



SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA

XXIX CONGRESO

de la Sociedad Gallega
de Urología

A CORUÑA

31 de mayo / 1 de junio
2019

PROGRAMA

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

ORGANIZA

Sociedad Gallega de Urología / Servicio de Urología del C.H.U.A.C.



SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada
de A Coruña

XXIX
CONGRESO
DE LA
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



**SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA**

**XXIX
CONGRESO
DE LA
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA
A CORUÑA
31 de mayo y 1 de junio de 2019**



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**

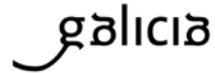
Xerencia de Xestión Integrada
de A Coruña

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



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

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



Nº de expediente: SA301A 2019/6-1

Asunto: Resolución recoñecemento interere sanitario.

ANTECEDENTES

1.- En data 20/02/2019 ten entrada no rexistro electrónico da Xunta de Galicia (REXEL núm 365698) a solicitude presentada por Gala Fernández Prieto en nome e representación de Gallega de Exposicións e Congresos, S.L., na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para o Acto "XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Urología".

CONSIDERACIÓNS LEGAIS E TÉCNICAS

1.- Que a Xefatura Territorial da Consellería de Sanidade da Coruña 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 (DOG núm. 6 do 10 de xaneiro de 2017) e no artigo 19 do Decreto 41/2013, do 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade (DOG núm. 46 do 6 de marzo)

2.- Que, de acordo co disposto no artigo 1.a) da Resolución do 16 de febreiro de 2017 (DOG núm. 45 do 6 de marzo), delegase no xefe/a do Servizo de Xestión, entre outras funcións, a de resolver, conceder ou denegar o recoñecemento do interese sanitario dos actos de carácter científico

3.- Que examinada a documentación do expediente, e de acordo co informe- proposta do Servizo de Xestión desta Xefatura, reúne os requisitos establecidos na Orde do 27 de decembro de 2016, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico

Vistos os preceptos legais citados e demais de xeral aplicación:

RESOLVO:

1º.- Outorgar o recoñecemento de interese sanitario ao Acto "XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Urología" organizado por Gallega de Exposicións e Congresos, S.L., que se vai celebrar en A Coruña os días 31 de maio e 1 de xuño de 2019, e ordear a súa inclusión no rexistro de actos de carácter científico do Servizo de Xestión.

O dito recoñecemento, conforme ao artigo 9 da Orde citada, implica a obriga para os organizadores ou, en todo caso, os órganos de dirección da entidade organizadora do acto, de remitir a esta xefatura territorial, no prazo de dous meses a partir da data do remate do acto, as conclusións ou acordos adoptados.

Contra esta resolución poderá interpoñer *recurso de alzada* ante o Sr. Conselleiro de Sanidade no prazo de 1 mes, contado a partir do día seguinte á súa notificación, de acordo co estipulado nos artigos. 121 e 122 da Lei 39/2015, do 1 de outubro do procedemento administrativo común das administracións públicas (BOE núm. 236 do 2 de outubro).

A Coruña, 21 de febreiro de 2019

A xefa territorial

P.D. A xefa do Servizo de Xestión (Art. 1.a da Resolución do 16 de febreiro de 2017)

Marta Gil Pérez



XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

Comité Organizador

PRESIDENTE

Dr. Venancio Chantada Abal

VOCALES

Dr. Marcos Aller Rodríguez
Dr. Alfonso Barbagelata López
Dr. Manuel A. Bohórquez Cruz
Dr. Vicente Pastor Casas Agudo
Dr. Enrique Fernández Rosado
Dr. Jacobo Freire Calvo
Dr. José Manuel Janeiro Pais
Dra. Leticia Lamas Díaz
Dr. Alberto Lancina Martín
Dra. Sara Martínez Breijo
Dra. Nerea Novo González
Dra. Andrea Orosa Andrada
Dr. Jose Luis Ponce Díaz-Reixa
Dr. Javier Rodríguez-Rivera García
Dr. Ignacio Rodríguez Gómez
Dr. Jose María Sánchez Merino
Dr. Germán Suárez Pascual
Dr. Darío Vázquez-Martul Pazos

RESIDENTES

Dra. Arlene Rodríguez González
Dra. Susana Rodríguez Rey
Dr. Julio Roberth Iglesias Alvarado
Dra. Alicia López Fernández
Dr. Marco Antonio García Expósito
Dr. Rubén García Sobrino
Dra. Virginia García-Terente Fernández
Dra. Eva M^a Cambón Bastón

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



XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGIA

Datos de Interés

ORGANIZA

Sociedad Gallega de Urología
Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña

FECHAS DEL CONGRESO:

Días 31 de mayo 1 de Junio de 2019

SEDE DEL CONGRESO:

C. H. U. de A Coruña
As Xubias, 84
15006 A Coruña

HOTEL DEL CONGRESO:

Hotel Riazor.
Avda. Pedro Barrié de la Maza, 29
15004 A Coruña

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Servicio de Urología del C. H. U. de A Coruña
As Xubias, 84
15006 A Coruña

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
Telf/Fax: 986 294 465
E-mail: congresos@gallegadecongresos.com
www.gallegadecongresos.com



RESUMEN DE PROGRAMA

VIERNES

Sesión de mañana

- 08:30 Salida en autocar del hotel al C.H.U. de A Coruña
- 08:45 Entrega de documentación en la secretaría del Congreso.
Entrada principal, 4º planta. Salón de Actos
- 09:00 Bienvenida
- 09:15 Presentación de comunicaciones PÓSTER
- 11:00 Pausa café
- 11:30 Presentación de comunicaciones VÍDEO 1
- 13:30 Estado del arte:
“LAS INFECCIONES QUE NO CURAN”
- 14:00 Comida de trabajo en el hospital

Sesión de tarde

- 16:00 Presentación de comunicaciones ORALES
- 17:30 Inauguración oficial
- 17:45 Simposio Janssen:
**AVANCES EN CÁNCER DE PRÓSTATA
METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE**
- 18:15 Mesa Redonda de La SGU:
ESTUDIOS URODINÁMICOS. ¿CUÁNDO? Y ¿POR QUÉ?
- 19:15 Salida en autocar del hospital al hotel
- 20:45 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

- 08:30 Salida en autocar del hotel al hospital.
- 08:45 Presentación de comunicaciones VÍDEO 2
- 10:00 Conferencia:
¿ES VÁLIDA LA RECOGIDA DE LAS BASES DE DATOS EN LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA?
- 10:30 Pausa café
- 11:00 Mesa de sexología:
ABORDAJE MÉDICO, SEXOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ + CIRUGÍA GENITAL MASCULINA.
- 12:15 Conferencia:
CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: ENFOQUE PRÁCTICO
- 12:45 Simposio GSK:
ACTUALIZACIÓN EN HBP: ¿SON TODAS LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS IGUALES?
- 13:15 Salida en autocar del hospital al restaurante
- 14:30 Comida de Clausura
Entrega de Premios de la Sociedad Gallega de Urología:
- 17:30 Asamblea General de la S.G.U. 1ª Convocatoria
- 18:00 Asamblea General de la S.G.U. 2ª Convocatoria



XXIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGIA

Índice

RESUMEN DE PROGRAMA.....pág. 14-15

PROGRAMA.....pág. 18

RESÚMENES:

PÓSTERS (P)pág. 29

COMUNICACIONES ORALES (C)pág. 45

VÍDEOS (V).....pág. 59

COLABORACIONESpág. 79





PROGRAMA VIERNES 31 DE MAIO

SESIÓN DE MAÑANA

- 08:30 Salida en autocar del hotel al *C.H.U. de A Coruña*
- 08:45 Entrega de documentación en la secretaría del Congreso
Entrada principal, 4º planta. Salón de Actos
- 09:00 **Bienvenida**
Dr. Venancio Chantada Abal
Presidente del Comité Organizador
- 09:15 **Presentación de comunicaciones PÓSTER**
Moderadores:
Dr. Marcos Aller Rodríguez - *C.H.U. de A Coruña*
Dra. Andrea Orosa Andrada - *C.H.U. de A Coruña*

P1- PARESIA DEL VI P.C. COMO DEBUT DE UN ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA.

López Fernández, A; Rodríguez Gómez J.I., D; García Expósito, M.;
García Sobrino, R.; Iglesias Alvarado, J.R.; Rodríguez González, A.; Rodríguez Rey, S.;
Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P2- NUESTRA EXPERIENCIA CON COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

Fernández Yáñez, Antonio; Tato Rodríguez, Javier; Pineda Munguía, Álvaro;
Chaves Santamaría, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena;
García Freire, Camilo.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P3- SIETE AÑOS DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA DE UN PACIENTE CON CARCINOMA DE COLON Y METÁSTASIS VESICALES

Alejandro Sousa Escandón; Juan León Mata; Javier Flores; Carmen Murias Vilabrille*;
Enrique Carro*; Carlos Uribarri González; Eva Piñeiro Vázquez**; Sara Piñeiro Vázquez**.
Servicio de Urología, anatomía patológica y enfermería** del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

P4- REPARACIÓN DE PROLAPSO APICAL/ANTERIOR MEDIANTE FIJACIÓN AL SACROESPINOSO Y UNA MALLA DE MÍNIMO TAMAÑO

Alejandro Sousa Escandón; Juan León Mata; Natalia Arias-Corredoira*;
Ana Belen Fernández-González*; Paula Díaz-Mariño*; Rocío Arias-Sanmiguel*;
María González-Losada*; Alberto Iglesias-Seoane*.
Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo

P5- PREVENCIÓN DEL DESLIZAMIENTO DE LA MALLA SUBURETRAL DEL MRS II EN LA IUE MASCULINA®

Alejandro Sousa Escandón, Juan León Mata, María González-Varela*, M. Guendi. Fernández Rodríguez*, Iván Díaz Flores*, Albanta A Vázquez Rivera*, Raquel Camiño Rodríguez*, Patricia Varela Díaz*.

Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

P6- COMPLICACIONES DERIVADAS DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA CON PROTESIS AJUSTABLE AMI-ATOMS. COMO LO HACEMOS? PRESENTACION DE CASOS

Müller Arteaga, C., Sabell Pérez-Salgado, F., Portela Pereira, P., Novoa Martín, R., López Bellido, D.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P7- BENEFICIOS DE LA VACUNA HPV NONVALENTE EN POBLACIÓN MASCULINA DE ALTO RIESGO

López-Díez, E.¹; Castro-Iglesias, A.M.¹; Díaz-Álvarez, J.M.¹; Sánchez-Ramos, J.¹; López-García, S.¹; Pérez-Schoch, M.¹; Montero-Fabuena, R.¹; Carballo-Quintá, M.¹; Almuster-Domínguez, S.¹; Pérez, S.²

Hospital Álvaro Cunqueiro, CHUVI, Vigo, ¹Urología y ²Microbiología.

P8- RESULTADOS INICIALES DE PACIENTES SOMETIDOS A URETROPLASTIA CON RECIDIVA DE ESTENOSIS URETRAL TRAS CIRUGÍA PREVIA

García Sobrino, R.; Bohórquez Cruz, M.A.; García Expósito, M.A.; García-Terente Fernández, V.; Cambón Bastón, E.M.; López Fernández, A.; Iglesias Alvarado, J.R.; Janeiro Pais, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P9- EFECTO PARADÓJICO DE LA INFILTRACIÓN TUMORAL LINFOCÍTICA DEL CVNMI TRAS QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL NEOADYUVANTE

Alejandro Sousa Escandón, Juan León Mata, Carmen Murias Villabride*, Carlos Neira*, Enrique Carro*, Eva Piñeiro Vázquez** y Sara Piñeiro Vázquez**.

Servicio de Urología, anatomía patológica y enfermería** del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

P10- VALOR PRONÓSTICO DEL RATIO NEUTRÓFILOS/LINFOCITOS TRAS QUIMIOHIPERTERMIA INTRAVESICAL NEOADYUVANTE EN EL CVNMI

Alejandro Sousa Escandón, Juan León Mata. María González-Varela*, M. Guendi Fernández Rodríguez*, Iván Díaz Flores*, Albanta A Vázquez Rivera*, Raquel Camiño Rodríguez* y Patricia Varela Díaz*.

Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

P11- ¿PUEDE LA QUIMIOHIPERTERMIA NEOADYUVANTE INTRAVESICAL CON MITOMICINA C INDUCIR UN EFECTO VACUNA EN EL CVNMI?

Alejandro Sousa Escandón, Juan León Mata. Natalia Arias-Corredoira*, Ana Belen Fernández-González*, Paula Díaz-Mariño*, Rocío Arias-Sanmiguel*, María González-Losada* y Alberto Iglesias-Seoane*.
Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

P12- EXPERIENCIA INICIAL CON ACETATO DE ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO DE DEBUT

Diz Gil, Rita; Pérez-Fentes, Daniel; Chaves Santamaría, Miriam; Pineda Munguía, Álvaro Miguel; Martínez Corral, María Elena; Puñal Pereira, Ana; Núñez Otero, Juan Jesús; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología . Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P13- CPRC METASTÁSICO EN PACIENTES CON SINTROM® ¿ESTÁ CONTRAINDICADO DAR ENZALUTAMIDA?

García-Terente, V.; Rodríguez Gómez, I.; Cambón Bastón, E.; Villegas Piguave, D.; Villar Vázquez, N.; Breijo Martínez, S.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

P14- MINI NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN SUPINO: NUESTRA EXPERIENCIA

Pineda Munguía, Álvaro; Pérez Fentes, Daniel; Núñez Otero, Juan; Fernández Baltar, Carlos; Fernández Yáñez, Antonio; Chaves Santamaría, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

P15- NOVEDADES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL PH URINARIO EN EL PACIENTE LITIÁSICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREVENT-LIT

Aller Rodríguez, Marcos¹; Lancina Martín, Alberto¹; Galán Llopis, Juan Antonio²; Torrecilla Ortiz, Carlos³; Luque Gálvez, María Pilar⁴; Chantada Abal, Venancio¹
¹*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario da Coruña, A Coruña*
²*Servicio de Urología, Hospital General de Alicante, Alicante*
³*Servicio de Urología, Hospital de Bellvitge, Barcelona*
⁴*Departamento de Urología, Hospital Clínic, Barcelona*

PROGRAMA / VIERNES 31 DE MAYO

11:00 Pausa café

11:30 [Presentación de comunicaciones VÍDEO 1](#)

Moderadores:

Dr. Francisco Caramés Masana - *H.U. Lucus Augusti*

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

V1- CIRUGÍA RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO: DESCRIPCIÓN PASO A PASO

Darío Vazquez-Martul; Damián Villegas Piguave; Alicia López Fernández, J. Roberto Iglesias Alvarado, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V2- RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES VASCULARES POR LAPAROSCOPIA.

López Fernández, A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; García Expósito, M.; García Sobrino, R.; Iglesias Alvarado, J.R.; Rodríguez González, A.; Rodríguez Rey, S.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V3- SUPRARRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA UNIPUERTO

García Expósito, M.A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; García Sobrino, R.; Iglesias Alvarado, J.R.; López Fernández, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V4- NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE ANGIOMIOLIPOMA DE GRAN TAMAÑO CON SOSPECHA DE ESTIRPE MALIGNA.

Cambón Bastón, Eva M.¹; Gamarra Quintanilla, M.; Pereira Arias, J. G.²; Sánchez Vázquez, A.²; Mora Christian, J.²; Astorbietta Odriozola, A.²; Ibarlucea González, G.²; Urdaneta Salegui, F.².

¹*Hospital Clínico Universitario A Coruña.*

²*Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao.*

V5- NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA POR RETROPERITONEOSCOPIA

Villegas Piguave, Damián; Villar Vázquez, Nuria; García-Terente Fernández, Virginia; Pellegrinelli Francesco; Salinas Duffo, David; Peña Gómez, Juan Antonio; Castañeda Argaiz, Roberto; Tarragón Gabarro, Sandra; Martos Calvo, Raul.

Uros Associats, Centro Médico Teknon, Barcelona

V6- PIELOPLASTIA TRANSMESOCÓLICA LAPAROSCÓPICA

Pineda Munguía, Alvaro; Novas, Serafín; Blanco Carballo, Ovidio; Fernández Yáñez, Antonio; García Freire, Camilo; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena.

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



V7- DIVERTICULECTOMÍA VESICAL LAPAROSCÓPICA ENDOVESICAL

Rodríguez González, Arlene; Fernández Rosado, Enrique;
Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Rodríguez Rey, Susana;
Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

**V8- REIMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO SOBRE BRICKER TRAS
FRACASO DE LA TÉCNICA DE LOVACO: VENTAJAS DE LA POSICIÓN EN
DECÚBITO SUPINO CON ABORDAJE ABDOMINAL ALTO**

López García, Daniel; Álvarez Castelo, Luis Manuel; Osorio Cabello, María Lucía*;
Villar Vázquez, Nuria; Villegas Piguave, Anselmo Damián*; Cimadevila García, Antón**
*Urología Hospitalaria, Hospital HM Modelo (A Coruña), *Urología Hospitalaria,
Hospitales HM La Rosaleda y HM Nuestra Señora de la Esperanza (Santiago
de Compostela) y **Servicio de Urología Hospital HM Nuestra Señora de La
Esperanza (Santiago de Compostela)*

**V9- CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL
LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PROSTATA LOCALMENTE AVANZADO**

García-Terente, V.; Vázquez-Martul, D.; Cambón Bastón, E.; Villegas Piguave, D.;
Villar Vázquez, N.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V10- PROSTATECTOMÍA RADICAL SIN ANASTOMOSIS

Darío Vázquez-Martul, Alfonso Barbagelata López, Alicia López Fernández,
Jose Ponce Díaz-Reixa, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**V11- CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL CON LINFADENECTOMÍA
ILIOBTURATRIZ EN BLOQUE Y NEOVEJIGA ILEAL ORTOTÓPICA POR VÍA
LAPAROSCÓPICA**

Rodríguez Rey, Susana; Vázquez-Martul Pazos, Darío; García Expósito, Marco A.;
García Sobrino, Rubén; Iglesias Alvarado, Julio R.; López Fernández, Alicia;
Rodríguez González, Arlene; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

**V12- TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL ADENOCARCINOMA DE URACO:
EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA COMO PRIMERA FASE TERAPÉUTICA.**

Osorio Cabello, María Lucía; Villar Vázquez, Nuria; Villegas Piguave, Damian;
Álvarez Castelo, Luis; Curiel García María Teresa, López García, Daniel.

