



**SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA**



XXX CONGRESO

de la Sociedad Gallega de Urología

Pontevedra

5 y 6 de noviembre de 2021

PROGRAMA



**SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE**

Estrutura de Xestión Integrada
de Pontevedra e O Salnés



**XUNTA
DE GALICIA**

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 Hospital Provincial de Pontevedra



**SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA**

XXX CONGRESO

de la Sociedad Gallega de Urología

Pontevedra

5 y 6 de noviembre de 2021



SERVIZO
GALEGO
de SAÚDE

Estrutura de Xestión Integrada
de Pontevedra e O Salnés

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

RESOLUCIÓN DE RECOÑECIMENTO DE INTERESE SANITARIO PARA ACTOS
CIENTÍFICOS.

Expediente núm.: SA301A 2021/9-5.

ANTECEDENTES

1. O 09/09/2021 Gala Fernández Prieto, co NIF 53191713G en representación da entidade "Gallega de Exposicións e Congresos SL" con NIF B36920593 e enderezo no Muelle de Bouzas, 2, 52B, en Vigo, solicitou o recoñecemento de interese sanitario para o acto "XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA" a celebrar os días 5 e 6 de novembro de 2021 en Pontevedra.
2. A xefa do Servizo de Xestión emitiu un informe-proposta favorable ao solicitado.

CONSIDERACIÓNS LEGAIS

1. A Xefatura Territorial da Consellería de Sanidade de Pontevedra é competente para coñecer e decidir sobre a cuestión proposta, de conformidade co disposto no artigo 7 da Orde do 27 de decembro de 2016, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico destinados a promover o estudo, difusión, formación e especialización das ciencias e técnicas relacionadas coa saúde (DOG Núm. 6, do 10 de xaneiro de 2017) e no artigo 18 do Decreto 136/2019, do 10 de outubro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade (DOG núm. 208 do 31 de outubro de 2019).
2. Examinada a documentación do expediente e tendo en conta o informe-proposta do Servizo de Xestión, o acto referido reúne os requisitos establecidos na Orde de 27 de decembro de 2016, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico.

Visto o exposto e demais normativa de xeral aplicación,

RESOLVO:

1. Outorgar o recoñecemento de interese sanitario ao acto "XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA" organizado pola entidade Gallega de Exposicións e Congresos SL, que se vai celebrar os días 5 e 6 de novembro de 2021 en Pontevedra.
2. Ordenar a súa inclusión no rexistro de actos, reunións, cursos, congresos e xornadas 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 a presente resolución, que non pon fin á vía administrativa, poderá interpoñer no prazo dun mes recurso de alzada ante o conselleiro de Sanidade, contado a partir do día seguinte á súa notificación, de acordo cos 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).

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

Asinado electronicamente en Pontevedra por:
A xefa territorial
Natalia Botana Rey.



COMITÉ ORGANIZADOR

PRESIDENTE DE HONOR

Dr. Manuel Ruibal Moldes

PRESIDENTE

Dr. Higinio Rodríguez Núñez

VOCALES

Dr. José Díaz Bermúdez

Dra. Luisa Fernández García

Dr. Vicente García Riestra

Dra. Melissa Cortegoso González

Dra. Cristina Plaza Alonso

Dr. Francisco Llovo Taboada

Dr. Juan Andrés González Dacal

Dr. Antón Zarraonandia Andraca

Dra. Rosa Novoa Martin

Dr. Borja López López

Dra. Nerea Novo Gómez

RESIDENTES

Dra. Leticia Ruibal Gago

Dra. Ángela Sousa Iglesias

JUNTA DIRECTIVA DE LA SGU

PRESIDENTE

D. Venancio Chantada Abal

VICEPRESIDENTE

Dña. Elena López Díez

SECRETARIO GENERAL

D. José María Sánchez Merino

TESORERO

D. Enrique Cespón Outeda

VOCAL DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS

D. Daniel Adolfo Pérez Fentes

VOCALES

Vocal por A Coruña: D. Darío Vázquez Martul Pazos

Vocal por Santiago: D. Miguel Ángel Blanco Parra

Vocal por Lugo: D. Javier Casas Nebra

Vocal por Ferrol: D. Carlos Bonelli Martín

Vocal por Ourense: Dña. Paula Portela Pereira

Vocal por Pontevedra: D. Juan Andrés González Dacal

Vocal por Vigo: D. Máximo Castro Iglesias

Vocal de Residentes: D. Álvaro Miguel Pineda Munguía

Vocal de Eméritos: D. Juan Mata Varela

Vocal de hospitales comarcales: Dña. Luisa Suárez de Lis (Burela)

DATOS DE INTERÉS

ORGANIZA

Sociedad Gallega de Urología
Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

FECHAS DEL CONGRESO

Días 5 y 6 de noviembre de 2021

SEDE DEL CONGRESO

Delegación Territorial da Xunta de Galicia en Pontevedra
Avda. María Victoria Moreno 43 - Salón de Actos. 36071 Pontevedra
Parking Campolongo: Rúa Eduardo Blanco Amor, 1

