180 minutos. La pérdida hemática intraoperatoria fue de 200 ml. El drenaje torácico se mantuvo durante 9 días, que fueron también los días de ingreso. No presentó ninguna complicación.

En el estudio anatómo-patológico se observó una lesión metastásica de carcinoma de células claras de 12 x 11 x 6 cm, Fuhrman IV.

La paciente presentó una respuesta pulmonar completa con Nivolumab en 2ª línea, con desaparición del dolor. En TC de control se constató la completa desaparición de la recidiva local.

#### Conclusiones:

La exéresis de la recidiva local de partes blandas es una indicación poco común en cirugía laparoscópica, que aporta los beneficios de la mínima invasión, además de los beneficios oncológicos y clínicos de la citorreducción.

### V15- 3D - LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA

Abeijón Piñeiro, C.; Mosquera Seoane, T.; Molinos Mayo, J.; Lojo Romero, J.;  
Fernández Docampo, J.; Bonelli Martín, C.; Freire Calvo, J.; González Blanco, A.; Pereira Beceiro, J.;  
Rey Rey, J.; Rodríguez Souto, P.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

Las lesiones residuales de tumores testiculares de células germinales no seminomatos tras quimioterapia requieren tratamiento mediante cirugía exerética. De estas masas, el 6-10% incluirán tumor viable, el 50% contendrán teratoma maduro y el 40%, tejido fibrótico-necrótico.

La extensión de la linfadenectomía es un tema controvertido. Tradicionalmente, se consideraba la linfadenectomía bilateral extendida como técnica indicada, pero hoy se reserva para pacientes con extensas masas residuales o una localización que no corresponde con la literalidad del tumor primario. En pacientes con lesiones bien definidas y menores de 5 cm., una linfadenectomía modificada permite obtener resultados similares, con menor morbilidad. La resección exclusiva de la lesión residual no está indicada.

#### Material y Método:

Presentamos el caso de un paciente de 32 años, con antecedente de orquiectomía derecha por carcinoma embrionario de testículo, con metástasis pulmonares y múltiples conglomerados adenopáticos retroperitoneales de 3,7 cm de diámetro mayor. Tras quimioterapia presenta desaparición de las lesiones pulmonares y una disminución superior al 20% del tamaño de las adenopatías retroperitoneales, pero con persistencia de lesiones residuales. Se propone realizar linfadenectomía retroperitoneal y exéresis de cordón espermático. Realizamos la cirugía por vía laparoscópica por medio de abordaje transperitoneal. La exéresis de tejido ganglionar está limitada inferiormente por el cruce del uréter con la bifurcación de los vasos ilíacos comunes derechos, lateralmente por el uréter derecho, cranealmente por la vena renal derecha y medianamente por la aorta hasta la mesentérica inferior. Durante la cirugía se observa intensa fibrosis que dificulta la disección vascular.

#### Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 230 minutos. Pérdida sanguínea menor de 100 cc. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio. El estudio anatomopatológico describe 4 ganglios linfáticos infiltrados por neoplasia necrosada, compatible con metástasis de carcinoma embrionario, 16 ganglios linfáticos sin evidencia de depósitos metastásicos y cordón espermático sin infiltración neoplásica.

#### Conclusiones:

La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica es una cirugía técnicamente compleja, que requiere de experiencia y destreza en el abordaje laparoscópico para obtener resultados oncológicos y quirúrgicos seguros.

### V16- 3D - LINFADENECTOMÍA PÉLVICA Y RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE POR RECIDIVA GANGLIONAR TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Rodríguez Alonso, A; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; Pereira Beceiro, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

El tratamiento estándar de la recidiva ganglionar tras prostatectomía radical es la hormonoterapia de rescate, porque no existe ningún otro tratamiento que haya demostrado beneficio en supervivencia en esta fase y porque la identificación del lugar de la recidiva tras prostatectomía radical, con bajos niveles de PSA, está limitada por la sensibilidad de las pruebas de imagen.

La linfadenectomía de rescate es un tratamiento experimental, cuyo desarrollo está asociado a la aceptable sensibilidad del PET/TC colina en la identificación de la progresión ganglionar, con bajos niveles de PSA.

#### Material y Métodos:

Paciente varón de 60 años al que se había practicado prostatectomía radical laparoscópica y linfadenectomía pélvica (Adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4), pT3b R1 pN0 en 24 ganglios). Durante el seguimiento se produjo elevación progresiva de PSA. 17 meses tras la cirugía, con un PSA de 0,68 ng/ml se realizó PET/TC colina (hipermetabolismo en adenopatía ilíaca interna izquierda de 1,3 cm, con SUV más 4,2). Se propone linfadenectomía de rescate, tras la explicación y consentimiento informado, donde se recogía la ausencia de evidencia sobre este procedimiento.

La técnica quirúrgica se desarrolló en dos fases. 1ª fase en decúbito supino y Trendelenburg, con 5 trocares de trabajo, realizando linfadenectomía pélvica de los territorios de vasos ilíacos comunes, externos, internos, obturatrices y presero. 2ª fase en decúbito supino y Trendelenburg moderado, con 2 nuevos trocares, realizando, en sentido cauda-craneal, linfadenectomía de los territorios paracavo, para-aórtico, inter-aortocavo, precavo y preaórtico, hasta el nivel de la vena renal izquierda.