*Servicio Urología HM Galicia, Hospital HM Modelo, HM La Rosaleda, HM La
Esperanza. La Coruña y Santiago de Compostela*

PROGRAMA / VIERNES 31 DE MAYO

13:30

ESTADO DEL ARTE: "LAS INFECCIONES QUE NO CURAN"

Moderador:

Dr. Enrique Cespón Outeda - *C.H.U. de Vigo*

Panelista:

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

14:00

Comida de trabajo en el hospital

SESIÓN DE TARDE

16:00

Presentación de comunicaciones ORALES

Moderadores:

Dr. Darío Vázquez Martul - *C.H.U. de A Coruña*

Dr. Carlos Muller Arteaga - *C.H.U. de Ourense*

C1- ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y DE LAS DISFUNCIONES DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA GALLEGA; ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO

Iván Somoza Argibay; Isabel Casal Beloy, Miriam García González
Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Urología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Materno Infantil

C2- NEUROMODULACIÓN VESICAL PARASACRA DE USO DOMICILIARIO: NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA EN EDAD PEDIÁTRICA

Iván Somoza Argibay; Isabel Casal Beloy; Miriam García González.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Urología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Materno Infantil

C3- EFICACIA Y SEGURIDAD A 1 AÑO EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON CABESTRILLO AJUSTABLE DE INCISION UNICA ALTIS®.

Müller Arteaga, C., Portela Pereira, P., Novoa Martín, R., Sabell Pérez-Salgado, F., López Bellido, D.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

C4- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA CON PROTESIS AJUSTABLE AMI-ATOMS. RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO.

Müller Arteaga, C., Portela Pereira, P., Novoa Martín, R., Sabell Pérez-Salgado, F., López Bellido, D.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.



C5- DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA

Diosdado-Figueiredo Mónica

Equipo de Atención Primaria, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra. España.

C6- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS DESENSIBILIZACIÓN POR INCOMPATIBILIDAD ABO Y HLA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO

García Sobrino, R.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Suárez Pascual, G.;

Rodríguez Gómez I.; Rodríguez-Rivera García J.; Ponce Díaz-Reixa J.;

García Expósito, M.A.; López Fernández, Alicia; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

C7- PRUEBAS DE IMAGEN PREQUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE NLP O ECIRS ¿QUÉ IMPLICACIONES TIENE SOBRE RESULTADOS Y COMPLICACIONES?

López Fernández, A¹; Aller Rodríguez, M¹; Lema Rodríguez, S²; García Expósito, M¹;

García Sobrino, R¹; Iglesias Alvarado, JR¹; Rodríguez González, A¹; Rodríguez Rey, S¹;

Chantada Abal, V¹.

¹Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A

Coruña. ²Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.

C8- ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MINI-NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA Y NEFROLITOTOMÍA ESTÁNDAR EN PACIENTES "GUY'S STONE" I Y II.

Pineda Munguía, Álvaro; Pérez Fentes, Daniel; Núñez Otero, Juan;

Fernández Baltar, Carlos; Fernández Yáñez, Antonio; Chaves Santamaria, Miriam;

Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena; García Freire, Camilo.

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

C9- USO COMBINADO DE UN DISPOSITIVO MÉDICO Y UN COMPLEMENTO ALIMENTICIO EN PREVENCIÓN DE INCRUSTACIONES EN PACIENTES CON UN CATÉTER DOBLE J IMPLANTADO

Fabuena Montero, Rubén¹; Grases Freixedas, Félix²; Costa-Bauzá, Antonia²;

Torrecilla Ortiz, Carlos³; Cuñe Castellana, Jordi⁴.

¹Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

²Laboratorio de Investigación en Litiasis Renal, Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca

³Torrecilla Ortiz, Carlos en representación del Grupo Doble J

⁴Devicare SL, Barcelona

PROGRAMA / VIERNES 31 DE MAYO

C10- ROL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN VIGILANCIA ACTIVA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Iglesias Alvarado, Julio Roberth; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Chantada Abal, Venancio; López Fernández, Alicia; Rodríguez Gómez, Ignacio; Ponce Díaz-Reixa, José.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

C11- CARCINOMA UROTELIAL EN EL CHUVI: 2009 – 2018

Castro-Iglesias, A.M.¹; Gándara Cortés, M.²; López-Díez, E.¹; Ortiz-Rey, J.A.²; San Miguel-Fraile, M.P.²; Gómez-de-María, C²

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, ¹Uroloxía, ²Anatomía Patológica

17:30 Inauguración oficial

SIMPÓSIO JANSSEN: AVANCES EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE

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

Panelista: Dr. Javier Casas Nebra - *H.U. Lucus Augusti*

MESA REDONDA DE LA SGU: ESTUDIOS URODINÁMICOS. ¿CUÁNDO? Y ¿POR QUÉ?

Moderador:

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

Panelistas:

Dr. Javier Casas Nebra - *H.U. Lucus Augusti*

Dr. José María Sánchez Merino - *C.H.U. de A Coruña*

Dr. Iván Somoza Argibay - *Hospital Teresa Herrera, A Coruña*

19:15 Salida en autocar del hospital al hotel

20:45 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 1 DE JUNIO

SESIÓN DE MAÑANA

08:30 Salida en autocar desde el hotel al hospital

08:45 Presentación de comunicaciones VÍDEO 2

Moderadores:

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

Dr. Ángel Vicente Núñez López - *Hospital da Costa, Burela*

V13- PECTOPEXIA LESS

J. Roberto Iglesias Alvarado, Darío Vazquez-Martul, Marcos Aller Rodríguez, Manuel Bohorquez Cruz, Jose Mª Sanchez Merino, Venancio Chantada Abal.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

V14- RETIRADA DE MALLA DE IUE INTRAVESICAL CON LÁSER HOLMIUM.

Martínez Corral, Mª Elena; Pineda Munguía, Álvaro; Chaves Santamaría, Miriam; Diz Gil, Rita; Fernández Yáñez, Antonio; Tato Rodríguez, Javier; Lema Grillé, José; García Freire, Camilo.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V15- RESECCION ENDOSCÓPICA CON LASER HOLMIUM DE MALLA PARA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA CON EROSION URETRAL

Müller Arteaga, C., Novoa Martín, R., Portela Pereira, P., Sabell Pérez-Salgado, F., López Bellido, D.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

V16- NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA EN RIÑÓN TRASPLANTADO

Sánchez Ramos, Jorge; Sánchez García, Juan Francisco; Díaz Álvarez, Jose María; Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Almuster Domínguez, Sheila; López Díez, María Elena; Carballo Quintá, Manuel; Barros Rodríguez, Jose Manuel; Ojea Calvo, Antonio.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro.

V17- MININEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN RIÑÓN EN HERRADURA

Bellas Pereira A; Díaz Álvarez JM; Sánchez Ramos J; Pérez Schoch M; Montero Fabuena R; Sánchez García JF; Ojea Calvo A.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro.

V18- MINI-ECIRS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN TIPO BRICKER.

Díaz Álvarez JM; Bellas Pereira A; Sánchez Ramos J; Pérez Schoch M; Montero Fabuena R; Sánchez García JF; Ojea Calvo A.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Hospital Álvaro Cunqueiro.

PROGRAMA / SÁBADO 1 DE JUNIO

V19- LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE PENE MEDIANTE INGUINOSCOPIA.

García Sobrino, Rubén; Barbagelata López, Alfonso; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Ponce Díaz -Reixa Jose Luis; Chantada Abal, Venancio.
Servicio Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

10:00

CONFERENCIA: ¿ES VÁLIDA LA RECOGIDA DE LAS BASES DE DATOS EN LOS SERVICIOS DE UROLOGÍA?

Moderador:

Dra. Elena López Díez - *C.H.U. de Vigo. H. Álvaro Cunqueiro.*

Panelista:

Dr. Angel Salgado Barreira - *C.H.U. de Vigo. H. Álvaro Cunqueiro.*

10:30

Pausa café

11:00

MESA DE SEXOLOGÍA: ABORDAJE MÉDICO, SEXOLÓGICO Y QUIRÚRGICO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ + CIRUGÍA GENITAL MASCULINA.

Moderador:

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

Panelistas:

Dr. Mariano Rosselló Gayá - *Centro de Urología, Andrología y Medicina Sexual de Palma de Mallorca*

Dra. Rosa Abenoza Guardiola. - *Instituto Médico Doctor Rosselló, Instituto de Medicina Sexual.*

12:15

CONFERENCIA: CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: ENFOQUE PRÁCTICO

Moderador:

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

Panelista:

Dr. Ignacio Rodríguez Gómez - *C.H.U. de A Coruña*

12:45

SIMPOSIO GSK: ACTUALIZACIÓN EN HBP: ¿SON TODAS LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS IGUALES?

Moderador:

Dr. Manuel Esteban Fuertes - *Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo*

Panelista:

Dr. Ángel Rodríguez Corcos - *Director Dpto. Médico Urología GSK*

13.15

Salida en autocar del hospital al restaurante

14:30

Comida de Clausura

Entrega de Premios de la Sociedad Gallega de Urología:
A la mejor comunicación Oral, Póster y Vídeo

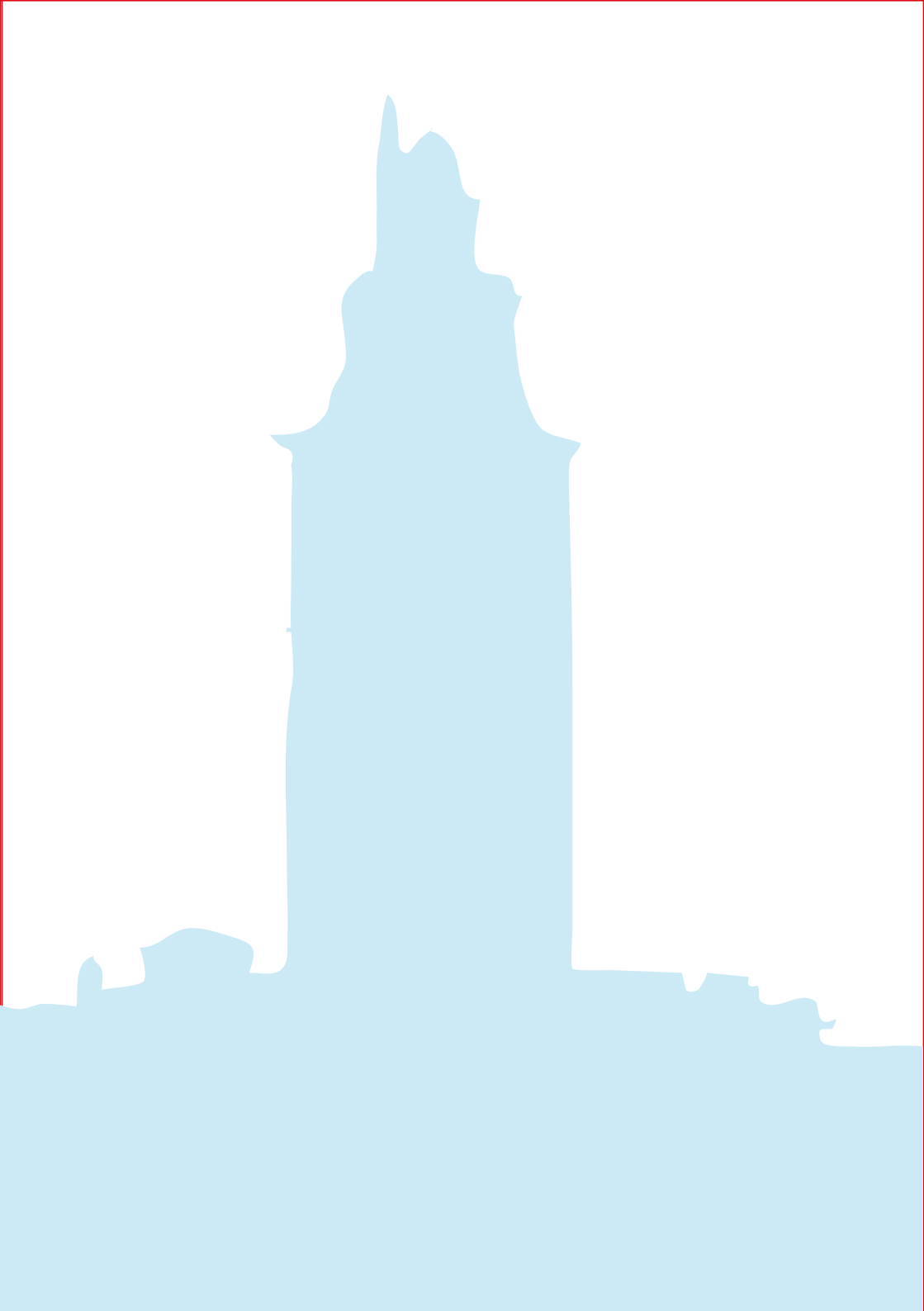
17:30

Asamblea General de la S.G.U. 1ª Convocatoria

18:00

Asamblea General de la S.G.U. 2ª Convocatoria







PÓSTERS

P1- PARESIA DEL VI P.C. COMO DEBUT DE UN ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA.

López Fernández, A.; Rodríguez Gómez J.L., D; García Expósito, M.; García Sobrino, R.; Iglesias Alvarado, J.R.; Rodríguez González, A.; Rodríguez Rey, S.; Chantada Abal, V..

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción:

Las metástasis del cáncer de próstata a nivel del SNC son raras, afectando a menos del 1% de los casos durante su evolución y suelen presentarse en estadios avanzados de la enfermedad.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente varón de 54 años sin antecedentes de interés que acude al Servicio de Urgencias por diplopía binocular, donde es valorado por oftalmología que objetiva paresia del recto externo por lo que se realiza TAC craneal que muestra lesión selar. El paciente ingresa en neurocirugía donde realizan exéresis endonasal endoscópica.

Resultados:

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica muestra un adenocarcinoma acinar de origen prostático. Se solicita TAC de extensión donde se objetiva cáncer de próstata con metástasis generalizadas.

Se realiza por nuestra parte biopsia de próstata confirmatoria de cara a valoración de estirpe tumoral.

Conclusiones:

Deben tenerse en cuenta localizaciones no frecuentes en pacientes con cáncer de próstata aunque la afectación es rara.

P2- NUESTRA EXPERIENCIA CON COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM EN LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

Fernández Yáñez, Antonio; Tato Rodríguez, Javier; Pineda Munguía, Álvaro;
Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos:

Presentar nuestra experiencia en el uso de la colagenasa del Clostridium Histolyticum en el tratamiento de la Enfermedad de Peyronie.

Materiales y Métodos:

Análisis retrospectivo de nuestra serie de 15 pacientes que iniciaron tratamiento con colagenasa de los cuales 5 no son valorables : 1 por pérdida de seguimiento. 1 pendiente de resultados. 2 en tratamiento actual. 1 reacción adversa por posible anafilaxia. Pacientes con un rango de edad en la primera consulta entre 45-67 años (mediana \pm RIC = 56 \pm 15). Antecedentes personales de interés: traumatismo previo (30%). Enfermedad de Dupuytren (10%). Antecedentes de consumo de alcohol (70%).

Todos los pacientes presentaban una placa palpable con una incurvación entre 30-90° (mediana \pm RIC = 42,5° \pm 30) medida según el test de Kelami. El seguimiento ha sido de 8 a 40 meses (mediana \pm RIC = 19 \pm 22). De los 10, 7 recibieron colagenasa por ciclos, cada uno consistente en 2 dosis separadas una semana y 6 semanas de modelaje entre ciclos. 1 recibió 6 inyecciones; 5 recibieron 4 dosis; 1 recibió 2 dosis. 3 recibieron 3 inyecciones intralesionales administradas en intervalos de 4 semanas además de una combinación de estiramiento y modelado domiciliario (CON INSTRUMENTOS DE TRACCIÓN) (Protocolo RAPLH).

Resultados:

9 de los 10 pacientes (90%) presentaron una mejoría de la incurvación de entre 10° y 50° (mediana \pm RIC = 15 \pm 12.5). 1 paciente no presentó mejoría alguna (10%). Todos los respondedores presentaron disminución del tamaño y/o dureza de la placa. 3 pacientes de los 10 han necesitado tratamiento posterior (30%): 1 cirugía con operación NESBIT; 1 radiofrecuencia; 1 punción seca + radiofrecuencia. No hubo complicaciones más que las esperadas a nivel local (dolor y hematoma en zona de punción).

Conclusiones:

En nuestra experiencia una mayoría de los pacientes (90%) presentan importante mejoría tanto de la incurvación como de clínica y satisfacción subjetiva al tratamiento, con limitadas complicaciones. Es necesario mayor tiempo de seguimiento y mayor número de pacientes para obtener resultados más relevantes.

P3- SIETE AÑOS DE SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA DE UN PACIENTE CON CARCINOMA DE COLON Y METÁSTASIS VESICALES

Alejandro Sousa Escandón, Juan León Mata, avier Flores, Carmen Murias Vilabrilte*, Enrique Carro*, Carlos Uribarri, Eva Piñeiro Vázquez** y Sara Piñeiro Vázquez**.

Servicio de Urología, anatomía patológica y enfermería** del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

Introducción:

La presencia de metástasis vesicales de un cáncer colon es un hecho descrito en muy pocas ocasiones en la literatura.