HOTEL DEL CONGRESO

Parador de Pontevedra - Rúa do Barón, 19
Hotel Galicia Palace - Avda. de Vigo, 3

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra
Mourente, s/n. 7º / 986 800 000 - 36071 Pontevedra

SECRETARÍA TÉCNICA

Gallega de Exposiciones y Congresos
Muelle de Bouzas, Dársena nº2, Local 52B - 36208 Vigo



RESUMEN DE PROGRAMA

VIERNES

Sesión de mañana

- 08:00** Salida en autocar del hotel a la sede del Congreso
Entrega de documentación en la secretaría del Congreso
- 08:15** Bienvenida e Inauguración Oficial
- 08:30** Presentación de comunicaciones (Pósters 1)
- 09:30** Presentación de comunicaciones (Pósters 2)
- 10:30** Pausa café
- 11:00** Presentación de comunicaciones (Vídeos 1)
- 12:30** CONFERENCIA: Anatomía quirúrgica de la próstata
- 13:00** Presentación de comunicaciones (Vídeos 2)
- 14:30** Comida de trabajo

Sesión de tarde

- 16:00** CONFERENCIA: Nuevos desafíos en la formación para residentes
- 16:30** MESA REDONDA: Controversias en el tratamiento del cáncer de próstata avanzado
- 18:00** Presentación de comunicaciones (Vídeos 3)
(19:00 Asamblea General de la S.G.U. 1ª Convocatoria)
- 19:30** Asamblea General de la S.G.U. 2ª Convocatoria
- 20:30** Salida en autocar de la sede del Congreso al hotel
- 21:00** Salida en autocar del hotel al restaurante
- 21:30** Cena oficial del Congreso. Entrega Medalla de Oro de la SGU
- 00:00** Salida del restaurante al hotel

SÁBADO

Sesión de mañana

- 08:15** Salida en autocar del hotel a la sede del Congreso
- 08:30** Presentación de Comunicaciones Orales
- 10:00** CONFERENCIA: Medicina de precisión en Urología
- 10:45** Presentación de Comunicaciones (Vídeos 4)
- 11:45** Pausa café
- 12:00** CONFERENCIA: Inteligencia emocional en medicina
- 12:30** MESA REDONDA: Big Data e inteligencia artificial
- 14:00** Clausura del Congreso
- 14:15** Salida en autocar al restaurante
- 14:30** Comida de Clausura. Entrega de Premios de la Sociedad Gallega de Urología a la mejor comunicación Oral, Póster y Vídeo

ÍNDICE

RESUMEN DE PROGRAMA	12
PROGRAMA	16
RESÚMENES	
Pósters (P)	37
Vídeos (V)	79
Comunicaciones Orales (C)	119
COLABORACIONES	141



PROGRAMA VIERNES 5 DE NOVIEMBRE

SESIÓN DE MAÑANA

08:00 Salida de un autocar del hotel a la Sede del Congreso
Entrega de documentación en la secretaría del Congreso

08:15 Bienvenida e Inauguración Oficial

Dr. Higinio Rodríguez Núñez – *C. H. U. de Pontevedra*

Presidente del Comité Organizador

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

Presidente de la Sociedad Gallega de Urología

José Ramón Gómez Fernández – *C. H. U. de Pontevedra*

Gerente del C.H.U. de Pontevedra

08:30 Presentación de comunicaciones PÓSTERS 1

Moderadores: Dra. Nerea Novo Gómez – *C.H.U. de Pontevedra*

Dra. Carla Abeijón Piñeiro – *C. H. U. de Ferrol*

P1 - INFECCIONES GENITOURINARIAS E INHIBIDORES DE SGLT2: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodríguez Rey, Susana; Aller Rodríguez, Marcos; Rodríguez González, Arlene; Salgado Novoa, Jorge; Fandiño Argibay, Ana; Chantada Aval, Venancio

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

P2 - ANGIOMIOLIPOMA RENAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Bellas Pereira, A; Díaz Álvarez, JM; Sánchez Ramos, J; Pérez Schoch, M; Freire Rodríguez, A; Castro Iglesias, Máximo; López Castelló, A; Pérez Costas, M; Otero García, M; San Miguel Fraile, MP; Betancor Santos, MA; Ortiz Rey, JA; Ojea Calvo, A

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

P3 - TUMORES DE CÉLULAS GRANULARES. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Sousa Iglesias Ángela, Alonso Calvar Laura, Plaza Alonso Cristina, Álvarez Álvarez Carlos, Zarraonandia Andraca Antón, Ruibal Gago Leticia, Novo Nerea, Díaz Bermúdez José, Rodríguez Núñez Higinio
Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P4 - CÁNCER DE PENE: REVISIÓN DE NUESTRA SERIE.

