



COMUNICACIONES ORALES

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

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

⁽¹⁾Servicios de Radiología. Hospital El Bierzo (Ponferrada), ⁽²⁾HUCA (Oviedo) y ⁽³⁾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 multiquístico 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⁽¹⁾; Yagüe Zapatero, M^a. Esther⁽¹⁾, Vicente Pastor Casas-Agudo⁽²⁾.

⁽¹⁾Servicios de Radiología y ⁽²⁾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, hipoecogénico/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 hipoecogénica/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) hipoecogénicas/hipodensas no realzantea. Asocia cálculos coraliformes.³

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

COMUNICACIONES ORALES

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

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

⁽¹⁾Servicios de Radiología y ⁽²⁾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 ABSCESOSY
 - 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 morfométricas 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 $TI \geq 15$ (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 $64,96 \pm 13,06$ años (28-87); media del área tumoral total (ATT) $11,11 \pm 16,18$ cm² (1,10-106,8), media del área de contacto (AC) $0,30 \pm 0,16$ cm² (0,11-1,23), media PED $3,17 \pm 3,19$ cm² (0-17,8), media de la porción exofítica tumoral (PEX) $7,95 \pm 15,98$ cm² (0-106,8), RENAL medio $6,3 \pm 2,13$ (4-11), índice de Charlson medio $4,83 \pm 2,25$ (0,20-14), TI medio $16,78 \pm 8,45$ 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 ($\geq 15'$ o $< 15'$), 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 \geq 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, uno nefrectomía radical y otro tumorectomía con necesidad de reconversión a transperitoneal.

Resultados:

Los tumores resecados 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 Chi², 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 cancro de próstata, a tratamento con terapia de deprivación 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% N0M0; 0,90% N1M0; 3,80% N0M1; 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 estudo 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 línea para CPRC, recibiron abiraterona no 21,20% e enzalutamida nunha porcentaxe similar, mentres que o 16,50% foron tratados con docetaxel.

COMUNICACIONES ORALES

Conclusiones:

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

⁽¹⁾Hospital Universitario de Cabueñes, ⁽²⁾Hospital Fundación de Jove, ⁽³⁾Hospital Universitario Central de Asturias, ⁽⁴⁾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 prostatectomía 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⁽¹⁾; Eiró Díaz, Noemí⁽²⁾; Safwan Escaf Barmadah⁽³⁾;
Jalón Monzón, Antonio⁽³⁾; Fernández Gómez, Jesús María⁽³⁾; Ovidio González, Luis⁽²⁾;
Casas Nebra, Javier⁽⁴⁾; Vizoso Piñero, Francisco José⁽²⁾

⁽¹⁾Hospital Universitario de Cabueñes, ⁽²⁾Hospital Fundación de Jove, ⁽³⁾Hospital Universitario Central de Asturias, ⁽⁴⁾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 biopsica. La histología fue de liposarcoma (LPS) en cuatro casos y leiomiomasarcoma (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 biopsica, requirieron rescate quirúrgico a los 2 y 14 meses respectivamente.

El caso de leiomiomasarcoma, 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^a; 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.

COMUNICACIONES ORALES

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/kg² (17-39,59). El promedio de partos fue de 2,38 (0-8), siendo 23 pacientes nulíparas. 35 pacientes habían sido histerectomizadas 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 histerectomía 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⁽¹⁾; Carballo Quintá, Manuel⁽²⁾; Angulo Cuesta, Javier C.⁽³⁾; Abeijón Piñeiro, Carla⁽¹⁾; Molinos Mayo, Jessica⁽¹⁾; Lojo Romero, Javier⁽¹⁾; Fernández Docampo, Jose⁽¹⁾; Mosquera Seoane, Teresa⁽¹⁾; Freire Calvo, Jacobo⁽¹⁾; Rey Rey, Jorge⁽¹⁾; Rodríguez Souto, Pilar⁽¹⁾; González Blanco, Alfonso⁽¹⁾; Bonelli Martín, Carlos⁽¹⁾; Álvarez-Ossorio, José L.⁽⁴⁾; Ojea Calvo, Antonio⁽²⁾; Rodríguez Alonso, Andrés⁽¹⁾.

⁽¹⁾Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, ⁽²⁾Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo, ⁽³⁾Servicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, ⁽⁴⁾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.