Caso clínico:

Se trata de un varón que en el momento del diagnóstico contaba con 62 años. Fue intervenido en 2012 mediante sigmoidectomía y colostomía de descarga por un adenocarcinoma colónico bien diferenciado.

EN el TAC se apreció una tumoración vesical poco después de la colectomía por lo que se le practicó una cistoscopia y posteriormente una RTU vesical en la que se apreció un adenocarcinoma bien diferenciado metastásico de origen colónico. El paciente siguió un tratamiento de quimioterapia adyuvante con remisión completa del tumor. Tras 7 años, el paciente se encuentra vivo y libre de tumor.

Discusión:

Lo habitual es que se trate de extensión local del tumor inicial y no de verdaderas metástasis. Curiosamente, casi todos los casos descritos suelen tener afectación ureteral y uretral mas que vesical.

Se discutirán las vías de implantación, las formas histopatológicas de diferenciación de una metástasis de carcinoma rectal con un primario vesical, las formas de tratamiento y su pronóstico.

P4- REPARACIÓN DE PROLAPSO APICAL/ANTERIOR MEDIANTE FIJACIÓN AL SACROESPINOSO Y UNA MALLA DE MÍNIMO TAMAÑO

Alejandro Sousa Escandón; Juan León Mata; Natalia Arias-Corredoira*; Ana Belen Fernández-González*; Paula Díaz-Mariño*; Rocío Arias-Sanmiguel*; María González-Losada*; Alberto Iglesias-Seoane*.

Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo

Justificación:

Evaluar la seguridad y la eficacia de una pequeña anclada al sacroespinoso mediante arpones para la corrección del prolapso vaginal anterior/apical.

Material y Métodos:

Este fue un estudio observacional prospectivo con mujeres con prolapso de la pared vaginal anterior y/o apical ≥ 2 según el sistema POP-Q. Entre 2016 y 2019, 11 mujeres (edad promedio 59.8 años, rango 49 a 83 años) se sometieron a una fijación vaginal bilateral al ligamento sacrospinoso mediante arpones (Anchorsure®) y una malla recortada con forma rectangular similar a un TOT. De ellas, 4 estaban histerectomizadas y 7 presentaban incontinencia de esfuerzo. En estas últimas se realizó simultáneamente colocación de malla TOT. Igualmente, se realizó colporrafia anterior simultánea en 8 de ellas y colporrafia anterior + posterior en otros 2 casos. Se considero éxito anatómico un POP-Q ≤ 1 tres meses tras la intervención.

Resultados:

Se reparó el prolapso en 11 mujeres y se realizó un seguimiento entre 3 y 39 meses (mediana 12 meses). La curación objetiva se logró en 9/11 pacientes (81.8%) y subjetiva en 10/11 (90.9%). En una paciente se realizó una revisión postoperatoria por anuria secundaria a hipercorrección del prolapso (9%) que se resolvió sin incidencias. La incontinencia de esfuerzo se corrigió en las 7 pacientes (100%). No se presentó ningún caso de erosión, ni RAO, ni uregncia de novo, ni disuria, ni dolor local ni dispareumia. Dos pacientes presentaron infecciones del tracto urinario (18%).

Conclusión:

La reparación del prolapso anterior mediante fijación bilateral de arpones Anchorsure® y una malla rectangular entre ambos puntos asociado a reparación anatómica de los defectos existentes consiguió un elevado nivel de éxito sin apenas presentar complicaciones postoperatorias a medio plazo. Es evidente que el numero de pacientes y el seguimiento son escasos por lo que se deberían realizar futuros estudios para evaluar su efectividad.

P5- PREVENCIÓN DEL DESLIZAMIENTO DE LA MALLA SUBURETRAL DEL MRS II EN LA IUE MASCULINA®

Alejandro Sousa Escandón, Juan León Mata, María González-Varela*, M. Guendi. Fernández Rodríguez*, Iván Díaz Flores*, Albanta A Vázquez Rivera*, Raquel Camiño Rodríguez*, Patricia Varela Díaz*.

Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

Introducción:

La última versión del Sistema Remeex Masculino (MRS) colocada siguiendo las últimas modificaciones de la técnica alcanza elevadas tasas de éxito. Sin embargo, siguen existiendo fallos tardíos cuyo origen no se entiende claramente. Presentamos una causa no escrita de fracaso postoperatorio tardío que se puede prevenir fácilmente durante la cirugía.

Pacientes y Métodos:

Dos pacientes a los que se les había implantado una MRS mediante la técnica de sección del tendón conjunto del periné y colocando la malla suburetral muy cerca del final del bulbo uretral. Dichos pacientes presentaron reaparición de la IUE a pesar de varios reajustes y periodos intermedios de mejora. Finalmente, fueron operados mediante la colocación de un esfínter urinario (AUS).

Resultados:

El tiempo medio de seguimiento fue de 52 meses. La media de reajuste fue de 5 (rango: 4-6). Ambos pacientes mostraron una curación temporal de la IUE pero los periodos de mejoría se acortaron respecto a los iniciales (11.2 vs 0.8 meses).

En ambos casos, durante la disección de la uretra para colocar el AUS, vimos que el músculo bulbo-espongioso estaba casi totalmente ausente. El músculo y la malla colocados se desplazaron progresivamente, con los repetidos reajustes, sobre el bulbo uretral, dejando su posición suburetral original para colocarse en 45º al final del bulbo. Este desplazamiento no tuvo ningún efecto negativo para colocar el AUS.

Conclusiones:

Los reajustes múltiples de la MRS pueden arrastrar el músculo bulbouretral ubicado debajo de la malla desplazándolo de su ubicación suburetral inicial.

Proponemos colocar la malla en una posición un poco más alejada del tendón perineal central e intentar fijar la malla a la fascia de Buck del cuerpo esponjoso durante su colocación para evitar su dislocación durante los reajustes que pueden ser necesarios durante el seguimiento del paciente. Necesitamos más estudios para evaluar esta teoría y la utilidad de esta pequeña modificación técnica.

P6- COMPLICACIONES DERIVADAS DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA CON PROTESIS AJUSTABLE AMI-ATOMS. COMO LO HACEMOS? PRESENTACION DE CASOS

Müller Arteaga, C.; Sabell Pérez-Salgado, F.; Portela Pereira, P.; Novoa Martín, R.; López Bellido, D.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción:

La prótesis ajustable AMI-ATOMS representa una alternativa segura en el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina. Diferentes estudios han demostrado su seguridad con una baja tasa de complicaciones; sin embargo estas pueden presentarse en algunos casos.

Material y Métodos

Se presentan 2 casos de complicaciones en uretra y escroto tras la colocación de la prótesis AMI-ATOMS.

Resultados:

Caso Nº 1: Paciente de 73 años, IMC 25,5 con antecedentes de Incontinencia urinaria post prostatectomía radical abierta en 2006 y Uretrotomía endoscópica por estenosis de la unión uretrovesical. En los estudios preoperatorios se evidencia incontinencia urinaria por déficit esfinteriano moderada-severa (Pad test 24h 500 ml), no lesiones en uretrocistoscopia. Tras la colocación de prótesis AMI-ATOMS con puerto escrotal premontado se realizan 3 regulaciones para un volumen total final del dispositivo de 15 ml, requiriendo posteriormente retirada de 2 ml (volumen final 13 ml) por dificultad para el vaciado. Mejoría de la incontinencia con pad test de 70 ml. En el control de los 12 meses refiere empeoramiento de incontinencia y disuria. Se realiza Cistoscopia evidenciando extrusión de la prótesis en uretra por lo que se realiza Explante de prótesis y uretroplastia con interposición de grasa perineal. Actualmente paciente con recidiva de la incontinencia sin evidencia de estenosis uretral en espera para tratamiento quirúrgico

Caso Nº 2: Paciente de 58 años, IMC 30,5 con antecedentes de Incontinencia urinaria post prostatectomía radical laparoscópica en 2016. En los estudios preoperatorios se evidencia incontinencia urinaria por déficit esfinteriano moderada (pad test 200 ml), no lesiones en uretrocistoscopia. Tras la colocación de prótesis AMI-ATOMS con puerto escrotal premontado y volumen intraoperatorio de 6 ml, paciente se encuentra seco no requiriendo ajustes posteriores. A los 6 meses el paciente acude por exposición de válvula escrotal. Se realiza Resección de válvula y clampaje con Hem-O-lock (x2) sin deterioro de continencia. Presenta posteriormente secreción purulenta por herida escrotal.

Conclusión:

El manejo de complicaciones poco frecuentes de la prótesis AMI-ATOMS es importante, su adecuada resolución permitirá planificar otros tratamientos o no perder la continencia adquirida.

P7- BENEFICIOS DE LA VACUNA HPV NONAVALENTE EN POBLACIÓN MASCULINA DE ALTO RIESGO

López-Díez, E.¹; Castro-Iglesias, A.M.¹; Díaz-Álvarez, J.M.¹; Sánchez-Ramos, J.¹; López-García, S.¹; Pérez-Schoch, M.¹; Montero-Fabuena, R.¹; Carballo-Quintá, M.¹; Almuster-Domínguez, S.¹; Pérez, S.²

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. H. Álvaro Cunqueiro, ¹Urología y ²Microbiología.

Justificación:

- La infección por HPV es la infección sexual más frecuente en el mundo y los hombres constituyen un reservorio de la enfermedad, especialmente en población de alto riesgo (1).
- Gardasil 9 (9V) Ha demostrado prevenir cánceres y otras enfermedades causadas por 9 tipos de HPV. Desde octubre 2018, Gardasil 9 ha sido aprobado para el uso por encima de los 45 años, en hombres y mujeres, para prevenir la infección persistente, condilomas genitales y lesiones precancerosas (2).
- **OBJECTIVO PRIMARIO:** describir la fracción atribuible a genotipos HPV diana de la vacuna nonavalente (9V) de acuerdo a la edad en población masculina de alto riesgo (AR): hombres parejas sexuales de mujeres que presentan neoplasia cervical intraepitelial de alto riesgo, infectadas por HPV oncogénico.
- **Objetivo secundario:** calculamos la fracción atribuible adicional absoluta de la vacuna nonavalente en comparación con la cuadrivalente (4V)

Material y Métodos:

- Hombres reclutados prospectivamente en los primeros seis meses después del diagnóstico de lesión cervical en sus parejas sexuales (n=175).
- Diagnóstico y genotipado de la infección HPV de alto riesgo en muestras genitales de el surco coronal, glande, pene y escroto, realizado con Linear Array HPV Genotyping Test.
- Dos tipos de estudio se usaron para valorar la atribución de un genotipo individual a la infección HPV del varón: Estimación mínima para infección individual y Atribución jerárquica para analizar infecciones múltiples. Grupos de edad 1, 2 y 3 incluyeron hombres de 18 a 34, 35 a 44 y ≥ 45 años respectivamente.
- La fracción adicional absoluta atribuible a genotipos diana de la 9V comparados con los genotipos diana de la 4V se calculó como el incremento de casos atribuibles con respecto a todos los casos infectados. Se utilizó EPIDAT 3.1.

Resultados

- Genotipos HPV-AR múltiples se observaron en 58.2% (46/79) de los sujetos. HPV genotipo 16 fué el genotipo más frecuente en la muestra, 46,8% (37/79).
- La fracción de infección HPV-AR atribuible a genotipos de 9V fué 70% en hombres entre 18-34 años; 78% entre 35-44 años y 78% en ≥ 45 años.
- La fracción atribuible adicional absoluta de la infección HPV-AR se estudió en todos los grupos de edad de la vacuna nonavalente en comparación con la vacuna cuadrivalente.

P8- RESULTADOS INICIALES DE PACIENTES SOMETIDOS A URETROPLASTIA CON RECIDIVA DE ESTENOSIS URETRAL TRAS CIRUGÍA PREVIA

García Sobrino, R.; Bohórquez Cruz, M.A.; García Expósito, M.A.; García-Terente Fernández, V.; Cambón Bastón, E.M.; López Fernández, A.; Iglesias Alvarado, J.R.; Janeiro Pais, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivo

Mostar los resultados iniciales de uretroplastias en pacientes que presentan recidiva de estenosis de uretra tratada previamente con uretrotomías endoscópicas o uretroplastias.

Material y Métodos

Se revisaron doce pacientes con antecedentes de cirugía de uretra previa que se reintervinieron por recidiva de estenosis:

- Ocho pacientes tienen antecedentes de uretrotomía.
- Ocho de uretroplastias.
- Cuatro de ellos presentan antecedentes de ambas.

La localización de las estenosis según la CUMS prequirúrgica:

- Seis se encontraban en uretra bulbar.
- Tres en uretra bulbo-peneana.
- Dos en uretra peneana.
- Uno en uretra membranosa.

Se realizaron cinco uretroplastias con injerto de mucosa oral, de estas, cuatro fueron uretroplastias con injerto dorsal y una uretroplastia de Johansson con injerto.

Se utilizó injerto de mucosa prepucial en dos pacientes, uno en uretra bulbo-membranosa y otra en uretra bulbo-peneana.

Se llevaron a cabo dos uretroplastias T-T y un cierre de uretroplastia de Johansson previa, una uretrotomía perineal y una uretrotomía endoscópica.

Se evaluó el nivel de satisfacción con la última pregunta del IPSS, y se realizaron flujometría y CUMS a los tres meses de la cirugía.

El tiempo de seguimiento medio de estos pacientes fue de nueve meses.

Resultados

En diez de los doce pacientes se presenta mejoría en la calidad miccional, seis se encuentran satisfechos, dos muy satisfechos y dos indecisos.

En lo referente a las pruebas complementarias, en seis pacientes se objetivó mejoría en la flujometría, mientras que solo en dos se aprecia recidiva de la estenosis en la CUMS postintervención.

Dos pacientes presentaron complicaciones grado II de la clasificación de Clavien Dindo.

Conclusiones

Aunque los resultados son iniciales, con un tiempo de seguimiento corto, concluimos que las uretroplastias en pacientes con uretras complejas y con intervenciones previas se benefician de un nuevo procedimiento quirúrgico asumiendo la posibilidad de un aumento en la incidencia de recidiva.

P9- EFECTO PARADÓJICO DE LA INFILTRACIÓN TUMORAL LINFOCÍTICA DEL CVNMI TRAS QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL NEOADYUVANTE

Alejandro Sousa, Juan León, Carmen Nuria*, Carlos Neira*, Enrique Carro*, Eva Piñeiro** y Sara Piñeiro**.

Servicio de Urología, anatomía patológica y enfermería** del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

Introducción:

La presencia de Linfocitos Infiltrantes del Tumor (LIT) tienen un significado pronóstico en diversos tipos tumores. En el cáncer vesical infiltrantes/metastásicos y de alto grado, la presencia de una infiltración de LIT densa alrededor del tumor se asocia a un mejor pronóstico. Por el contrario, una densidad de LIT elevada en cáncer vesical no musculoso-invasivo (CVNMI) se asocia con un pronóstico desfavorable.

Material y Métodos:

Hemos realizado un estudio de cohortes observacional, analítico y retrospectivo de 43 pacientes con CVNMI de riesgo intermedio-alto tratados con QHT neoadyuvante (2009-2017) en nuestro centro. Se realizaron 8 instilaciones semanales de HIVEC (MMC 80 mg a 43°C x 1 hora) con el sistema Combat BRS (Londres, Reino Unido). Dos semanas después del tratamiento se realizó RTU vesical. Las muestras por RTU fueron procesadas mediante tinciones de inmunohistoquímica para CD3, CD20, CD4 y CD8.

Resultados:

La QHT neoadyuvante en CVNMI resultó en ablación tumoral total, respuesta completa (RC), de riesgo NMIBC intermedio-alto en 2/3 de los pacientes y los pacientes con RC mostraron una supervivencia libre de enfermedad a 4 años del 89%. Se observó una infiltración por TIL, fundamentalmente CD4 y CD8, significativamente mayor en los tejidos de pacientes con RC.

Discusión:

Se piensa que en los CVNMI, una mayor infiltración por LIT, se asocia a peor pronóstico lo que se debe a que su capacidad citotóxica se encuentra bloqueada por cambios inhibitorios en el microambiente tumoral que los hace inmunotolerantes. La QHT neoadyuvante parece transformar dicha situación hacia un estado citotóxico contra las células tumorales lo que justificaría la erradicación tumoral en estos pacientes (pT0) y la baja incidencia de recidivas a 4 años.

Conclusión:

Estos resultados pueden sugerir que el QHT neoadyuvante puede alterar el estado inmunológico del paciente, que podría protegerlo contra las recurrencias de NMIBC.

P10- VALOR PRONÓSTICO DEL RATIO NEÚTRÓFILOS/LINFOCITOS TRAS QUIMIOHIPERTERMIA INTRAVESICAL NEOADYUVANTE EN EL CVNMI

Alejandro Sousa, Juan León. María González-Varela*, M. Guendi Fernández Rodríguez*, Iván Díaz Flores*, Albanta A Vázquez Rivera*, Raquel Camiño Rodríguez* y Patricia Varela Díaz*.

Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

Resumen:

Distintos artículos han demostrado que el ratio neutrófilos/linfocitos es un valor pronóstico en la supervivencia en distintos cánceres incluyendo el cáncer vesical invasivo

Objetivo:

Determinar si la NLR puede predecir la respuesta patológica y la supervivencia libre de recidiva en el cáncer vesical no muscular invasivo tratado con quimioterapia intravesical hipertermica neoadyuvante quimiohipertermia (QHT) intravesical

Pacientes y Métodos:

Hemos realizado un estudio de cohortes observacional, analítico y retrospectivo de 43 pacientes con CVNMI de riesgo intermedio-alto tratados con QHT neoadyuvante (2009-2017) en nuestro centro. Se realizaron 8 instilaciones semanales de HIVEC (MMC 80 mg a 43°C x 1 hora) con el sistema Combat BRS (Londres, Reino Unido). Dos semanas después del tratamiento se realizó RTU vesical

El objetivo primario fue determinar la tasa de respuesta completa (RC) obtenida en la RTU vesical post tratamiento y la supervivencia libre de enfermedad (SLE) a los 12 meses. NLR y PLR se midieron antes y después del tratamiento con QHT neoadyuvante

Resultados:

Después del tratamiento neoadyuvante con HIVEC, 27 (63%) pacientes tuvieron RC y 13 (30%) pacientes tuvieron una respuesta parcial (RP) en la RTUV. La mediana de seguimiento posterior a la RTU fue de 51 meses (Rango Inter cuartil (RIC): 12.9–108.0 meses) con una SLE del 81,4% sin que los pacientes desarrollaran progresión. La reducción post-HIVEC en PLR y NLR (antes y después del tratamiento) fue predictiva de RC. Un menor NLR post-HIVEC y una reducción después del tratamiento neoadyuvante se asociaron con una SLE más alta.

Conclusiones:

El tratamiento con QHT Neoadyuvante resultó en una tasa de RC del 62.8%. Una reducción en la NLR se asoció con una mejoría en la respuesta al tratamiento tanto en el índice de RC como de SLE. Además, la RC se asoció con una SLE duradera en el 89% de los pacientes

P11- ¿PUEDE LA QUIMIOHIPERTERMIA NEOADYUVANTE INTRAVESICAL CON MITOMICINA C INDUCIR UN EFECTO VACUNA EN EL CVNMI?

Alejandro Sousa, Juan León. Natalia Arias-Corredoira*, Ana Belen Fernández-González*, Paula Díaz-Mariño*, Rocío Arias-Sanmiguel*, María González-Losada* y Alberto Iglesias-Seoane*.

Servicio de Urología y enfermería del Hospital Comarcal de Monforte. Lugo*

La Mitomicina C (MMC) es un agente alquilante que se utiliza en el tratamiento del cáncer vesical no musculo invasivo (CVNMI) desde hace mas de 35 años. Su efecto antineoplásico se produce por un fenómeno denominado “Cross Link” mediante el cual la MMC mantiene unidas ambas cadenas de la doble hélice de ADN o une dos puntos de la misma cadena impidiendo la duplicación del ADN haciendo que la célula tumoral entre en apoptosis y muera.

La apoptosis es un tipo de muerte celular no asociada a fenómenos inflamatorios y que no genera una respuesta inmune contra dichas células. Sin embargo, existe otro tipo de destrucción celular denominado “Inmunogenic Cell Death” (ICD) que es causado por ciertos quimioterápicos como la Antraciclina y ciertas terapias físicas como la radioterapia.

A diferencia de la apoptosis, este tipo de muerte celular induce ICD que es capaz de desencadenar una plétora de reacciones inmunitarias que finalmente generan una memoria inmune contra el tumor que podría ayudar en la reducción de recidivas o progresión tumorales.

Los resultados pronósticos del ratio neutrófilos/leucocitos, del número de respuestas completas (pT0), la infiltración linfocítica peritumoral y la baja tasa de recidivas tras el tratamiento con HIVEC neoadyuvante en el CVNMI nos hace pensar en la posibilidad de que este tipo de tratamiento este produciendo un efecto vacuna contra el tumor y debería ser mejor evaluado en futuros estudios.

Para tratar de probar esta teoría vamos a realizar un estudio prospectivo de QHT neoadyuvante en la que se tratará de determinar en orina, sangre o tejidos las moléculas que señalan ICD como son la Calreticulina y la proteína High-mobility group box 1 (HMGB1)

P12- EXPERIENCIA INICIAL CON ACETATO DE ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO DE DEBUT

Diz Gil, Rita; Pérez-Fentes, Daniel; Chaves Santamaría, Miriam; Pineda Munguía, Álvaro Miguel; Martínez Corral, María Elena; Puñal Pereira, Ana; Núñez Otero, Juan Jesús; García Freire, Camilo.

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

Introducción

El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia inicial con el tratamiento de combinación de terapia de deprivación androgénica (TDA) y acetato de abiraterona + prednisona (AAP) en pacientes con cáncer de próstata metastásico de debut hormonossensible.

Material y Métodos

Entre julio de 2017 y abril de 2019 se inició tratamiento con TDA + AAP en 13 pacientes metastásicos de novo. La media de edad fue de 67 años (56-78), con una cifra de antígeno prostático específico (PSA) media al diagnóstico de 333,62 ng/mL (13,94-2913,94). 12 pacientes cumplían criterios de “alto riesgo” según estudio LATITUDE y 1 de ellos correspondió a un perfil de “riesgo bajo”.

Resultados

La mediana de seguimiento fue de 6 meses (0,7-15). La media del nadir de PSA fue de 111,29 ng/mL (0,03-1435,8), en un tiempo medio de 3,5 meses (0,8-7,4). El descenso de PSA con respecto al basal fue de más del 50% en 11 pacientes (84,6%), y de más del 90% en 6 de ellos (46,1%). Aparecieron efectos adversos en todos los casos, siendo de grado 1-2 en 7 de ellos. En dos casos fue necesario suspender el tratamiento debido a secundarismos: una hepatotoxicidad grado 3 y una insuficiencia cardiaca grado 3. No se registraron eventos relacionados con el esqueleto ni muertes relacionadas con el fármaco.

Tres pacientes presentaron progresión a resistencia a la castración en una mediana de 12,8 meses (5,2-13,7); dos de ellos iniciaron Docetaxel en primera línea de CPRC y uno está en estudio.

La supervivencia libre de progresión es del 76,9% (10 pacientes sin progresión hasta la fecha) y la supervivencia global es del 92,3% (12 pacientes).

Conclusiones

Nuestra serie preliminar muestra que la combinación TDA + AAP para pacientes con cáncer de próstata metastásico de debut alcanza una respuesta bioquímica óptima en la mayoría de los casos.

Es necesario un mayor seguimiento para poder analizar su impacto real en supervivencia libre de progresión y global. La posible aparición de efectos adversos debe de ser tenida en cuenta, si bien éstos son de baja intensidad en la mayoría de los casos.

P13- CPRC METASTÁSICO EN PACIENTES CON SINTROM® ¿ESTA CONTRAINDICADO DAR ENZALUTAMIDA?

García-Terente, V.; Rodríguez Gómez, I.; Cambón Bastón, E.; Villegas Piguave, D.; Villar Vázquez, N.; Breijo Martínez, S.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción:

La Enzalutamida es un fármaco fiable y eficaz en el tratamiento de varones con CPRC metastásico. Es muy frecuente, que los pacientes que precisan de esta medicación sean pacientes plurimedcados.

El Sintrom® se metaboliza por el CYP2C9 y CYP1A2 y la Enzalutamida es un inductor moderado del CYP2C9 y potente del CYP3A4, por lo que cabría esperar una interacción potencial farmacológica entre ambos.

Material y Métodos:

Presentamos un estudio retrospectivo que muestra nuestra serie de pacientes que han recibo de forma simultánea Sintrom® y Xtandi®. Se trata de siete pacientes con una edad media de 81 años diagnosticados de cáncer de próstata (grado 3 a 5) y que tras diferentes tratamientos con intención curativa fracasados, recibieron tratamiento con Enzalutamida. El estadiaje de los pacientes fue CPRC M1a (3), M1b (5) y M1c (1).

Resultados:

Todos los pacientes tuvieron una buena respuesta de PSA manteniendo un descenso progresivo durante el primer, segundo, tercer y sexto mes de tratamiento. Los controles simultáneos de INR mensuales, no mostraron cambios ni durante el inicio del tratamiento al primer, tercer y sexto mes ni posteriormente. No hubo un aumento de eventos hemorrágicos ni trombóticos por descomensación del mismo y se mantuvo una buena tolerancia al tratamiento con Xtandi®. Tampoco fue necesario ajustes significativos en la dosificación del tratamiento anticoagulante. Únicamente uno de los paciente tuvo que realizar viraje a Abidaterona por deterioro cognitivo severo de origen incierto.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, es seguro y válido el tratamiento con Sintrom® y Xtandi® dado que las interacciones potenciales no siempre tienen repercusiones clínicas. En el seguimiento, se debe tener precaución y monitorizar estrechamente las variaciones de INR.

P14- MINI NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN SUPINO: NUESTRA EXPERIENCIA

Pineda Munguía, Álvaro; Pérez Fentes, Daniel; Núñez Otero, Juan; Fernández Baltar, Carlos; Fernández Yáñez, Antonio; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena; García Freire, Camilo.

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

Objetivos:

Presentar nuestra experiencia en mini nefrolitotomía percutánea (mini-NLP), realizada en decúbito supino.

Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de 450 nefrolitotomías percutáneas, realizadas entre 2009 y 2018. Se incluyeron aquellos casos realizados con acceso percutáneo de calibre 14-18Ch, excluyendo los que requirieron trayectos múltiples. Se describen las características clínico-demográficas de los pacientes, las variables intraoperatorias y los resultados del procedimiento. La seguridad del procedimiento se presenta como incidencia de complicaciones generales y específicas, y su severidad mediante la escala de Clavien modificada. El éxito de la intervención se define como la total ausencia de litiasis en la TC sin contraste al tercer mes de la intervención, salvo en pacientes pediátricos, donde se empleó ecografía y radiografía simple de abdomen.

Resultados:

Se realizaron 95 mini-NLP, en casos con complejidad I y II de Guy's mayoritariamente (52%), con una superficie litiasica mediana de 200 mm². La localización del acceso fue fundamentalmente a través del cáliz inferior (74%), con un 12% de accesos al grupo superior, todos ellos intercostales. La dilatación se realizó con set de Amplatz en un 64% de los casos, empleando el equipo MIP-M en el resto. El método de litofragmentación preferente fue el láser (91%). En 2/3 de los casos fue necesaria la instrumentación retrógrada con endoscopios flexibles (mini-ECIRS). Con un tiempo quirúrgico mediano de 86 min, el método de drenaje preferente fue la cirugía sin nefrostomía (78%). La estancia hospitalaria mediana fue de 1 día y se desarrollaron complicaciones en 9 casos, siendo la mayoría de ellos de complejidad Clavien I-II. Un 53% de los pacientes no presentaron ninguna litiasis residual a los 3 meses del procedimiento, siendo el éxito superior en los casos de menor complejidad (Guy's Stone I-II). La superficie mediana de cálculos residuales de 18 mm².

Conclusiones:

La mini-NLP es una técnica segura, con una baja incidencia de complicaciones y que permite una hospitalización mínima. Su efectividad está condicionada fundamentalmente por el volumen y la complejidad del caso litiasico. Es necesario, por tanto, una evaluación holística del paciente para decidir la mejor estrategia de tratamiento endourológico.



P15- NOVEDADES EN EL MANEJO Y CONTROL DEL PH URINARIO EN EL PACIENTE LITIÁSICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PREVENT-LIT

Aller Rodríguez, Marcos¹; Lancina Martín, Alberto¹; Galán Llopis, Juan Antonio²; Torrecilla Ortiz, Carlos³; Luque Gálvez, María Pilar⁴; Chantada Abal, Venancio¹

¹Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario da Coruña, A Coruña

²Servicio de Urología, Hospital General de Alicante, Alicante

³Servicio de Urología, Hospital de Bellvitge, Barcelona

⁴Departamento de Urología, Hospital Clínic, Barcelona

Objetivos:

El control del pH urinario es fundamental en el manejo del paciente litiasico. El estudio verificó la eficacia del uso de un dispositivo médico juntamente con la ingesta de complementos alimenticios (CAs) para restaurar los valores de pH urinario en pacientes con litiasis úrica o de fosfato cálcico/oxalato cálcico en la práctica clínica.

Métodos:

Estudio intervencionista, abierto, con pacientes asignados al grupo alcalinizante (cálculos de ácido úrico y $\text{pH} < 5,5$) y al acidificante (cálculos de oxalato cálcico, $\text{pH} > 6,2$). Los pacientes recibieron CAs para aumentar o disminuir los valores de pH urinarios. Se registraron los valores de pH urinario, tipo de terapia, adherencia y eventos de cólicos renales autorreportados en la visita inicial y después de 30, 60 y 90 días de tratamiento.

Resultados:

Se incluyeron 143 pacientes: 45,5% en grupo alcalinizante y 54,5% en el acidificante. Ambos CAs fueron eficaces en normalizar el pH urinario ($p < 0.00001$), con un máximo de 54,9% en 60 días ($p < 0.00001$). A los 60 días un 71,8% de pacientes son adherentes, y el 45,9% no adherentes al tratamiento alcanzan valores de pH no litogénicos (OR: 3.03, CI: 95%: 1,29-6,66). Un pH no litogénico a $t = 90$ días (HR: 0.428, CI 95%: 0,193-0,947) y adherencia a $t = 60$ días están independientemente asociados con ausencia de cólicos reportados, según un modelo de regresión Cox.

Conclusiones:

La monitorización del pH urinario juntamente con la ingesta de CAs en pacientes con litiasis puede ser de valor para mantener valores no litogénicos, con una tasa de éxito elevada especialmente en aquellos adherentes al tratamiento. Se ha observado una reducción en los eventos de cólicos reportados asociados con una normalización de los valores de pH.



COMUNICACIONES ORALES

C1- ESTUDIO DE PREVALENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA Y DE LAS DISFUNCIONES DEL TRACTO URINARIO INFERIOR EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA GALLEGA; ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO

Iván Somoza Argibay; Isabel Casal Beloy; Miriam García González.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Urología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Materno Infantil

Introducción:

Los últimos años ha incrementado la prevalencia de las disfunciones del tracto urinario inferior (DTUI), afectando al 10-15% de los escolares. Este incremento se ha relacionado con cambios en el estilo de vida y hábitos dietéticos. Pocos estudios analizan los factores relacionados con las DTUI. El objetivo de nuestro trabajo es conocer la prevalencia de DTUI y los principales factores de riesgo para su aparición.

Material y Métodos:

Estudio observacional transversal de prevalencia sobre una muestra representativa de escolares de nuestra comunidad (N=1069) de 46 colegios. Utilizamos un cuestionario sobre hábitos de aprendizaje miccional, hábito intestinal y datos dietéticos. También realizamos el cuestionario PLUTSS de screening de DTUI, tras traducirlo y validarlo al español. Finalmente realizamos un análisis de regresión logística evaluaron los principales factores de riesgo.

Resultados:

Los varones retiran el pañal más tarde (2.41 años versus 2.25 años) comenzando el colegio con mayor porcentaje de incontinencia. El 31,9% de los encuestados retiraron el pañal para poder escolarizarse.

La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 15% diurna y 12,2% nocturna. La prevalencia de DTUI fue del 8,3%, estreñimiento 20%, incontinencia fecal 2,8%, ITUs 12,4% y hábito posponedor 39,8%. El 28,7% de las DTUI asociaron repercusión psicológica.

Los principales factores de riesgo para desarrollar DTUI fueron: varón (OR 1,87), menor edad (OR 0,78), retirada de pañal forzada por escolarización (OR 2,14), estreñimiento (OR 1,61) y hábito retencionista (OR 3,87).

Conclusiones:

La incontinencia es un evento muy estresante entre los pacientes pediátricos, que lleva a desarrollar baja autoestima, problemas sociales y psicológicos. Las disfunciones vesicales e intestinales han mostrado tener alta prevalencia en nuestra población. Conocer su epidemiología nos ha permitido emitir recomendaciones escolares, familiares y en atención primaria, con el fin de prevenir esta patología tan prevalente y con tanta repercusión.

C2- NEUROMODULACIÓN VESICAL PARASACRA DE USO DOMICILIARIO: NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL MANEJO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA EN EDAD PEDIÁTRICA

Iván Somoza Argibay; Isabel Casal Beloy; Miriam García González

Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Urología Pediátrica. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Materno Infantil

Introducción:

La neuromodulación vesical (NMD) con TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) ha surgido como nueva alternativa en el manejo de las disfunciones del tracto urinario inferior. Nuestro objetivo ha sido evaluar la eficacia y seguridad de la NMD sacra en niños con diagnóstico de vejiga hiperactiva (VH).

Material y Métodos:

Estudio prospectivo de pacientes con diagnóstico de VH tratados con NMD.

La NMD fue aplicada en domicilio y bajo supervisión parental, mediante la colocación de dos electrodos de superficie a nivel sacro, con régimen diario y en períodos de 20 minutos.

El tratamiento se mantuvo durante 6 meses. Evaluamos la evolución de la severidad de la sintomatología urinaria utilizando el cuestionario PLUTSS (Pediatric Lower Urinary Tract Symptoms Score) previamente validado. Valores de > 8.5 en esta escala fueron diagnósticos de DTUI. Además, un calendario miccional seriado fue realizado en todos los pacientes durante el seguimiento para valorar la capacidad vesical de los mismos.

Resultados:

Un total de 21 pacientes (13 niñas) fueron incluidos en el estudio, con una edad media de 10 años (Rango: 6-16). Los síntomas más frecuentes fueron: Incontinencia (100%) y urgencia (89%). El 45% de los pacientes recibieron este tratamiento como primera línea, y el 55% restante ante ineficacia o efectos adversos con los anticolinérgicos.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) en los valores medios del PLUTSS antes de iniciar tratamiento y al finalizar el mismo: PLUTSS inicial 17.8 (Rango: 10-29), a los 3 meses: 7.21 (Rango: 2-16), a los 6 meses: 5.6 (Rango: 3-12). El volumen miccional máximo de todos los pacientes aumentó. Todos los pacientes sintieron una mejora en su calidad de vida al finalizar el estudio.