Sendín Martín, Ramón; Portela Pereira, Paula; Filigrana Valle, Carmen; Mosquera Seoane, Lucía; López Bellido, Dionisio.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P5 - INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA PARA CÁNCER DE PENE EN NUESTRO CENTRO

Sendín Martín, Ramón; Portela Pereira, Paula; Filigrana Valle, Carmen; Mosquera Seoane, Lucía; López Bellido, Dionisio.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

P6 - ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA POR FUSIÓN

Ruibal, Leticia(1); Plaza, Cristina(1); Sousa, Ángela(1); Zarraonandia, Antón(1,2). Jiménez, M. (3); García, Javier(4); González-Dacal, Juan(1,2); Díaz, José(1); Novo, Nerea(1); Rodríguez, Higinio(1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica.*

(3) *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria*

(4) *Hospital General Universitario San Jorge de Huesca*

P7 - ANÁLISIS INFERENCIAL ENTRE BIOPSIA DE FUSIÓN Y BIOPSIA COGNITIVA

Ruibal Gago, L.; Plaza Alonso, C. Sousa Iglesias, Á.; Zarronandia Andraca, A.; Jiménez Navarro, M.(1); García Alarcón, J(2).; Díaz Bermúdez, J.; González Dacal, JA.; Novo Gómez, N.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

(1) *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria*

(2) *Hospital General Universitario San Jorge de Huesca*

P8 - ELECTROESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR

Ruibal Gago, L; Alonso Calvar, L; Llovo Taboada, F; Plaza Alonso, C; Zarronandia Andraca, A; López López, B; Carpintero Sánchez, E.M; Fernández Bugallo, M.E; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

P9 - COMO ES EL IMPACTO DE LA IMRT EN LA CALIDAD MICCIONAL EVALUADO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y DEL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

Casas Nebra, Javier; Cambón Bastón, Eva María; Naveiro Flores, Amaia; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio

Hospital Universitario Lucus Augusti

P10 - COMO INFLUYE LA PROSTATECTOMIA RADICAL EN LOS RESULTADOS URODINÁMICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA QUE HAN SIDO TRATADOS CON RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA.

Casas Nebra, Javier; Cambón Bastón, Eva María; Naveiro Flores, Amaia; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio

Hospital Universitario Lucus Augusti

P11 - OBTENCIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS DE APARICIÓN DE INCONTINENCIA, URGENCIA Y FRECUENCIA MICCIONAL TRAS IMRT A TRAVÉS DE PATRONES URODINÁMICOS Y CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA.

Casas Nebra, Javier; Cambón Bastón, Eva María; Naveiro Flores, Amaia; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio

Hospital Universitario Lucus Augusti

09:30 Presentación de comunicaciones PÓSTERS 2

Moderadores: Dr. Borja López López – *C. H. U. de Pontevedra*
Dra. Paula Portela Pereira – *C. H. U. de Ourense*

P12 - REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MICROBIOTA URINARIA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER VESICAL Y PROSTÁTICO.

Sousa Iglesias Ángela, Plaza Alonso C., Ruibal Gago L., Zarraonandia Andraca A., González Dacal J.A., Novo Gómez N, Díaz Bermúdez J.,(1) García Alarcón F. J. Rodríguez Núñez H.
Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

(1) *Servicio Urología Hospital General Universitario San Jorge de Huesca.*

P13 - QUIMIOLISIS EN LITIASIS DE ÁCIDO ÚRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Freire Rodríguez, Adrián; Carballo Quintá, Manuel; Almúster Rodríguez, Sheila; Sánchez Ramos, Jorge; Díaz Álvarez, José María; Bellas Pereira, Alejandro; Ojea Clavo, Antonio.

Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro; Vigo.

**P14 - TRATAMIENTO DE LA LITIASIS
RENOURETERAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA
AMBULATORIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR**

Martínez Corral, María Elena(1); Núñez Otero, Juan(1);
Fernández Baltar, Carlos(1); Fernández Yáñez, Antonio(1);
Masid Gómez, Ana(2); Valiño Hortas, Cristina(2); García
Freire, Camilo(1); Pérez Fentes, Daniel(1)

(1) *Unidad de Endourología y Litiasis. Servicio de Urología*

(2) *Unidad de Cirugía Ambulatoria. Servicio de Anestesia y Reanimación
EOXI de Santiago de Compostela.*

**P15 - DESCOMPRESIÓN DE EMERGENCIA DEL TRACTO
URINARIO SUPERIOR: ¿STENT DOBLE J O
NEFROSTOMÍA? UNA ENCUESTA EUROPEA YAU / ESUT
/ EULIS / BSIR ENTRE URÓLOGOS Y RADIOLOGOS**

Mosquera Seoane, Lucía; Pietropaolo, Amelia; Abu-Suboh Abadía,
Amad; Geraghty, Robert; Kallidonis, Panagiotis; Taily, Thomas;
Modi, Sachin; Tzelvels, Lazaros; Sarica, Kemal; Gozen, Ali; Emiliani,
Esteban; Sener, Emre; Rai, Bhayan Prasad; Hameed, Zeeshan BM;
Liatsikos, Evangelos; Portela, Paula; Sabell, Francisco; Montero,
Rubén; Chaves, Mirian; Sendín, Ramón; Filigrana, Carmen;
Skolarikos, Andrea; Somani, Bhaskar K.

Servicio de Urología. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

Servicio de Radiología. Complexo Hospitalario Universitario de Ourense.

Servicio de Urología. University Hospital Southampton. Southampton.