El tiempo de neumoperitoneo fue 190 minutos (110+80) y la pérdida hemática de 150 ml.

La estancia postoperatoria fue de 2 días, sin complicaciones inmediatas.

En el estudio anatomopatológico se aislaron 9 ganglios en territorio ilio-obturatriz (1 metastásico en lado izquierdo), 9 ganglios presacros y 18 ganglios retroperitoneales, sin malignidad.

A los 3 meses el paciente se encuentra asintomático, con un PSA de 0,05 ng/ml.

#### Conclusiones:

La linfadenectomía pélvica y retroperitoneal laparoscópica de rescate es un procedimiento que puede lograr remisión bioquímica. El impacto en los distintos parámetros de supervivencia requiere de estudios prospectivos aleatorizados, pero hasta la fecha es desconocido.

### V17- 3D - REIMPLANTE URÉTERO-NEOVESICAL LAPAROSCÓPICO BILATERAL.

Rodríguez Alonso, A; Pereira Beceiro, J; Molinos Mayo, J; Rey Rey, J; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J; González Blanco, A; Bonelli Martín, C; Rodríguez Souto, P; Abeijón Piñeiro, C; Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción:

La estenosis de la anastomosis urétero-ileal es una de las complicaciones a medio plazo más frecuentes tras la cistectomía con derivación urinaria intestinal, tanto conducto ileal, como neovejiga y una de las que más insatisfacción genera a pacientes y urólogos, por la dificultad para realizar su reparación de forma satisfactoria. La estenosis del uréter izquierdo es la más frecuente, aunque en algunos casos se observan estenosis bilaterales, sincrónicas o metacrónicas.

#### Material y Métodos:

Paciente varón de 62 años, con antecedente de cistectomía radical laparoscópica con linfadenectomía pélvica y neovejiga Studer, categoría pT3a pN0.

Durante su evolución, el paciente desarrolló insuficiencia renal aguda secundaria a uropatía obstructiva bilateral, que requirió colocación de nefrostomía percutánea bilateral.

En TC se observó ureterohidronefrosis bilateral, secundaria a estenosis de anastomosis urétero-intestinal.

Se realizó reimplantación urétero-neovesical bilateral laparoscópica, con la siguiente técnica quirúrgica: En un primer tiempo, en decúbito lateral derecho, se realizó liberación del uréter izquierdo, hasta sobrepasar la bifurcación aórtica. En un segundo tiempo, en decúbito lateral izquierdo, se realizó liberación de uréter derecho y reanastomosis urétero-neovesical bilateral.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 215 minutos, con una pérdida hemática de 300 ml. El paciente fue alta a los 4 días y los catéteres ureterales fueron retirados a los 10 días, mediante cistoscopia.

En el estudio anátomo-patológico se observó una pared ureteral con hiperplasia muscular y fibrosis, sin evidencia de neoplasia.

En el TC de control se comprobó la desaparición de la urétero-hidronefrosis bilateral y resolución de la estenosis.

#### Conclusiones:

El abordaje laparoscópico constituye una opción excelente en el tratamiento quirúrgico de la estenosis urétero-ileal, aunque resulta dificultoso desde el punto de vista técnico, sobre todo en la localización y aislamiento de la neovejiga y del segmento terminal de ambos uréteres.

### V18- 3D - REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA VÉSICO-VAGINAL TRAS COLPOSACROPEXIA

Rey Rey, Jorge; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, José; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Mosquera Seoane, Teresa; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.*

Presentamos el caso de una mujer de 58 años sometida a Colposacropexia laparoscópica y colocación de malla suburetral TOT. Tras intervención quirúrgica refiere sintomatología de llenado de tracto urinario inferior y dispareunia, por lo que se realiza cistoscopia objetivándose intrusión de la malla en área retrotrigonal.

Tras fracaso de tratamiento conservador, se decide realizar de RTU vesical para extracción de malla.

Tras la intervención acude a urgencias por incontinencia urinaria, se realiza cistoscopia objetivándose fistula vésico-vaginal de aproximadamente 2 cm.

Se decide reparación laparoscópica de la fistula vesico-vaginal.

Técnica quirúrgica: Apertura de cara posterior vesical, identificación de trayecto fistuloso y malla intruída, exéresis de trayecto fistuloso y malla, reparación de fistula con interposición de epiplon entre vejiga y vagina.

El tiempo de neumoperitoneo fue de 130 minutos, alta a las 72 horas, la cistografía muestra corrección de la fistula. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.



# XXVIII 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

## EMPRESAS COLABORADORAS

BOSTON SCIENTIFIC

CASEN RECORDATI

LABORATORIOS LACER

Q PHARMA



## **SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



**GALLEGA DE EXPOSICIONES Y  
CONGRESOS**

Muelle de Bouzas, Dársena Nº2, Local 52 B  
36208 Vigo (Spain)  
Tel / Fax: (+34) 986 294 465  
Móvil: (+34) 654 556 193 / 699 900 821  
[www.gallegadecongresos.com](http://www.gallegadecongresos.com)