Conclusiones:

La NMD con TENS parece una opción segura y eficaz en el manejo de la VH en la población pediátrica. A diferencia de la NMD percutánea, su aplicación es menos invasiva y puede ser realizada en domicilio bajo supervisión paterna sin necesidad de acudir al centro hospitalario diariamente. Deben ser realizados más estudios randomizados para demostrar su efectividad y protocolizar su aplicación en los pacientes en edad pediátrica.

C3- EFICACIA Y SEGURIDAD A 1 AÑO EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON CABESTRILLO AJUSTABLE DE INCISION UNICA ALTIS®.

Müller Arteaga, C.; Portela Pereira, P.; Novoa Martín, R.; Sabell Pérez-Salgado, F.; López Bellido, D.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción:

La Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una patología con alta prevalencia. La utilización de cabestrillos suburetrales (TOT/TVT) en el tratamiento ha demostrado su eficacia y seguridad en el tiempo; sin embargo, en la actualidad no existe una evidencia similar con la última generación de cabestrillos de incisión única. Objetivo: Presentar nuestra serie en cuanto a resultados, seguimiento, complicaciones y satisfacción con el cabestrillo ajustable de incisión única.

Material y Métodos:

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado entre Marzo de 2015 y Mayo de 2018. Fueron intervenidas quirúrgicamente 78 mujeres a las que se colocó Cabestrillo suburetral ajustable de incisión única Altis® (Coloplast®). Se presentan resultados de datos demográficos, antecedentes, eficacia, satisfacción y complicaciones.

Resultados:

Las pacientes tenían una edad media de 62 años (40-79), IMC 30,26 (18-44)

Un 41% (32 pacientes) presentaba IU Mixta. 7 pacientes (8,9%) presentaban recidiva de IUE. Se realizó tratamiento quirúrgico concomitante de POP en 6 casos. El seguimiento medio fue de 29 meses (12-49).

Curación (Test de esfuerzo negativo) en el 91%; en 7 pacientes se evidenció recidiva de la IUE (9%). 20% de los pacientes con IU Mixta requirieron continuar tratamiento para la urgencia miccional.

Se presentaron complicaciones en 14 pacientes (18%), siendo en la clasificación clase I (Clavien-Dindo) en 14%, estando relacionadas con la colocación del cabestrillo solo en 7 casos; y de clase II, en 2 pacientes.

Durante el seguimiento se evidenciaron las siguientes complicaciones: Urgencia de novo en 3 pacientes, dolor en zona inguinal/obturador en 6 pacientes, obstrucción que requiere uretrolisis en 1 paciente, extrusión en 1 paciente y neuropraxia del nervio femoral en 1 caso.

La satisfacción de las pacientes a través del cuestionario PGI-1 fue de 1-2 (mucho mejor-mejor) en 84% de los casos.

Los resultados obtenidos en nuestra serie son comparables a otros estudios. El índice de complicaciones relacionados con el cabestrillo es bajo con una alta tasa de curación.

Conclusión:

En nuestra experiencia, el cabestrillo ajustable de incisión única presenta una adecuada eficacia y seguridad para el tratamiento de la IUE femenina demostrado con un seguimiento de al menos 12 meses



C4- TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA CON PROTESIS AJUSTABLE AMI-ATOMS. RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO.

Müller Arteaga, C.; Portela Pereira, P.; Novoa Martín, R.; Sabell Pérez-Salgado, F.; López Bellido, D.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción:

La prótesis ajustable AMI-ATOMS representa una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de la incontinencia urinaria masculina. Diferentes estudios han demostrado su eficacia y seguridad con una baja tasa de complicaciones. Objetivo: Presentar nuestra serie en cuanto a resultados, seguimiento y complicaciones con la prótesis ajustable AMI-ATOMS

Material y Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo realizado entre Agosto de 2016 y Marzo de 2019. Fueron intervenidos quirúrgicamente 12 pacientes. Se presentan resultados de datos demográficos, eficacia y complicaciones.

Resultados:

Los pacientes tenían una edad media de 68 años (54-79), IMC 28,5. El origen de la IU fue prostatectomía radical en todos los casos (50% abierta, 50% laparoscópica) con un tiempo de evolución de la misma entre 2 a 10 años. La gravedad de la IU fue moderada en el 50% de los casos, 41% severa, 8% leve. 40% de los pacientes presentaban hiperactividad del detrusor.

En todos los casos se colocó el dispositivo AMI-ATOMS de 3ra generación con la válvula escrotal premontada. El volumen intraoperatorio de llenado de la prótesis estuvo entre 6 y 7 ml (mediana 7 ml). El promedio del número de ajustes postoperatorio fue de 1 (0-4) con un volumen total de 9 ml en promedio (6-19)

Tras la última regulación, a los 6 meses de seguimiento un 50% de los pacientes se encuentra seco (no pérdidas), un 50% mejorado (mejoría de las pérdidas en >50%) sin pérdida de eficacia del dispositivo en el tiempo. El seguimiento medio fue de 18 meses (3-33).

Se presentaron complicaciones precoces en 3 pacientes, 2 RAO, 1 dolor perineal.

Durante el seguimiento se evidenciaron las siguientes complicaciones: Dolor persistente (6 meses) en 1 paciente, Extrusión de puerto escrotal (1), extrusión uretral (1). No se registraron complicaciones infecciosas

La satisfacción de las pacientes a través del cuestionario PGI-1 fue de 1-2 (mucho mejor-mejor) en el 100% de los casos.

Los resultados obtenidos en nuestra serie son comparables a otros estudios. El índice de complicaciones es bajo con una alta tasa de eficacia.

Conclusión:

En nuestra experiencia, la prótesis ajustable AMI-ATOMS presenta una adecuada eficacia y seguridad para el tratamiento de IU masculina.

C5- DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON SINTOMATOLOGÍA PROSTÁTICA

Diosdado-Figueiredo Mónica

Equipo de Atención Primaria, Vilagarcía de Arousa, Pontevedra. España.

Objetivo:

Tanto la disfunción eréctil (DE) como la hipertensión arterial (HTA), son enfermedades que afectan a la salud física, psíquica y la calidad de vida de quienes la padecen, siendo un problema clínico común con miles de casos nuevos cada año.

Determinar la prevalencia de disfunción eréctil en pacientes con hipertensión arterial y su relación con la sintomatología prostática.

Material y Métodos

Tipo y ámbito de estudio: observacional de prevalencia (n=262, $\alpha=0,05$, precisión= $\pm 5\%$) en varones diagnosticados de HTA, realizado en el centro de Salud de Vilagarcía Arousa (Pontevedra).

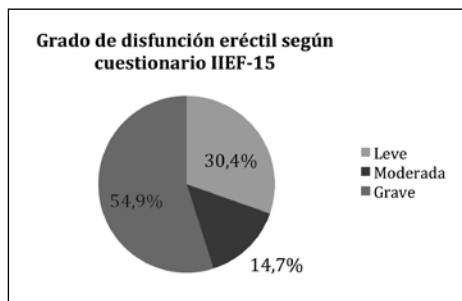
Período de estudio: abril 2015 a junio 2017.

Se dispone del consentimiento informado de los participantes y autorización del Comité Autonómico de Ética de la Investigación.

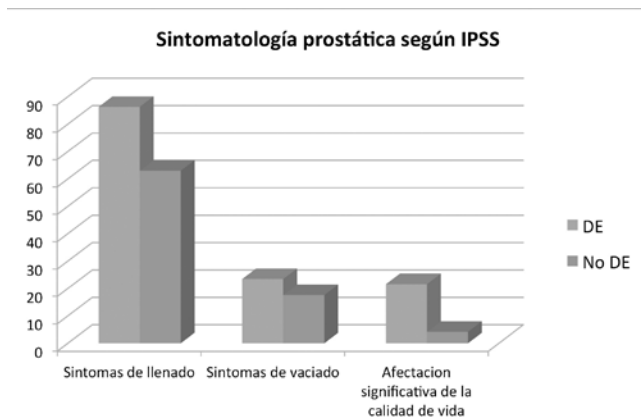
Se diagnosticó la disfunción eréctil mediante el Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF-15) y los síntomas prostáticos a través de la Escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS).

Resultados:

El estudio incluyó 262 varones hipertensos con una edad media de $65,8 \pm 12,7$ años. Según el cuestionario IIEF-15, el 84,4% de los pacientes se declararon ser activos sexualmente. El 46,1% presentó algún grado de disfunción eréctil siendo el más prevalente el de mayor gravedad (54,9%) seguido del grado leve (30,4%), encontrando niveles bajos de testosterona en solo el 6,6% de los casos, y queriendo buscar una solución a este problema el 89,2%.



La evaluación de los síntomas prostáticos se realiza mediante el cuestionario IPSS objetivando síntomas de llenado en el 86,3%, síntomas de vaciado en el 23,5% y una afectación significativa de la calidad de vida de los mismos en el 21,6%.



Conclusiones:

Aproximadamente la mitad de los pacientes hipertensos presentaron disfunción eréctil según el cuestionario IIEF-15. En nuestro estudio, los pacientes que declararon tener una afectación en su calidad de vida en el IPSS presentaron 6 veces más riesgo de padecer significativamente DE, mayor prevalencia de síntomas de llenado y síntomas de vaciado. La presencia de síntomas de llenado multiplica por 3 el riesgo de presentar disfunción eréctil de forma significativa.

C6- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS DESENSIBILIZACIÓN POR INCOMPATIBILIDAD ABO Y HLA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO

García Sobrino, R; Vázquez-Martul Pazos, D; Suárez Pascual, G; Rodríguez Gómez I; Rodríguez-Rivera García J; Ponce Díaz-Reixa J; García Expósito, MA; López Fernández, Alicia; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivo:

Las incompatibilidades entre donante y receptor en el trasplante renal donante vivo han supuesto un impedimento para su realización durante un gran periodo de tiempo, gracias a los programas de desensibilización se han salvado estas limitaciones.

El objetivo de este estudio es valorar las complicaciones asociadas a eventos hemorrágicos presentados por los pacientes ABO incompatibles (ABOi) y HLA incompatibles (HLAi) sometidos a desensibilización en comparación con receptores compatibles (ABOc).

Material y Métodos:

En este estudio evaluamos las complicaciones quirúrgicas de 46 pacientes trasplantados ABOi realizados en nuestro centro desde 2012 hasta 2018 sumadas a 16 pacientes HLAi desde 2009 a 2014 frente a 62 trasplantados ABOc entre los años 2015 y 2019.

Se analizaron las variables: complicaciones quirúrgicas, presencia, tamaño y reintervención de los hematomas y nº de transfusiones en el postoperatorio.

Para el análisis de resultados empleamos el programa SPSS v23.

Resultados:

Tanto la edad del donante y receptor, como el IMC no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos, en el caso del hematocrito prequirúrgico, el grupo de incompatibles presentaba números ligeramente inferiores a los inmunológicamente compatibles.

En el grupo incompatibles encontramos 21 casos de complicación quirúrgica, 28 presentaban hematomas en la ecografía de control, mientras que entre los ABOc eran 12 en ambos casos.

Aunque no se alcanzaron diferencias significativas en el número de complicaciones quirúrgicas, sí que se presentan en mayor número en los trasplantes incompatibles.

Sí hay diferencias estadísticamente significativas en el grupo de incompatibles frente a los compatibles en el tamaño del hematoma (41cc vs 13cc), el tratamiento quirúrgico del hematoma (12 vs 0) y el número de transfusiones (4,24 vs 1,1).

El análisis univariante no mostró diferencias relacionadas con el IMC, la edad mayor de 65 años, ni la presencia de vasos múltiples en la anastomosis.

Conclusiones:

A pesar de no alcanzar diferencias significativas en las complicaciones quirúrgicas no relacionadas con hematoma, estas están presentes en un mayor número en los trasplantes incompatibles.

Observamos mayor número de hematomas, tasa de transfusiones y reintervención por sangrado con significación estadística en el grupo de receptores previamente desensibilizados.

C7- PRUEBAS DE IMAGEN PREQUIRÚRGICAS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE NLP O ECIRS ¿QUÉ IMPLICACIONES TIENE SOBRE RESULTADOS Y COMPLICACIONES?

López Fernández, A¹; Aller Rodríguez, M¹; Lema Rodríguez, S²; García Expósito, M¹;
García Sobrino, R¹; Iglesias Alvarado, JR¹; Rodríguez González, A¹; Rodríguez Rey, S¹; Chantada Abal, V¹.

¹*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..*

²*Facultad de Medicina, Universidad de Santiago de Compostela.*

Objetivos:

Análisis de los resultados y complicaciones de los pacientes sometidos a nefrolitotomía percutánea (NLP) o a cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS) en base a las pruebas de imagen prequirúrgicas empleadas.

Material y Métodos:

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes sometido a NLP o ECIRS entre 2010 y 2018 en nuestro centro. Se recogieron variables epidemiológicas, el tipo de intervención realizada, complicaciones intra y postquirúrgicas (Según clasificación Clavien Dindo), así como resultados quirúrgicos (tasa de libre de litiasis). Se relacionaron el tipo de prueba de imagen radiológica disponible previa a la cirugía.

Los resultados se analizaron con el SPSS versión 24 empleándose Chi cuadrado y U de Mann-Whitney.

Resultados:

Se incluyeron para análisis 147 pacientes, el 51.7% fueron mujeres y la media de edad 54 años. Se obtuvo un mejor resultado en los pacientes que disponían de TAC prequirúrgico de cualquier tipo (42.6%) frente a los que no disponían de éste (27.8%) con una $p=0.001$. La prueba asociada a menores complicaciones (85.7%) fue el TAC con fase arterial-nefrogénica ($p=0.015$). El mejor resultado quirúrgico se vio en los casos que disponían TAC con fase excretora ($p=0.03$).

Conclusiones:

En base a nuestros resultados, disponer de un TAC previo a la realización de NLP o ECIRS puede ayudar a obtener mejores resultados quirúrgicos con menor número de complicaciones.

Serán necesarios estudios prospectivos aleatorizados que tengan en cuenta costes económicos y dosis de radiación empleada para estandarizar la prueba de imagen prequirúrgica más adecuada.

C8- ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE MINI-NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA Y NEFROLITOTOMÍA ESTÁNDAR EN PACIENTES “GUY’S STONE” I Y II.

Pineda Munguía, Álvaro; Pérez Fentes, Daniel; Núñez Otero, Juan; Fernández Baltar, Carlos; Fernández Yáñez, Antonio; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena; García Freire, Camilo.

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

Objetivos:

Comparar las características perioperatorias y los resultados (efectividad y seguridad) entre la cirugía percutánea realizada con accesos de calibre 14-18 Ch (mini-NLP) y la llevada a cabo mediante trayecto estándar (NLP estándar), en pacientes con litiasis de baja complejidad (grado I y II de la clasificación “Guy’s Stone”).

Material y Métodos:

Análisis retrospectivo de 450 nefrolitotomías percutáneas, realizadas entre 2009 y 2018. Se incluyen para análisis únicamente casos de complejidad I y II, según la clasificación “Guy’s Stone”. Se excluyeron aquellos realizados con calibres inferiores a 14Ch o que requirieron trayectos múltiples. Finalmente, se incluyen para análisis 50 casos de mini-NLP y 82 de NLP estándar y se comparan las características clínicodemográficas de los pacientes, variables intraoperatorias y los resultados del procedimiento entre ambos grupos. La seguridad se evaluó mediante la incidencia de complicaciones y su severidad, según la escala de Clavien modificada. El éxito de la intervención se definió como la total ausencia de litiasis en la TC sin contraste al tercer mes, salvo en pacientes pediátricos, donde se empleó ecografía y radiografía simple de abdomen.

Resultados:

Se observó predominio del sexo femenino ($p=0.036$) y mayor carga litiasica ($p=0.008$) en el grupo NLP estándar. La cirugía mini-NLP presentó menor tiempo quirúrgico y exposición radiológica; sin embargo, mayor necesidad de abordaje retrógrado con endoscopio flexible (mini-ECIRS). El método de dilatación más empleado fue el set de Amplatz en NLP estándar (90%) y el equipo MIP en mini-NLP (58%). La litofragmentación se realizó preferentemente con láser en mini-NLP, siendo la combinación balísticoultrasónica la más empleada en NLP estándar. En el grupo mini-NLP se realizó un porcentaje mayor de cirugías sin nefrostomía (82% vs 49%, $p=0.000$), con menor estancia hospitalaria. No se encontraron diferencias en cuanto al desarrollo de complicaciones generales, específicas, o en su severidad. Tampoco se observaron diferencias en el éxito del procedimiento (63% vs 76%, $p = 0.164$), ni en la superficie de litiasis residuales tras el mismo.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, mini-NLP y NLP estándar en casos de baja complejidad presentan resultados comparables en éxito y seguridad. El volumen litiasico puede ser una limitación para la cirugía miniaturizada, requiriendo mayor tiempo quirúrgico e instrumentación retrógrada. La miniaturización permite realizar un mayor porcentaje de cirugías sin nefrostomía, con menor estancia hospitalaria.

C9- USO COMBINADO DE UN DISPOSITIVO MÉDICO Y UN COMPLEMENTO ALIMENTICIO EN PREVENCIÓN DE INCRUSTACIONES EN PACIENTES CON UN CATÉTER DOBLE J IMPLANTADO

Fabuena Montero, Rubén¹; Grases Freixedas, Félix²; Costa-Bauzá, Antonia²; Torrecilla Ortiz, Carlos³; Cuiñe Castellana, Jordi⁴.

¹ Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Álvaro Cunqueiro.

² Laboratorio de Investigación en Litiasis Renal, Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca

³ Torrecilla Ortiz, Carlos en representación del Grupo Doble J

⁴ Devicare SL, Barcelona

Introducción:

Las incrustaciones en catéteres urinarios es la principal causa de obstrucciones, procesos de retirada dolorosos y costes médicos adicionales. El objetivo de este estudio es caracterizar ese proceso para proponer mejores tratamientos. Para ello, investigamos la eficacia de la monitorización del pH urinario junto con la ingesta de un complemento alimenticio (CA) en la prevención de dichas incrustaciones.