Servicio de Urología. Freeman Hospital. Newcastle.

Servicio de Urología. Universidad de Patras.

Servicio de Urología. Universitair Ziekenhuis Ghent. Gante

Servicio de Radiología. University Hospital Southampton. Southampton.

Servicio de Urología. National and Kapodistrian University of Athens. Atenas

Servicio de Urología. Hospital Medicana Bahçelievler Hospital. Estambul.

Servicio de Urología. Fundació Puigvert. Barcelona

Servicio de Urología. Marmara University. Estambul.

*Servicio de Urología. Kasturba Medical College and Hospital, Manipal Academy of
Higher Education. Manipal*

P16 - ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. DERIVACIONES INTRACORPÓREAS Y EXTRACORPÓREAS.

Jiménez Navarro, M.(5); Artes Artes, M.(6); Plaza Alonso, C(1).; De la Cruz Hidalgo, I(2).; Ezquerro Sáenz, S(3).; Hernández Escobar, S(4).; González Dacal, J.A(1).; Zarraonandía Andraca, A(1).; Díaz Bermúdez, J(1).; García Riestra, V(1).; Gago Ferreiro, M.C(1).; Novo Gómez, N.(1);Ruibal Gago, L.(1); Sousa Iglesias, A.(1);Ruibal Moldes, M(1).; Rodríguez Núñez, H(1).

(1) *Complejo Hospitalario De Pontevedra.*

(2) *Urología Clínica Bilbao. IMQ. Zorrotzaurre*

(3) *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

(4) *Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.*

(5) *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife*

(6) *Hospital Reina Sofía de Murcia*

P17 - ENDOURETEROTOMÍA MODIFICADA MEDIANTE TÉCNICA DE LOVACO EN ESTENOSIS URETEROILEAL TRAS CISTECTOMÍA RADICAL

Sousa Iglesias Ángela, Plaza Alonso C., Ruibal Gago L., Zarraonandia Andraca A., González Dacal J.A.,Novo Gómez N., Díaz Bermúdez J.,(1) García Alarcón F. J. Rodríguez Núñez H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

(1) *Servicio Urología Hospital General Universitario San Jorge de Huesca.*

P18 - INNOVACIONES EN EL MANEJO DE LOS GRANULOMAS DE ILEOSTOMIA CUTÁNEA

Ruibal Gago, L.; Gago Ferreiro, C.; Sousa Iglesias, Á.; Zarraonandia Andraca, A.; Plaza Alonso, C.; García Alarcón, J(1).; González Dacal, JA.; Díaz Bermúdez, J.;López López, B.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

(1) *Hospital General Universitario San Jorge de Huesca*

P19 - RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA NEFROURETERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES DE TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO

Iglesias Fresco, Laura; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Da Cruz Soage, Natalia; Galdón López, Guillermo; Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; Diz Gil, Rita; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Puñal Pereira Ana; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P20 - METASTASIS CUTANEA DE CARCINOMA UROTELIAL NO INFILTRANTE.

Díaz-Alvarez JM; Muller-Arteaga C; Sánchez-Ramos J; Bellas-Pereira A; Freire-Rodríguez A; Alonso-Rodrigo A E; Ojea-Calvo A.
Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

P21 – EXPERIENCIA CON HoLEP EN CHU PONTEVEDRA: PRIMEROS RESULTADOS

García Alarcón, Francisco Javier(1); Zarraonandia Andraca, Antón(2); Plaza Alonso, Cristina(2); González Dacal, Juan Andrés(2); Novo Gómez, Nerea(2); Muñiz Suárez, Laura(3); Sanz del Pozo, Mónica(4); Ruibal Gago, Leticia(2); Sousa Iglesias, Ángela(2); Aldekoa Hurtado, Josu(5); Rodríguez Núñez, Higinio(2)

(1) *Servicio de Urología, Hospital General Universitario San Jorge, Huesca.*

(2) *Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(3) *Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.*

(4) *Servicio de Urología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

(5) *Servicio de Urología, Hospital San Pedro, Logroño.*

P22 - CURVA DE APRENDIZAJE (CUSUM) DE LA TECNICA HOLEP EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

Zarraonandia, Antón(1); Plaza, Cristina(1); García, Javier(2); López, Borja(1); Ruibal, Leticia(1); Sousa, Ángela(1); González-Dacal, Juan(1); Rodríguez, Higinio(1).

(1)*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(2)*Hospital General San Jorge de Huesca*

P23 - RESULTADOS DE LA ENCUESTA CLINICAL FELLOW EN CIRUGIA EN EL CHOP

Novo Gómez, Nerea (1); Ruibal Gago; Leticia (1); Sousa Iglesias, Ángela (1); Plaza Alonso, Cristina (1) ; Díaz Bermúdez, José (1); Fernández García, Luisa (1); García Riestra, Vicente (1); López López, Borja (1); Zarraonandia Andraca, Antón (1); González Dacal, Juan (1); Rodríguez Núñez , Higinio (1); Ruibal Moldes, Manuel (2)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica*

10:30 Pausa café

11:00 Presentación de comunicaciones VIDEOS 1

Moderadores: Dra. Rosa Novoa Martín – *C. H. U. de Pontevedra*

Dr. José María Regojo Balboa –*H. POVISA de Vigo*

V1 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN RIÑÓN ECTÓPICO PÉLVICO

García Catalán, Alba; Martínez Corral, M^a Elena; Fernández Yáñez, Antonio; Castillo Mejías, Carlota; Rey Rey, Jorge; Martínez Couceiro, Saturnino; Valero Gómez, Manuel(1); García Freire, Camilo. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

(1) *Servicio de Anestesiología y Reanimación.*

V2 - HEMINEFRECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT: UN RETO QUIRÚRGICO

González Dacal, JA; Zarraonandia Andraca, A; Medina González, A; Camapanario Pérez, R; Ruibal Moldes, R.