Métodos:

Ensayo multicéntrico, controlado y aleatorizado realizado en 105 pacientes con reciente implantación de un catéter Doble J ureteral. El tratamiento se llevó a cabo con un complemento alimenticio (grupo experimental) o con placebo (grupo control) con una dosis de 3 capsulas/día, juntamente con monitorización del pH urinario. El CA contiene un acidificante de la orina (L-metionina) e inhibidores de cristalización. Se evaluaron la cantidad y calidad de las incrustaciones en cada extremo del catéter (n=198)

Resultados:

Analizando los extremos vesical y renal observamos una disminución estadísticamente significativa, contra placebo, tanto en los extremos con valor máximo de incrustación (8 vs 1), como en el valor medio global. El estudio microscópico y composicional de los catéteres, revela la presencia de un film orgánico en la totalidad de los catéteres incrustados, promotores de pequeños cristales de oxalato de calcio monohidrato (COM). En los pacientes con valores de pH superior a 6 se detectan depósitos de calcio fosfato. La presencia de bacterias ureasa positivas, genera cristales de carboxiapatita y de fosfato amónico magnésico

Conclusiones:

El tratamiento reduce significativamente los niveles de incrustaciones en los catéteres Doble J. El análisis de los catéteres permite concluir que el primer paso en el proceso de incrustación es la generación de un film orgánico, sobre el cuál, y en función de la bioquímica urinaria se desarrollan distintos tipos de cristales.

C10- ROL DE LA RESONANCIA MAGNETICA EN VIGILANCIA ACTIVA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

Iglesias Alvarado, Julio Roberth; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Chantada Abal, Venancio; López Fernández, Alicia; Rodríguez Gómez, Ignacio; Ponce Díaz-Reixa, José.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña,

Objetivo:

Determinar si la RMN de próstata basada en el sistema de clasificación PIRADS, es una prueba diagnóstica segura para detectar riesgo de progresión de enfermedad en hombres bajo vigilancia activa de cáncer de próstata.

Material y Método:

Estudio de seguimiento de 25 pacientes con cáncer de próstata en vigilancia activa (VA) según protocolo PRIAS, se les realizó una RMN de próstata y posteriormente una segunda biopsia de re-estadiaje. Se analizó la supervivencia libre de progresión en función de los resultados de la RMN y de la patología de la segunda biopsia o pieza quirúrgica mediante metodología de Kaplan-Meier.

Resultados:

Al inicio la media de edad fue 67 años (55-79), el PSA pre biopsia promedio fue 5.74 ng/dl y volumen prostático promedio de 47.67cc. Los resultados de la primera biopsia fueron GG1 (92%) y GG2 (8%).

En función de la RMN de próstata, se clasificó en bajo riesgo PIRADS ≤ 3 (44%), y alto riesgo PIRADS > 3 (56%), luego de la segunda biopsia, en todos los pacientes con PIRADS ≤ 3 no hubo variaciones en la patología. De los pacientes con PIRADS es >3 , 86% mantuvo GG1 y 14% progresaron de grado.

9 pacientes (36%) se sometieron a tratamiento activo, incluyó PR asistida por robot (22%) y PR laparoscópica (78%). La AP de la pieza quirúrgica fue en todos los casos pT2c, GG1 (11%), GG2 (56%) y GG3 (33%), sólo 1 caso tuvo borde infiltrado (R1).

El tiempo de seguimiento promedio fue de 31 meses (11 – 71). 10 (40%) en total progresaron, uno de ellos sigue en vigilancia activa porque es GG2. El análisis de supervivencia libre de progresión muestra que la media de tiempo de vigilancia en los de bajo riesgo (PIRADS ≤ 3) es de 60.44 meses y en el alto riesgo (PIRADS > 3) es de 35.91 meses, siendo el Log-Rank de 0.022 ($p < 0.05$).

Conclusiones:

La RMN dentro de un protocolo de vigilancia activa para cáncer de próstata es una herramienta útil a la hora de decidir la inclusión de pacientes, así como para evaluar su evolución.

C11- CARCINOMA UROTELIAL EN EL CHUVI: 2009 – 2018

Castro-Iglesias, AM¹; Gándara Cortés, M²; López-Díez, E¹; Ortiz-Rey, JA²; San Miguel-Fraile, MP²; Gómez-de-María, C²

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), ¹Uroloxía, ²Anatomía Patológica

Justificación:

El carcinoma urotelial (CU) consume una buena parte de recursos de los servicios de urología. Los datos epidemiológicos son fundamentales para el análisis de lo realizado y la elaboración de estrategias futuras. Poseer datos propios nos permiten tomar decisiones más cercanas a la realidad y comparar con los datos de la literatura.

Objetivo:

- Estudio de la epidemiología del CU, incidencia, prevalencia y mortalidad en el Complejo Hospitalario de Vigo (CHUVI).
- Estudio de la histología del carcinoma urotelial de vejiga (CUV) no-musculoinvasivo en el CHUVI.

Material-Métodos:

Se estudia retrospectivamente los informes de la serie de biopsias archivadas en la base de datos del servicio de anatomía patológica del CHUVI identificados como carcinoma urotelial o de células transicionales de cualquier localización entre los años 2009 – 2018 (3629 biopsias); se identifican pacientes (1911 pacientes); se estudian los informes patológicos relacionados con la evolución clínica de dichos pacientes (4032 biopsias); se seleccionan los casos de pacientes incidentes entre 2009-2018 (1696 pacientes) y sus correspondientes informes patológicos iniciales y de seguimiento (3183 biopsias); finalmente se estudian las características clínicas de los pacientes seleccionados a través de la revisión de la historia clínica electrónica. Las variables a estudio fueron edad, sexo, localización anatómica, diagnóstico histológico, estadio clínico (TNM), grado histológico (OMS 1978 y OMS 2004), mortalidad: causa y tiempo.

Resultados:

Total de pacientes con CU incidental estudiados 1696: tracto urinario inferior (TUI) 1604, tracto urinario superior (TUS) 86 y 6 casos de metástasis.

SEXO	TUI		TUS	
Hombres	1321	82%	66	77%
Mujeres	283	18%	20	23%

EDAD	TUI Total	Hombres	Mujeres	TUS Total	Hombres	Mujeres
Mediana (RIC)	71 (16)	71 (17)	71 (17)	71 (13,5)	70 (13)	70 (17,7)

TOTAL	NUPBPM	CUV	Tx %	T+	CVNMI % (n)	CVMI % (n)
1604	0,6%	1594	0,9%	1579	80,7% (1275)	19,3 % (304)

NUPBPM: neoplasia urotelial papilar de bajo potencial de malignidad; CUV: carcinoma urotelial de vejiga; Tx: estadio T no determinado; T+: estadio diagnosticado; CVMI: músculo-invasivo; CVNMI: nomusculoinvasivo

CVNMI - T	Ta % (n)	T1 % (n)	Tis % (n)
2009-2018	55,1% (703)	43,0% (548)	1,9% (24)

COMUNICACIONES ORALES

CVNMI - G	G2004 +	BG%	HG%	G1978 +	G1 %	G2 %	G3 %
2009-2013	575	50,8%	49,2%	449	28,5%	41,2%	30,3%
2014-2018	668	40,1%	59,9%	647	15,5%	43,1%	41,4%
2009- 2018	1243	45,1%	54,9%	1096	20,8%	42,3%	36,9%

G: grado; BG: bajo grado; HG: alto grado

TG	T+G +	TaG1	TaG2	TaG3	T1G1	T1G2	T1G3	Tis
2009-13	449	24,9%	20,3%	3,1%	3,6%	20,9%	24,7%	2,4%
2014-18	647	15,3%	35,5%	12,1%	0,2%	7,6%	27,4%	2,0%
2009- 18	1096	19,3%	29,3%	8,4%	1,6%	13,0%	26,3%	2,2%

TG	T+G +	TaBG	TaHG	T1BG	T1HG	Tis
2009-13	575	38,8%	8,9%	12,0%	38,4%	1,9%
2014-18	668	37,1%	25,4%	3,0%	32,5%	1,9%
2009- 18	1243	37,9%	17,8%	7,2%	35,2%	1,9%

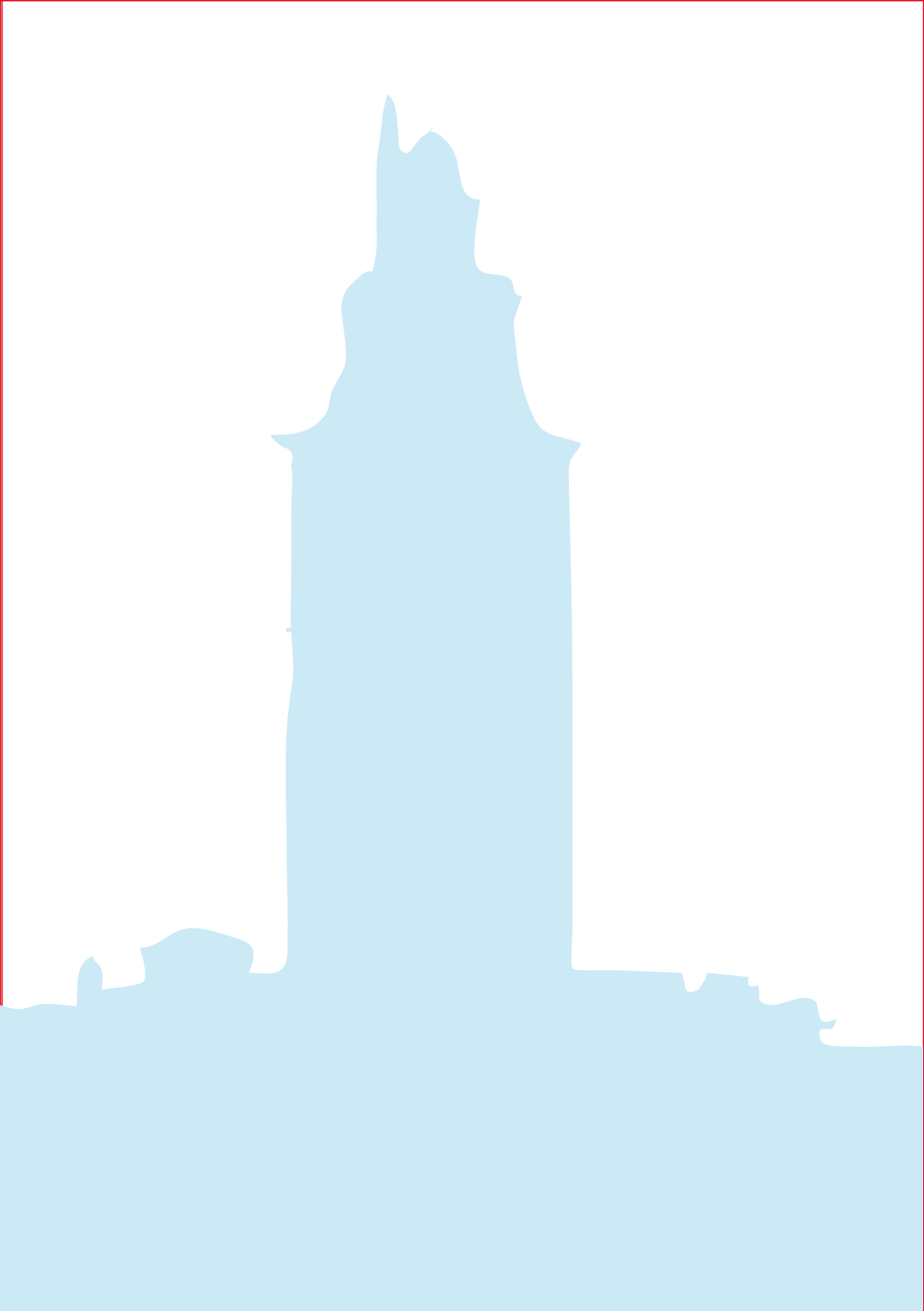
TUI	INCIDENCIA		PREVALENCIA
1604	RELATIVA (x10 ⁵ hab)	ESTANDAR (UE)	RELATIVA (x10 ⁵ hab)
2009	33,2	34	
2010	31,9	32	
2011	37,4	38	
2012	36,5	36	
2013	37,9	37	
2014	32,3	32	169,0
2015	36,7	37	179,6
2016	39,9	39	196,7
2017	41,3	41	207,1
2018	43,2	43	216,5

MORTALIDAD	3 AÑOS		5 AÑOS	
VIVO	784	73,5%	471	61,5%
MUERTO CUV	161	15,1%	145	18,9%
MUERTO OTRA CAUSA	117	11,0%	147	19,2%
PERDIDO	4	0,4%	3	0,4%
TOTAL	1066	100,0%	766	100,0%

Conclusión:

Toda actividad profesional y científica necesita para mejorar sus resultados la recopilación y análisis de los datos generados en su actividad. La repercusión del CU sobre la actividad y economía de un servicio de urología lo hace imprescindible.







VÍDEOS

V1- CIRUGÍA RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO: DESCRIPCIÓN PASO A PASO

Dario Vazquez-Martul, Damián Villegas, Alicia López, J. Roberto Iglesias, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña,

Introducción

La reducción del calibre o número de accesos es la máxima de la cirugía mínimamente invasiva, sumado a minimizar la iatrogenia dentro de cualquier procedimiento; dentro de este último criterio, la retroperitoneoscopia permite un acceso directo al compartimento retroperitoneal evitando la cavidad abdominal y la manipulación intestinal.

Recientemente la implementación del puerto único en diversas especialidades y últimas plataformas de cirugía robótica ahondan en este concepto, dentro del cual presentamos los pasos, material y técnica para aplicarlo en cirugía renal y suprarrenal de forma extraperitoneal.

Material

Presentamos 2 casos demostrativos dentro de nuestra casuística reciente en el que describimos cómo realizar el acceso, el material necesario y pasos quirúrgicos para la realización de una tumorectomía renal izquierda tras hallazgo incidental de un nódulo de 20 mm y la exéresis de un adenoma suprarrenal izquierdo de 45 mm. En el segundo caso la paciente presentaba cirugía abdominal previa por patología ginecológica.

Resultados

Las cirugías realizadas no excedieron los 90 minutos en ningún caso, el sangrado intraoperatorio fue <150 cc y las cirugías se desarrollaron con normalidad a través de una única incisión de 4 cm. En uno de los casos se presentó un sangrado postoperatorio no relacionado con la elección del acceso, con resolución del mismo sin otras incidencias.

Conclusiones

En casos bien seleccionados el abordaje retroperitoneal por puerto único supone una menor agresión de pared con unos tiempos inicialmente asumibles si bien es una cirugía técnicamente más demandante que implica ciertas limitaciones.

V2- RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES VASCULARES POR LAPAROSCOPIA.

López Fernández, A; Vázquez-Martul Pazos, D; García Expósito, M; García Sobrino, R; Iglesias Alvarado, JR; Rodríguez González, A; Rodríguez Rey, S; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña,

Introducción:

Una de las complicaciones potenciales en toda cirugía laparoscópica urológica es el sangrado por lesión de estructuras anatómicas vasculares. En el caso de la suprarrenalectomía existe tanto riesgo de lesión de vasos renales o suprarrenales, como lesión de grandes vasos (arteria aorta o vena cava). Estos riesgos se ven incrementados en la exéresis de masas voluminosas.

En los inicios de la técnica, el control de estas complicaciones conllevaba la reconversión a cirugía abierta, sin embargo, actualmente con la mayor experiencia son muchos los casos que pueden resolverse endoscópicamente.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un varón de 37 años remitido a nuestras consultas desde Endocrinología tras diagnóstico en TC y confirmación mediante metanefrinas en orina de gran feocromocitoma suprarrenal derecho de 60*90 mm. Se decide realización de suprarrenalectomía derecha laparoscópica.

Resultados:

Se realiza suprarrenalectomía derecha laparoscópica transperitoneal. Durante la disección de masa suprarrenal íntimamente adherida a vena cava a nivel de crura derecha, se produce incidentalmente rasgado de vena cava a dicho nivel, que se controla y repara endoscópicamente. El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos.

La estancia postoperatoria fue de 48 horas sin complicaciones ni necesidad de transfusión de hemoderivados.

La anatomía patológica de la pieza mostró como resultado un feocromocitoma de 10 cm de diámetro, de comportamiento potencialmente agresivo (PASS SCORE 4) con márgenes quirúrgicos libres.

Conclusiones:

La resolución de complicaciones vasculares por laparoscopia es posible y viable en manos de cirujanos con experiencia, evitando así una eventual reconversión y favoreciendo una mejor recuperación postoperatoria.

V3- SUPRARRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA UNIPUERTO

García Expósito, M.A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; García Sobrino, R.; Iglesias Alvarado, J.R.; López Fernández, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción:

El abordaje retroperitoneal de la glándula suprarrenal, aunque con una dificultad técnica considerable debido sobre todo a un espacio operativo reducido, es un acceso reproducible en tanto a un área anatómica muy circunscrita, con baja morbilidad debido a una ínfima iatrogenia quirúrgica con respecto al acceso transperitoneal; y, en consecuencia, un abordaje con buenos resultados. Minimizar los accesos podría suponer una ventaja añadida en este tipo de abordaje.

Material y Método:s

Presentamos el caso de un varón de 74 años cuyos antecedentes son HTA, FA anticoagulada con acenocumarol, ERC secundaria a agenesia renal izquierda en seguimiento por el servicio de Nefrología. Adenoma suprarrenal izquierdo no funcionante de 35 mm que en ecografía de control presenta un crecimiento significativo, posteriormente confirmado en estudio tomográfico (55*53 mm) y remitido por servicio de endocrinología para exéresis quirúrgica.