GRUPO SUTURO Cirugía Urológica

V3 - TUMORECTOMIA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA EN T1B

Zarraonandia, Antón(1); Plaza, Cristina(1); Sanz, Mónica(2); Ruibal, Leticia(1); Sousa, Angela(1); González-Dacal, Juan(1); Rodríguez, Higinio(1).

(1). *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(2). *Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

V4 -TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO

López Fernández, A; Vázquez-Martul D; Barbagelata Lopez, A; Iglesias Alvarado, JR; Ponce Díaz-Reixa JL; Fndiño Argibay, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

V5 - COMO TRATAR MEDIANTE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA UN ANGIOMILIPOMA RENAL GIGANTE DE 13 CM.

Zarraonandia Andraca, A(1,2); Hernández Escobar, S(3); González Dacal, J.A(1,2).; Plaza Alonso, C(1); Ruibal Gago, L(1); Sousa Iglesias, A(1); Novo Gómez, N(1); López López, B(1); Rodríguez Núñez, H(1); Ruibal Moldes, M(2).

(1) *Complexo Hospitalario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica*

(3) *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

V6 - EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA LOCAL DE TUMOR RENAL DERECHO TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL PRIMARIA.

Sanz del Pozo, Mónica.(1,3); González Dacal, Juan Andrés.(2); Ruibal Gago, Leticia (2); Zarralandia Andraca, Antón(2); López Pérez, Borja (2); García-Riestra, Vicente. (2); Rodríguez Núñez, Higinio(2).

(1) *Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

(2) *Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(3) *Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón). Zaragoza.*

V7 - PIELOPLASTIA DERECHA ITERATIVA POR MINILAPAROSCOPIA.

López Fernández, A.; Vázquez- Martul, D.; Rodríguez Rey, S.; Iglesias Alvarado, J. R.; Altez Fernández, C.; Rollón Prieto, G.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

V8 - ESTENÓSIS DE LA UNIÓN PIELO URETERAL-RESOLUCIÓN MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA.

R. Campanario, A. Medina , J.A. González Dacal , A. Zarraonandía, M. Ruibal

SutURO Cirugía Urológica

V9 - RECONSTRUCCION LAPAROSCOPICA DE LESION URETERAL PROXIMAL MEDIANTE TECNICA DE YANG-MONTI.

Zarraonandia, Antón (1,2); López, Eduardo(3); Ruibal, Leticia (1); Sousa, Angela(1); González-Dacal, Juan(1,2); Rodríguez, Higinio(1); Ruibal, Manuel(2).

1. *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

2. *SutURO Cirugía Urológica*

3. *Hospital Universitario La Paz*

12:30 CONFERENCIA: ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA PRÓSTATA

Moderador: Dr. Antón Zarraonandía Andraca – *C. H. U. de Pontevedra*

Panelista: Dr. Fabrizio Dal Moro - *Profesor Universidad de Padua, Italia*

13:00 Presentación de comunicaciones VIDEOS 2

Moderadores: Dra. Melissa Cortegoso González – *C. H. U. de Pontevedra*

Dr. Darío Germán Calafiore – *C.H.U. Lucus Augusti*

V10 - ASPECTOS TÉCNICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: ¿PODEMOS MEJORAR NUESTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA?

González Dacal, JA(1,2); Zarraonandía Andraca(1,2), A; Plaza Alonso, C(1); Rodríguez Núñez, H(1); Medina González A(1,2); Campanario Pérez(1,2), R; Ruibal Moldes, M(2)

(1) *CHU Pontevedra.*

(2) *Grupo SUTURO Cirugía Urológica*

V11 - PRESERVACIÓN DE LOS HACES NEUROVASCULARES DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

González Dacal JA, Zarraonandía Andraca A, Medina González A, Campanario Pérez R, Ruibal Moldes M.

SutURO Cirugía Urológica

V12 - TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE CUELLO VESICAL DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

González Dacal JA, Zarraonandía Andraca A, Medina A, Campanario R, Ruibal Moldes M.

GRUPO SUTURO Cirugía Urológica

V13 - ACCIDENTE VASCULAR EN LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA ROBÓTICA- RESOLUCIÓN PASO A PASO

R. Campanario, A. Medina, A. Zarraonandía, J. González Dacal M. Ruibal

SutURO Cirugía Urológica

**V14 - CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJER:
PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS Y
DERIVACIÓN URINARIA ORTOTÓPICA**

González Dacal, JA(1,2); Zarraonandía Andraca A(1,2); Plaza Alonso, C(1); Rodríguez Núñez, H(1); Medina González A(1,2); Campanario Pérez(1,2), R; Ruibal Moldes, M(2)

(1) *CHU Pontevedra.*

(2) *Grupo SUTURO Cirugía Urológica*

**V15 - PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR ROBÓTICA EN
CISTECTOMÍA CON DERIVACIÓN INTRACORPÓREA**

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Ruibal Moldes, Manuel.
SutURO Cirugía Urológica

**V16 - CISTECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA CON
NEOVEJIGA ILEAL INTRACORPÓREA POR
PARANGLIOMA VESICAL**

Rodríguez González, Arlene; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Rodríguez Rey, Susana; Fandiño Argibay, Ana; Salgado Novoa, Jorge; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Chantada Aval, Venancio.
Servicio de Urología C.H.U de A Coruña

**V17 - URETERECTOMÍA IZQUIERDA CON REIMPLANTE
URETERAL DERECHO ROBÓTICO EN PACIENTE
CISTECTOMIZADO**

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Ruibal Moldes, Manuel.
SutURO Cirugía Urológica

14:30 Comida de trabajo

SESIÓN DE TARDE

16:00 CONFERENCIA: Nuevos desafíos en la formación para residentes

Moderador: Dr. Jorge Rey Rey – *C. H. U. de Santiago*

Panelista: Dr. Juan Gómez Rivas - *Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

16:30 MESA REDONDA: CONTROVERSIAS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

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

Panelistas: Dr. Ignacio Rodríguez Gómez – *C. H. U. de A Coruña*

Dra. Ana Cristina Plata Bello – *H. U. de Canarias*

Dr. Antonio Gómez Caamaño – *C. H. U. de Santiago*

18:00 Presentación de comunicaciones VÍDEOS 3

Moderadores: Dra. Cristina Plaza Alonso - *C.H.U. de Pontevedra*

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

V18 - HOLEP EN PACIENTE CON CIRUGIA DE LASER VERDE PREVIA.

Zarraonandia, Antón; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Ruibal, Manuel

SutURO Cirugía Urológica.

V19 - MILLIN ROBOTICO, DESCRIPCION DE LA TECNICA

Zarraonandia, Antón(1); González-Dacal, Juan(1); Campanario, Rubén (1); Medina, Antonio(1); Ruibal, Manuel(1)

(1) *SutURO Cirugía Urológica.*

V20 - LINFADENECTOMÍA INGUINAL BILATERAL POR VIDEOENDOSCOPIA CON APOYO DE FLUORESCENCIA

Iglesias Alvarado, J. R.; Vázquez-Martul, D.; Aller Rodríguez, M.; López Fernández, A.; Rodríguez González, A.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V. Servicio de Urología,

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

**V21 - RESECCIÓN DE MASA RETROPERITONEAL
POSTQUIMIOTERAPIA ROBÓTICA MEDIANTE
LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL**

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Ruibal Moldes, Manuel.
Suturo Cirugía Urológica

**V22 - RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES: REPARACIÓN
LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA ILEO-NEOVESICAL**

Vázquez-Martul D.; Salgado Novoa, J.; Ponce Díaz, J.L.; Bohórquez Cruz, M; Barbagelata López, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

19:00 1ª Convocatoria Asamblea

**V23 - SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA POR
METÁSTASIS ÚNICA DE CÁNCER DE PULMÓN**

Casas Nebra, Javier; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, Cesar; Naveiro Flores, Amaia

Hospital Universitario Lucus Augusti

**V24 - SUPRARRENALECTOMIA POR
RETROPERITONEOSCOPIA**

Bellas Pereira, Alejandro; Carballo Quintá, Manuel; Pérez Schoch, Miguel; Díaz Álvarez, Jose María; Sánchez Ramos, J; Freire Rodríguez, A; Ojea Cavo, A.

Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

**V25 - SUPRARRENALECTOMÍA
RETROPERITONEOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO:
TÉCNICA Y RESULTADOS**

Vázquez-Martul, D.; Barbagelata López, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; López Fernández, A.; Rodríguez Rey, S.; Janeiro Pais, J.; Freire Calvo, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

PROGRAMA VIERNES 5 DE NOVIEMBRE

- 19:30** Asamblea General de la S.G.U. 2ª Convocatoria
- 20:30** Salida en autocar de la Sede del Congreso al hotel
- 21:00** Salida en autocar del hotel al restaurante
- 21:30** Cena oficial del Congreso - Entrega Medalla de Oro de la SGU
- 00:00** Salida del restaurante al hotel

PROGRAMA SÁBADO 6 DE NOVIEMBRE

08:15 Salida en autocar del hotel a la Sede del Congreso

08:30 Presentación de COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: Dr. Juan Andrés González Dacal – *C. H. U. de Pontevedra*
Dr. Benito Blanco Gómez – *C. H. U. de Lugo*

C1 - UTILIZACIÓN DE IPDE-5 EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Naveiro Flores, Amaia.; Casas Nebra, Javier.; Cambón Bastón, Eva María; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio
Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

C2 – REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA UROLÓGICA EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO

da Cruz Soage, Natalia; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Iglesias Fresco, Laura; Galdón López, Guillermo; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; González Blanco, Alfonso Ángel; Bonelli Martin, Carlos; Puñal Pereira, Ana; Diz Gil, Rita; Pereira Beceiro, Javier María; Rodríguez Alonso, Andrés
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C3 - EFECTO DE LA PANDEMIA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER VESICAL.