Resultados:

Tiempo quirúrgico: 90 minutos. Sangrado: < 250 cc. Diámetro máximo de la pieza: 70 mm. Incisión retroperitoneal única de apenas 50 mm. No se deja drenaje percutáneo. Alta hospitalaria a las 48 horas sin incidencias.

Conclusiones:

El acceso retroperitoneal con un solo puerto supone un beneficio añadido con menor agresión del pared abdominal, posiblemente menor dolor postoperatorio y mejor resultado cosmético.

V4- NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE ANGIOMIOLIPOMA DE GRAN TAMAÑO CON SOSPECHA DE ESTIRPE MALIGNA.

Cambón Bastón, Eva M.¹ ; Gamarra Quintanilla, M.; Pereira Arias, J. G.²; Sánchez Vázquez, A.²; Mora Christian, J.; ² Astorbieta Odriozola, A.²; Ibarlucea González, G.²; Urdaneta Salegui, F.².

¹Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. ²Clínica IMQ Zorrotzaurre, Bilbao.

Introducción:

Los angiomiolipomas son tumores benignos que en cierta ocasiones pueden presentar comportamientos más agresivos con el riesgo de metástasis a distancia y de recurrencia local que estos presentan. La presencia de variantes epitelioides aparecen en un 10% de los angiomiolipomas malignos. Ante la sospecha de estas variantes y en ausencia de datos que lo contraindiquen, se debería ofrecer a estos pacientes tratamiento con intención curativa.

Presentamos el caso de una mujer de 26 años que consulta por episodio de pielonefritis aguda izquierda. En pruebas de imagen, se observa lesión sugestiva de angiomiolipoma en polo renal inferior izquierdo de 2.5 cm. En el control realizado al año, se observa crecimiento de dicha masa renal, situándose entorno a los 8cm. Ante el rápido crecimiento y la posibilidad de malignidad, se decide intervención quirúrgica.

Material y Métodos:

Se coloca a la paciente en decúbito lateral derecho con hiperflexión lumbar bajo anestesia general. Se colocan 4 trócares y neumoperitoneo a 12mmHg. Se localiza el tumor en polo inferior y se disea el pedículo renal para la realización de la nefrectomía parcial. Se sutura defecto en dos capas: la interior con sutura barbada y la exterior con 5 puntos sueltos de Vycril® y refuerzo con hem-o-locks. Se colocan hemostáticos en lecho (TachoSeal® y Surgicel®). Se realiza extracción de pieza por orificio umbilical.

Resultados:

El tiempo de isquemia caliente fue de 14 minutos. El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos. La pérdida sanguínea aproximada fue de 200mL. No hubo complicaciones intra ni postoperatorias. Fue alta al cuarto día de hospitalización.

El resultado de la anatomía patológica fue de angiomiolipoma de 7.5cm con signos epitelioides, con bordes quirúrgicos libres.

En el control de imagen postoperatorio con ecografía al mes no se evidencian signos de recidiva.

Conclusiones:

Aunque se trata de un tumor con baja probabilidad de malignización, ante la sospecha clínica de que esto ocurra (rápido crecimiento en un corto espacio de tiempo), se debe ofrecer un tratamiento radical.

La nefrectomía parcial laparoscópica es una técnica factible y segura para el tratamiento de dichas masas renales, sobretodo en pacientes jóvenes en los que interesa preservar el mayor número de nefronas posibles.

V5- NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA POR RETROPERITONEOSCOPIA

Villegas Piguave, Damián; Villar Vázquez, Nuria; García-Terente Fernández, Virginia; Pellegrinelli Francesco; Salinas Duffo, David; Peña Gómez, Juan Antonio; Castañeda Argaiz, Roberto; Tarragón Gabarro, Sandra; Martos Calvo, Raul.

Uros Associats, Centro Medico Teknon, Barcelona

Introducción:

La guías europeas recomiendan realizar la nefrectomía parcial en tumores renales pT1. La nefrectomía parcial robótica ha demostrado el mismo resultado oncológico que la técnica laparoscópica. Algunas series reportan una reducción de la estancia hospitalaria, del número de transfusiones, de reconversión a cirugía abierta y de tiempo de isquemia caliente a favor de la técnica robótica. En centros con experiencia, la nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia puede presentar los mismos resultados oncológicos con reducción del íleo, del sangrado, de la estancia hospitalaria y menor tiempo operatorio debido a su acceso directo al pedículo vascular.

Caso Clínico:

Presentamos el caso de un paciente de 56 años con antecedentes médicos de diabetes mellitus y hipertensión arterial, diagnosticado de forma incidental de tumor renal derecho de 30 mm localizado en la valva posterior. Se realizó una nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia.

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se realizó una incisión de 15 mm x 2 cm por encima de la cresta iliaca derecha a través de la cual se creó una cavidad retroperitoneal mediante un balón de Gaur. El puerto para el brazo robótico derecho se colocó 3 cm por debajo del ángulo entre la 12ª y el músculo paravertebral; el puerto para el brazo robótico izquierdo se colocó en la línea subcostal lo más anterior posible sin entrar en el peritoneo. El trocar del ayudante fue colocado a 7 cm por debajo del trocar del brazo izquierdo. Previa colocación de tourniquet sin clampar, se identificó el tumor renal. Se realizó tumorectomía con clampaje a demanda. Se realizó una sutura intraperitoneal con V lock 3/0.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue 180 minutos, el tiempo de isquemia caliente de 26 minutos. No hubo complicaciones post-operatorias. El paciente fue dado de alta el tercer día post-operatorio. La anatomía patológica mostró un carcinoma de células renales pT1 con márgenes libres.

Conclusión:

En centros con experiencia, la nefrectomía parcial robótica por retroperitoneoscopia permite obtener los mismos resultados oncológicos que la vía transperitoneal, evitando la entrada en el peritoneo y permitiendo un acceso directo al hilo renal.

V6- PIELOPLASTIA TRANSMESOCOLICA LAPAROSCOPICA

Pineda Munguía, Alvaro; Novas, Serafín; Blanco Carballo, Ovidio; Fernández Yáñez, Antonio; García Freire, Camilo; Chaves Santamaria, Miriam; Diz Gil, Rita; Martínez Corral, María Elena.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario universitario de Santiago, de Compostela.

Introducción:

El diagnóstico de obstrucción de la unión ureteropielica describe un deterioro funcionalmente significativo del transporte urinario desde la pelvis renal hasta el uréter.

El enfoque laparoscópico de la pieloplastia se ha desarrollado en todo el mundo como una alternativa viable mínimamente invasiva a la pieloplastia abierta y la endopielotomía.

Objetivos:

Presentamos el caso de paciente femenina de 69ª sin antecedentes de interés que se remite a nuestra consulta por hallazgo incidental de dilatación pielocalicial izq. en eco. Se completan estudios con TAC que reporta dilatación pielocalicial izq. Con ausencia de opacificación de uréter ipsilateral en fase tardía; hallazgos sugestivos de estenosis de la unión pieloureteral izq. Renograma: Riñón derecho: 57.23%
Riñón izq. 42.77% con patrón obstructivo.

Material y Métodos:

Bajo anestesia general en decúbito lateral derecho, se colocan 4 trocaras 1 de 12mm para la óptica y 3 mas de 5mm. Se instaura neumoperitoneo a 12mm de Hg y al explorar cavidad abdominal se observa la pelvis renal a través del mesocolon izquierdo. Decidimos disecar a través del mesocolon hasta llegar a la pelvis renal. Se expone la pelvis renal y se libera hasta llegar a la unión pieloureteral. Se realiza pieloplastia según técnica de Anderson Hynes. Se deja drenaje Blake del 15 y se retiran trocacos bajo visión directa. Se cierra incisión de trocar por planos.

Resultados:

Tiempo quirúrgico:100min. Estancia Hospitalaria 4 días (paciente presenta febrícula en el primer día post cirugía por lo que prolonga estancia). Retirada de catéter doble J a las 3 semanas. En la revisión a los 3 meses paciente se encuentra asintomática y con disminución del a dilatación. Renograma a los 6 meses post cirugía que reporta: Mejoría con respecto al estudio previo por resolución del patrón obstructivo.

Conclusión:

La paciente presenta resolución de la obstrucción de salida de la pelvis renal sin presentar complicaciones. El abordaje transmesocolico es viable, en nuestro caso sin complicaciones y menor disección intraabdominal al no realizar el decolaje del colon.

V7- DIVERTICULECTOMÍA VESICAL LAPAROSCÓPICA ENDOVESICAL

Rodríguez González, Arlene; Fernández Rosado, Enrique; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Rodríguez Rey, Susana; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Obejtivos:

Presentación de técnica quirúrgica laparoscópica con abordaje endovesical.

Material y Métodos:

Se presenta el caso clínico de un varón de 61 años con un gran divertículo vesical en cara lateral derecha de la vejiga que condiciona clínica miccional e ITUs de repetición, realizándose una diverticulectomía vesical laparoscópica con abordaje endovesical con tres puertos. Presentación en formato vídeo de intervención quirúrgica, pruebas complementarias y resultados postoperatorios.

Resultados:

El abordaje laparoscópico endovesical en el tratamiento de este paciente ha resultado ser una técnica válida y segura, sin complicaciones ni intra ni postoperatorias y con un buen resultado funcional y recuperación precoz.

Conclusiones:

La diverticulectomía vesical laparoscópica endovesical es una alternativa poco utilizada para el abordaje quirúrgico de la patología diverticular vesical que debe ser considerada como una opción válida en el abordaje de divertículos vesicales que requieren tratamiento quirúrgico.

V8- REEMPLANTE URETERAL LAPAROSCÓPICO SOBRE BRICKER TRAS FRACASO DE LA TÉCNICA DE LOVACO: VENTAJAS DE LA POSICIÓN EN DECÚBITO SUPINO CON ABORDAJE ABDOMINAL ALTO

López García, Daniel; Álvarez Castelo, Luis Manuel; Osorio Cabello, María Lucía*; Villar Vázquez, Nuria; Villegas Piguave, Anselmo Damián*; Cimadevila García, Antón**

*Urología Hospitalaria, Hospital HM Modelo (A Coruña), *Urología Hospitalaria, Hospitales HM La Rosaleda y HM Nuestra Señora de la Esperanza (Santiago de Compostela) y **Servicio de Urología Hospital HM Nuestra Señora de La Esperanza (Santiago de Compostela)*

Objetivos:

Comunicar la alternativa de la posición supina con Trendelenburg y la ubicación casi subcostal de los trócares en cirugías laparoscópicas reconstructivas sobre una derivación urinaria tipo Bricker.

Material y Métodos:

Varón de 58 años, exfumador, sin antecedentes personales de interés, diagnosticado durante estudio de hematuria de gran masa vesical no resuelta con RTU en 2 tiempos (pT1G3).

Se indica cistectomía radical laparoscópica y derivación tipo Bricker sin incidencias; estancia postoperatoria de 7 días; pT2N0.

Seguimientos correctos hasta el 6º mes, cuando en UroTAC y renograma isotópico existe uropatía obstructiva izquierda de novo.

Tras tratamiento según técnica de Lovaco, persiste la obstrucción al retirar el catéter ureteral.

Se coloca NPC y se realiza reimplante ureteral con abordaje transperitoneal en decúbito supino con Trendelenburg y 4 trócares en abanico a unos 4 cm de las últimas costillas:

Se identifica el uréter izquierdo en el Bricker: estenosis larga que impide la resolución en este campo. Decoloración e identificación del inicio de la estenosis en posición retrosigma. Sección proximal y reimplante sobre Bricker con puntos sueltos sobre sonda en J.

Resultados:

Tiempo quirúrgico: 90 minutos. Estancia postoperatoria: 48 horas. Control con UroTAC tras la retirada del catéter ureteral: resolución de la uropatía obstructiva izquierda

Conclusiones:

El fracaso de medidas menos invasivas hace necesaria la cirugía reconstructiva en casos como el presentado. El abordaje en decúbito supino frente a lateral y la colocación casi subcostal de los trócares aportan un control amplio de la cavidad abdominal que permite el acceso a ambos uréteres hasta sus segmentos más proximales, lo cual facilita el manejo de estenosis más proximales, más largas y bilaterales.

V9- CONSIDERACIONES PRÁCTICAS EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE AVANZADO

García-Terente, V.; Vázquez-Martul, D.; Cambón Bastón, E.; Villegas Piguave, D.; Villar Vázquez, N.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de 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 en este contexto. La cirugía puede ser un tratamiento efectivo en este grupo de pacientes, siendo opción curativa en algunos casos y representando el primer paso del tratamiento multimodal para otros.

En este video mostramos consideraciones prácticas para la realización de la exéresis con seguridad en casos con gran carga tumoral.

Material y Métodos

Presentamos un video demostrativo con secuencias de casos de prostatectomía radical laparoscópica en cáncer de próstata localmente avanzado (cT3-4; PSAs 30-39 ng/mL; afectación masiva del 80-100% de cilindros) con las consideraciones técnicas y prácticas a la hora de realizar estas cirugías.

Estas incluyen el abordaje del plano posterior y liberación de vesículas, separación del plano vesíco-prostático y liberación de la glándula con márgenes de seguridad tanto laterales como posteriores. También incluimos abordaje para la realización de la linfadenectomía íleo-obturatriz.

Resultados:

En nuestra experiencia este tipo de cirugías se ven más comprometidas por la infiltración local, fundamentalmente a nivel del plano vesíco-prostático y posterior/rectal lo que supone mayor dificultad técnica y por ende, más tiempo quirúrgico.

Los pacientes intervenidos recientemente en nuestro centro han presentado una estancia media inferior a las 48 horas, sin aumento de complicaciones perioperatorias y con buenos resultados de continencia precoz.

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 bloqueo hormonal.

Sin embargo, en casos de adenocarcinoma de próstata localmente avanzado podría ser una indicación en pacientes seleccionados y formando parte de un tratamiento multimodal con el fin de un mayor control de la enfermedad local.

V10- PROSTATECTOMÍA RADICAL SIN ANASTOMOSIS

Darío Vázquez-Martul; Alfonso Barbagelata López; Alicia López Fernández;
Jose Ponce Díaz-Reixa; Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivo:

La prostatectomía radical desde su descripción hace más de un siglo ha conllevado la sección uretral y posterior anastomosis.

Describimos por primera vez la realización de prostatectomía radical con preservación uretral íntegra (PR-US) que evita la necesidad de realizar una anastomosis vésico-uretral (AVU)

Material y Métodos:

Un paciente de 62 años previamente en vigilancia activa por carcinoma de próstata de muy bajo riesgo con resonancia nuclear magnética sin datos de neoplasia clínicamente significativa y candidato a PR laparoscópica fue seleccionado para completar la cirugía.

El abordaje realizado fue un acceso extraperitoneal convencional a través de 4 incisiones.

Resultados:

La cirugía se realizó sin incidencias en un tiempo total de 110 minutos, obviando la realización de AVU y con una pérdida sanguínea mínima. La retirada de sonda vesical se realizó en el 3º día postoperatorio observando continencia urinaria completa inmediata, confirmada en cistouretrografía permiccional. El resultado anatomo-patológico fue de adenocarcinoma grado 2 confinado a próstata con márgenes quirúrgicos libres de afectación (capsulares y uretrales) y un PSA postoperatorio de 0.05 ng/mL.

Conclusiones:

Documentamos por primera vez una técnica en PR-US que omite la realización de una AVU evitando así posibles efectos secundarios y con unos resultados iniciales favorables sin impacto en los resultados oncológicos.

V11- CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL CON LINFADENECTOMÍA ILIOOBTURATRIZ EN BLOQUE Y NEOVEJIGA ILEAL ORTOTÓPICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

Rodríguez Rey, Susana; Vázquez-Martul Pazos, Darío; García Expósito, Marco A.; García Sobrino, Rubén; Iglesias Alvarado, Julio R.; López Fernández, Alicia; Rodríguez González, Arlene; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción:

La cistectomía radical es el tratamiento de elección en el carcinoma urotelial de vejiga con alto riesgo de progresión, siendo la linfadenectomía ilio-obturatriz un elemento mandatorio.

En muchos de estos casos, teniendo en cuenta tanto el status del paciente y sus comorbilidades como los hallazgos oncológicos, es posible realizar una reconstrucción neovesical ortotópica con el fin de mantener la micción uretral habitual y evitar la necesidad de un estoma cutáneo.

La realización de esta técnica por completo mediante un abordaje puramente laparoscópico es de elevada complejidad quirúrgica, si bien permite mantener los estándares de la cirugía mínimamente invasiva.

Material y métodos:

Se presenta un ejemplo demostrativo basado en el caso clínico de un paciente varón de 69 años de edad con diagnóstico de carcinoma urotelial infiltrante (pT2) en resección transuretral de vejiga previa, sin datos de afectación locorregional o a distancia en pruebas de imagen.

Se decide realización de cistectomía radical con preservación de bandeletas neurovasculares, linfadenectomía ilio-obturatriz en bloque y neovejiga ileal ortotópica.

Resultados:

Se realizó intervención quirúrgica sin complicaciones, con sangrado intraoperatorio inferior a 250 cc y tiempo quirúrgico de aproximadamente 270 min (90 minutos correspondientes a la parte exerética). El reestablecimiento del tránsito intestinal se realizó mediante anastomosis látero-lateral con endograpadora. Se optó por una reconstrucción con neovejiga bordalesa, con reimplante ureteral independiente mediante técnica de LeDuc y exteriorización de catéteres ureterales.

El postoperatorio cursó sin incidencias, resultando el paciente en alta hospitalaria al 6º día tras la intervención.

Conclusiones:

La cistectomía radical con linfadenectomía en bloque es una opción viable y oncológicamente segura, en aras de ampliar inicialmente la disección del tejido linfático y lograr reducir los tiempos quirúrgicos.

V12- TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL ADENOCARCINOMA DE URACO: EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA COMO PRIMERA FASE TERAPÉUTICA.

Osorio Cabello, María Lucia; Villar Vázquez, Nuria; Villegas Piguave, Damian; Alvarez Castelo, Luis; Curiel García María Teresa, Lopez Garcia, Daniel.

Servicio Urología HM Galicia, Hospital HM Modelo, HM La Rosaleda, HM La Esperanza. La Coruña y Santiago de Compostela

Introducción:

La patología maligna del uraco es extremadamente infrecuente, representando menos del 2% de los tumores vesicales. El 90% corresponden a la estirpe de Adenocarcinomas de los cuales la mitad presentan una diferenciación entérica, más comparable histopatológicamente al cáncer de colon que al vesical. Debido a su baja incidencia y sus peculiaridades histológicas, no existe consenso en el manejo terapéutico de este tipo de tumores.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una mujer de 54 años con dolor en hipogastrio remitida desde ginecología por hallazgo en RMN pélvica de lesión de 4 cm en cara anterior vesical con extensión a grasa perivesical y que infiltra el musculo recto abdomen. En el TAC que describen tumoración adyacente a la pared anterosuperior vesical con extensión hacia la musculatura abdominal a descartar tumor de uraco, sin afectación metastásica. Se realiza RTU-Vesical de lesión de 3 cm en cara anterior vesical solida con resultado anatomopatológico de Adenocarcinoma Entérico moderadamente diferenciado que infiltra la capa muscular propia vesical. Se presenta el caso en Comité de Tumores Uro-Oncologicos y se decide tratamiento con intención curativa mediante cirugía y adyuvancia con quimioterapia y radioterapia.

Resultados:

Se realiza Onfalectomía con Cistectomía Parcial y linfadenectomía iliobturatriz laparoscópica sin complicaciones con alta al 3º día postoperatorio. Se retira sonda vesical a la 3º semana. El análisis anatomopatológico de la muestra Adenocarcinoma de Uraco con diferenciación intestinal de 2,5 cm, en contacto en zonas focales con los márgenes de resección laterales y 26 ganglios sin infiltración de infiltración tumoral, Estadio IIIb de Sheldon. En la actualidad se encuentra en tratamiento quimioterápico adyuvante con esquema de FOLFOX6 modificado cada 14 días por 12 ciclos. Una vez finalizado la quimioterapia, se administrará tratamiento con Radioterapia local adyuvante.

Conclusión:

El estándar de tratamiento de los tumores de uraco es la exéresis quirúrgica mediante cistectomía parcial con resección del ligamento de uraco, ombligo y linfadenectomía. El abordaje laparoscópico nos aporta minimizar la morbilidad quirúrgica, mejor control analgésico y menos días de ingreso manteniendo los principios oncológicos. En nuestro caso dada la agresividad local se decidió consolidar el tratamiento con quimioterapia y radioterapia adyuvante.

V13- PECTOPEXIA LESS

J. Roberto Iglesias Alvarado, Darío Vázquez-Martul, Marcos Aller Rodríguez, Manuel Bohorquez Cruz, Jose M^º Sanchez Merino, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción:

Los prolapsos de órganos pélvicos es una patología frecuente en la población femenina causantes de morbilidad y con impacto en la calidad de vida.

La colposacropexia laparoscópica ha sido considerado como el nuevo gold-estandar para el tratamiento de esta patología, si bien nuevas variantes técnicas como la pectopexia laparoscópica descrita por el Dr. Noé parecen aportar beneficios, sobre todo a nivel de síntomas intestinales.

Material y Métodos:

Paciente de 61 años que consulta por sensación de bultoma vaginal e incontinencia de esfuerzo. Antecedentes de dislipemia, un parto vía vaginal. IMC de 26.2 kg/m²

A la exploración física se objetiva cistocele grado III y rectocele grado I.

En el estudio urodinámico se observa urgencia sensitiva e incontinencia oculta con una presión de fuga de 76 cmH₂O. Se incluye para pectopexia laparoscópica y colocación de cabestrillo suburetral transobturador (TOT).

Resultados:

Se realizó histerectomía subtotal con pectopexia laparoscópicas a través de una única incisión periumbilical. El tiempo quirúrgico total incluyendo la colocación del TOT fue de 180 minutos con escaso sangrado, no se dejó drenaje.

La paciente fue dada de alta en 48 horas sin incidencias.

En la revisión a las 5 semanas de la intervención se objetiva desaparición de sensación de bultoma vaginal, corrección del cistocele (grado II en Valsalva) y ausencia de pérdidas urinarias.

Conclusiones:

La pectopexia es una alternativa a la colposacropexia laparoscópica. El abordaje LESS arroja unos resultados cosméticos superiores sin un incremento importante de los tiempos aunque sí implica un incremento de la dificultad de la técnica.

V14- RETIRADA DE MALLA DE IUE INTRAVESICAL CON LÁSER HOLMIUM.

Martínez Corral, M^a Elena; Pineda Munguía, Álvaro; Chaves Santamaría, Miriam; Diz Gil, Rita; Fernández Yáñez, Antonio; Tato Rodríguez, Javier; Lema Grillé, José; García Freire, Camilo.

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

Introducción:

La corrección quirúrgica de la IUE mediante cabestrillo suburetral por vía transobturatriz está considerado el gold estándar por su facilidad de uso, seguridad y alta tasa de éxito. A pesar de que la tasa de complicaciones es baja, éstas existen y siempre deben ser tenidas en cuenta.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de dos pacientes a las que se practicó retirada endoscópica de malla con láser Holmium.

El primer caso es una mujer de 76 años con antecedente de histerectomía vaginal + colocación de Sling Ophira en Oct'17 remitida desde Ginecología por polaquiuria e incontinencia desde la cirugía. Se realiza ecografía abdominal en la que se visualiza imagen de 2 cm intravesical que se confirma con imagen cistoscópica (intrusión de malla en cavidad vesical desde hemitriángulo izquierdo hasta cara lateral izquierda).

El segundo caso es una mujer de 60 años, con antecedentes de Enfermedad de Addison y colocación de cabestrillo suburetral en 2002, remitida desde su MAP por ITUs de repetición. Se realiza cistoscopia en la que se identifica extrusión de malla en uretra proximal con formación secundaria de litiasis.

En ambos casos se realiza retirada endoscópica transuretral de malla con láser Holmium con una fibra de 365 mcr suministrando una energía de 1,2 Julio y una frecuencia de pulso de 12 Hz y litofragmentación completa de la litiasis en el segundo.

Resultados:

El tiempo medio quirúrgico fue de 50 minutos. La estancia postoperatoria fue de 1 día en el primer caso y de 12 días en el segundo (ingreso en UCI por inestabilidad hemodinámica secundaria a shock séptico urinario precisando antibioterapia intravenosa y corticoides a dosis altas). El tiempo de sonda vesical fue de 10 días.

La cistoscopia de control a los 4 meses en la segunda paciente objetiva litiasis incrustada a nivel de cuello vesical sin visualizarse la malla. El control cistoscópico en la primera paciente se encuentra pendiente de realizar.

Conclusiones:

La colocación de cinta suburetral transobturatriz es una técnica segura aunque se ha de prestar especial atención a la extrusión o erosión de la malla, sobre todo en pacientes con incontinencia de novo e ITUs de repetición. La incidencia de perforación vesicouretral tras TOT es baja pero hay que tenerla presente. La retirada de malla con láser Holmium representa una primera línea de tratamiento mínimamente invasivo para el manejo de esta complicación.

V15- RESECCION ENDOSCOPICA CON LASER HOLMIUM DE MALLA PARA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA CON EROSION URETRAL

Müller Arteaga, C., Novoa Martín, R., Portela Pereira, P., Sabell Pérez-Salgado, F., López Bellido, D.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Introducción:

Se presenta un video de la eficacia y seguridad del laser Holmium en el tratamiento de los cuerpos extraños intravesicales/uretrales

Material y Métodos:

Caso clínico: Paciente de 76 años con antecedentes de Colocación de cabestrillo suburetral y posterior plicatura de Kelly con Prolene por persistencia de Incontinencia urinaria de esfuerzo en el 2011 quien es referida a nuestro Servicio por dolor uretral persistente e ITUR.

En seguimiento por Unidad del dolor con diagnóstico de vulvodinia y Síndrome uretral, ha recibido tratamiento con Amitriptilina, Gabapentina y bloqueo del nervio pudendo bilateral por radiofrecuencia con mejoría inicial pero posterior reinicio de síntomas.

Anamnesis: Disuria. Dolor que empeora con la micción y al sentarse, vaciado incompleto, prensa ocasional para el vaciado.

Se presentan hallazgos de cistoscopia.

Se realiza Resección de malla expuesta en uretra calcificada con laser Holmium + Litotricia laser de calcificación intravesical.

Presenta ITU en postoperatorio mediato con adecuada respuesta a tratamiento antibiótico. Se mantiene sonda vesical durante 2 semanas

Evolución: Mejoría completa del dolor, no recidiva de incontinencia de esfuerzo, presenta incontinencia de urgencia actualmente tratada con Mirabegron. Uretrocistoscopia de control: sin evidencia de patología

Flujometría 9/110/25

Conclusión:

El uso del láser Holmium para el tratamiento de las mallas extruidas/expuestas en uretra/vejiga representa una opción eficaz.

V16- NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MINIATURIZADA EN RIÑÓN TRASPLANTADO

Sánchez Ramos, Jorge; Sánchez García, Juan Francisco; Díaz Álvarez, Jose María; Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Almuster Domínguez, Sheila; López Díez, María Elena; Carballo Quintá, Manuel; Barros Rodríguez, Jose Manuel; Ojea Calvo, Antonio.

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

Introducción:

La incidencia de la litiasis en injerto renal es baja, oscilando entre el 0,7-1,2%. El tratamiento debe buscar la resolución completa con la menor morbilidad posible. Presentamos el caso de un varón tratado mediante cirugía minipercutánea.

Material y Métodos:

Varón de 35 años trasplantado de donante cadáver en 2005 por nefropatía médica de causa no filiada. Realizada NPL estándar en 2016 por litiasis renal. Las pruebas de imagen de control evidencian la presencia de 3 litiasis. La mayor ubicada en pelvis renal de 12 x 8 mm asociada a uropatía obstructiva, y otras 2 menores en grupo calicial superior de 3 x 2 mm. No existe repercusión en la función renal del paciente. Se propone para tratamiento endourológico.

Resultados:

Paciente en posición de litotomía modificada. Cistoscopia flexible observando meato de riñón trasplantado en cúpula vesical. Intento infructuoso de cateterización retrógrada. Punción ecoguiada pura sobre litiasis de grupo calicial superior y pielografía anterógrada. Dilatación progresiva con set de Amplatz hasta 16Ch y paso de vaina minipercutánea. Paso de mininefroscoPIO, lasertricia con fibra de 365 micras y extracción de fragmentos con cesto de nitinol de 1.9 Fr. Revisión endoscópica con ureteroscopia flexible digital de resto de cavidades, uréter y vejiga. Drenaje mediante catéter doble J de 4.5 Ch y nefrostomía de 12Fr. Tiempo quirúrgico de 100 minutos y estancia hospitalaria de 72 horas. Retirada de nefrostomía a las 48 horas y catéter doble J a las 3 semanas.

Conclusiones:

Dada la localización y la dificultad en muchas ocasiones de un abordaje retrógrado, la cirugía percutánea miniaturizada es una excelente alternativa que minimiza las complicaciones y repercusión renal de una cirugía percutánea convencional en pacientes en donde una buena reserva funcional es clave para la supervivencia futura.

V17- MININEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN RIÑÓN EN HERRADURA

Bellas Pereira A; Díaz Álvarez JM; Sánchez Ramos J; Pérez Schoch M; Montero Fabuena R; Sánchez García JF; Ojea Calvo A.

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

Introducción:

El riñón en herradura es una malformación con una incidencia de entre 1/400 y 1/800 casos, se trata una variante anatómica común, incrementando el riesgo de litiasis, hidronefrosis e infección.

Presentamos el caso de un paciente con riñón en herradura tratado mediante mininefrolitotomía percutánea (miniNLP)

Material y Métodos:

Varón 53 años que en el contexto de una microhematuria es diagnosticado de riñón en herradura con una litiasis piélica izquierda de 2.5 cm, parcialmente obstructiva, con una densidad 1.200 UH, junto a cambios secundarios inflamatorios en la vía excretora.

El paciente es incluido para realización de miniNLP.

Se realiza cateterismo ureteral izquierdo y pielografía retógrada. Punción eco-Rx guiada de grupo calicial medio. Dilatación con set de Ampltz hasta 17Fr y paso de vaina de mini nefroscopio.

Se realiza lasertricia con fibra de 600 micras y evacuación de fragmentos.

Revisión de cavidades con ureteroscopio flexible.

La cirugía se finaliza tubeless.

Tiempo quirúrgico: 120 minutos, tiempo de escopia: 6:58 min, dosis: 14,7 mGy

Resultados:

No existieron complicaciones en el postoperatorio inmediato, dándose el alta a las 48 horas tras la intervención. El análisis de la litiasis fue descrita como oxalato cálcico monohidrato. Pendiente de realización TAC de control para la evaluación de restos litiasícos.

Conclusiones:

La mininefrolitotomía percutánea es un procedimiento efectivo y seguro para el tratamiento de litiasis en paciente con riñón en herradura.

Palabras clave: mininefrolitotomía, herradura, litiasis

V18- MINI-ECIRS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN TIPO BRICKER.

Díaz Álvarez JM; Bellas Pereira A; Sánchez Ramos J; Pérez Schoch M; Montero Fabuena R; Sánchez García JF; Ojea Calvo A.

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

Introducción:

La incidencia de litiasis en paciente que se han sometido a una cistectomía radical (CR) y derivación intestinal varía entre un 3% a un 43%.

Los pacientes con derivaciones urinarias tienen un riesgo aumentado de formación de litiasis en la vía urinaria; esto es debido a factores que promueven la formación de litiasis como es el caso de bacteriuria crónica, estasis urinaria, alteraciones metabólicas, cuerpos extraños, etc.

Material y Métodos:

Paciente de 82 años intervenido en 1989 de CR con derivación ileal tipo Bricker + radioterapia intraoperatoria por cáncer vesical. A seguimiento en consultas externas por bacteriuria crónica y litiasis en vía urinaria.

En TAC de control se visualizan 2 cálculos en polo inferior del riñón izquierdo de 5mm y 4mm y otro cálculo de 8mm en pelvis renal; además de múltiples litiasis en asa ileal, por lo que se trató con tratamiento endoscópico.

Paciente en posición de valdivia bajo anestesia general. Se introduce cistoscopio flexible desde asa de bricker hasta visualizar meato ureteral izquierdo. Introducción de guía Sensor 0.035 y paso de catéter ureteral hasta cavidades renales y pielografía. Punción ecoradioguiada grupo calicial inferior posterior. Dilatación y paso de mininefroscoPIO. Lasertricia de litiasis renales y evacuación. Migración de numerosas litiasis a ureter distal y asa de bricker. Paso de ureteroscopia flexible Pusen hasta ureter y asa intestinal. Lasertricia. Extracción de fragmentos con cesto de nitinol 1,9Fr de forma retrógrada con cistoscopio flexible desde asa intestinal. Revisión de cavidades. Cateter monoJ 6Fr. Exposición: 2,18mGy. Tiempo de escopia: 1:26.

Resultados:

El tiempo quirúrgico fue de 90 minutos. Fue dada de alta al día siguiente a la intervención sin complicaciones, portaba catéter mono J 6Fr que fue retirado en consultas externas en el plazo de 1 mes. La composición de la litiasis en el análisis fue de fosfocarbonato cálcico. Pendiente TAC de control postintervención.

Conclusiones:

La realización de técnicas mínimamente invasivas son técnicas reproducibles, factibles y eficaces que proporcionan muy buenos resultados con un tiempo inferior de ingreso hospitalario y una rápida recuperación.

V19- LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE PENE MEDIANTE INGUINOSCOPIA.

García Sobrino, Rubén; Barbagelata López, Alfonso; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Ponce Díaz -Reixa Jose Luis; Chantada Abal, Venancio.

Servicio Urología. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo:

Valoración de la técnica inguinoscópica en el tratamiento de adenopatías inguinales avanzadas.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de un paciente varón referido desde otro centro, al que se le realizó penectomía parcial con hallazgo de carcinoma escamoso de pene de 4,1 cm pt1a. Presentando adenopatías inguinales que se confirman en TAC abdomen.

En exploración física preoperatoria se aprecian adenopatías en región inguinal izquierda, la región inguinal derecha había sido previamente vaciada y con presencia de bypass femoropopliteo.

Se realiza linfadenectomía mediante inguinoscopia.

Resultados:

La anatomía patológica revela: 3 de 16 ganglios metastatizados por carcinoma epidermoide queratinizante compatible con enfermedad primaria de pene.

Es alta en el 3er día postoperatorio portando drenaje en su domicilio.

El drenaje se cae en 6º día postoperatorio de manera accidental.

Conclusiones:

La inguinoscopia reduce potenciales complicaciones derivadas de pérdida de integridad cutánea pero debe ser empleada con cautela cuando las lesiones se fijan a estructuras fasciales o cutáneas.

XXIX Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Colaboraciones

Nuestro más sincero agradecimiento a las

EMPRESAS PATROCINADORAS

ASTELLAS PHARMA

BOSTON SCIENTIFIC

GLAXOSMITHKLINE

GSA GALLEGA

IPSEN

JANSSEN-CILAG

LABORATORIOS ROVI

EMPRESAS COLABORADORAS

ARAFARMA GROUP

CASEN RECORDATI

CELTA INGENIEROS

COLOPLAST

DEVICARE

DGM VASCULAR

GEBRO PHARMA

KARL STORZ

LABORATORIOS LACER

LABORATORIOS RUBIÓ



**SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA**



Foto: I. V.



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