Salgado Novoa, Jorge; Vázquez-Martul, Dario; Fandiño Argibay, Ana María; Rodríguez González, Arlene; Rodríguez Rey, Susana; Aller Rodríguez, Marcos; Chantada Aval, Venancio.
Complejo Hospitalario de A Coruña (CHUAC).

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

Fernández Docampo, Jose; Lojo Romero, Javier; Da Cruz Soage, Natalia; Iglesias Fresco, Laura; López Galdón, Guillermo; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos mayo, Jessica; Mosquera, Seoane, Teresa; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Puñal Pereira, Ana; Rodríguez Alonso, Andrés.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C5 - REALIZACIÓN DE PRUEBAS GENÓMICAS PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO GALEGO DE SAUDE: EXPERIENCIA INICIAL CON ONCOTYPE DX GPS

González Dacal, JA(1); Portela Pereira, P(2); Rey Rey(3,4), J; Ruibal Moldes, M(1); Bellido López, D(2); Rodríguez Alonso; A(3).

(1) *CHU de Pontevedra*

(2) *CHU de Ourense*

(3) *CHU de Ferrol*

(4) *CHU Santiago de Compostela*

C6 - VALIDACIÓN EXTERNA DEL NOMOGRAMA DE BRIGANTI PARA PREDECIR LA PROBABILIDAD DE AFECTACIÓN DE ADENOPATÍAS PÉLVICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J.; Da Cruz Soage, N.; Iglesias Fresco, L.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Diz Gil, R.; Molinos Mayo, J.; Abeijón Piñeiro, C.; Puñal Pereira, A., Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

CHU Ferrol

C7 - PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL (PR): NUESTRA SERIE.

da Cruz Soage, Natalia; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Iglesias Fresco, Laura; Galdón López, Guillermo; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; González Blanco, Alfonso Ángel; Bonelli Martín, Carlos; Puñal Pereira, Ana; Diz Gil, Rita; Pereira Beceiro, Javier María; Rodríguez Alonso, Andrés

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C8 - RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES AÑOSOS

Iglesias Fresco, Laura; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Da Cruz Soage, Natalia; Galdón López, Guillermo; Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; Diz Gil, Rita; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Puñal Pereira Ana; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C9 - IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA RECIDIVA BIOQUÍMICA DE PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS

Iglesias Alvarado, J. R; Vázquez-Martul, D; Aller Rodríguez, M; Rodríguez González, A; Rodríguez Rey, S; Barbagelata López, A; Ponce Díaz-Reixa, J. L; Salgado Novoa, J; Fandiño Argibay, A; Chantada Aval, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

C10 - MÁRGENES QUIRÚRGICOS NEGATIVOS, ORGANOCONFINACIÓN TUMORAL Y GLEASON COMBINADO 6 EN PIEZA QUIRÚRGICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL: ANÁLISIS OBJETIVO DE FACTORES PREDICTIVOS DE RECIDIVA BIOQUÍMICA.

Fernández Docampo, J; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Da Cruz Soage, N; Iglesias Fresco, L; López Galdón, G; Abeijón Piñeiro, C; Mosquera Seoane, T; Pereira Beceiro, J.M; Puñal Pereira, A; Bonelli Martín, C; González Blanco, A; Rodríguez Souto, P; Rodríguez Alonso, A

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C11 - VALIDACIÓN EXTERNA DE LOS NUEVOS GRUPOS DE RIESGO DE PROGRESIÓN Y MUERTE EN PACIENTES CON RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA SEGÚN LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE UROLOGÍA

Altez Fernández, C.; Vázquez-Martul, D.; Rollón Prieto, G.; Peña Vallejo, E.; Sopena Sutil, R.; Guerrero Ramos, F.; Rodríguez Antolín, A; Chantada Aval. V.

Servicio de Urología CHU A Coruña.

Servicio de Urología Hospital Universitario Doce de Octubre

C12 - PROBABILIDAD DE FRACASO TERAPEUTICO DE LA RADIOTERAPIA EXTERNA DE RESCATE TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES POTENCIALMENTE CANDIDATOS A RADIOTERAPIA ADYUVANTE.

Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J.; Da Cruz Soage, N.; Iglesias Fresco, L.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Diz Gil, R.; Molinos Mayo, J.; Abeijón Piñeiro, C.; Puñal Pereira, A., Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

CHU Ferrol

10:00 CONFERENCIA: MEDICINA DE PRECISIÓN EN UROLOGÍA

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

Ponente: Dra. Ana Cristina Plata Bello – *H. U. de Canarias*

10:45 Presentación de comunicaciones VÍDEOS 4

Moderadores: Dr. Manuel Carballo Quintá - *C.H.U. de Vigo*

Dr. Carlos Fernández Baltar - *C.H.U. de Santiago*

V26 - ABORDAJE QUIRÚRGICO INICIAL DE LA ESTENOSIS URETRAL PENEANA BULBAR SECUNDARIA A AMILOIDOSIS

Iglesias Alvarado, Julio R; Bohórquez Cruz, Manuel A; Novo Gómez, Nerea; Janeiro País, Jose; Rollón Prieto, Gema; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

V27 - MANEJO QUIRÚRGICO DEL DOBLE DIVERTÍCULO URETRAL COMO SECUELA DE URETROPLASTIA CON COLGAJO PREPUCLIAL

Iglesias Alvarado, Julio R; Bohórquez Cruz, Manuel A; López Fernández, Alicia; Rollón Prieto, Gema; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

V28 - URETROPLASTIA DE AVANCE EN ESTENOSIS DE URETRA DISTAL FEMENINA

Bohórquez Cruz M; Janeiro País J; Novo Gómez Nerea; López Fernández A; Iglesias Alvarado J; Chantada Abal V.

Hospital universitario A Coruña

V29 – URETROPLASTIA PENEANA CON INJERTO DORSO-LATERAL DE MUCOSA ORAL TIPO KULKARNI

Fandiño Argibay, Ana María; Bohórquez Cruz, Manuel Alejandro; Salgado Novoa, Jorge; Rodríguez González, Arlene; Rodríguez Rey, Susana; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología, C.H.U. A Coruña

PROGRAMA SÁBADO 6 DE NOVIEMBRE

V30 - RECAMBIO LAPAROSCÓPICO DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL FEMENINO.

Casas Nebra, Javier; Blanco Gómez, Benito; Cambón Bastón, Eva María; Arnejo Pereiro, Carmen.

Hospital Universitario Lucus Augusti

V31 - LIBERACIÓN ROBÓTICA BILATERAL DEL NERVIIO PUDENDO

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Ruibal Moldes, Manuel.

Suturo Cirugía Urológica

11:45 Pausa café

12:00 CONFERENCIA: INTELIGENCIA EMOCIONAL EN MEDICINA

Moderador: Dr. Ángel Máximo Castro Iglesias – *C. H. U. de Vigo*

Panelista: Profesor Luis Huete – *Profesor de IESE Bussines School*

12:30 MESA REDONDA: BIG DATA E INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Moderador: Dr. Manuel Ruibal Moldes – *Grupo Suturo - Pontevedra*

Panelistas: D. Benigno Rosón Calvo – *Subdtor. Gral. Sistemas y Tecnologías de la Información. Consellería de Sanidad.*

Dra. Lidia Alcalá Mata – *HT Médica*

Dr. Carlos Peña Gil – *C.H.U. de Santiago de Compostela*

Dr. Juan Antonio Retamero Díaz – *Paige*

14:00 CLAUSURA DEL CONGRESO

14:15 Salida en autocar al restaurante

14:30 Comida de Clausura

Entrega de Premios de la Sociedad Gallega de Urología a la mejor Comunicación Oral, Póster y Vídeo

PÓSTERS

P1- INFECCIONES GENITOURINARIAS E INHIBIDORES DE SGLT2: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rodríguez Rey, Susana; Aller Rodríguez, Marcos; Rodríguez González, Arlene; Salgado Novoa, Jorge; Fandiño Argibay, Ana; Chantada Aval, Venancio

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

OBJETIVOS

Presentar un caso de absceso periuretral en un paciente a tratamiento con Dapaglifozina y evaluar la asociación causal entre los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) y el desarrollo de infecciones génitourinarias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisa en PubMed y UpToDate la bibliografía sobre inhibidores de SGLT2 e infecciones genitales y urinarias, así como el mecanismo de acción y efectos adversos de estos fármacos descritos por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos), EMA (European Medicines Agency) y FDA (Food and Drugs Administration).

RESULTADOS

Se presenta el caso de un varón de 67 años con diabetes a tratamiento con Dapaglifozina y diagnóstico de absceso periuretral a nivel bulbar. Se realiza tratamiento con antibioterapia intravenosa de amplio espectro, cistostomía suprapúbica y drenaje y desbridamiento periuretral quirúrgico. Se decide suspensión de Dapaglifozina y se contraindica tratamiento con otros inhibidores de SGLT2 por riesgo de progresión y recidiva de la infección. El paciente presenta buena evolución clínica con resolución completa del absceso, realizándose en un segundo tiempo cierre primario del defecto. No se ha encontrado en la literatura actual ningún reporte de absceso uretral secundario a glifozinas. Existen sin embargo numerosos casos publicados de otros tipos de infecciones génitourinarias en relación a estos fármacos, la mayoría casos de Gangrena de Fournier, estando recogida esta asociación en su ficha técnica. Esto lo explica su mecanismo de acción, ya que al inhibir al transportador de glucosa localizado en los túbulos renales, inducen una significativa glucosuria, favoreciendo así el crecimiento bacteriano y fúngico en orina.

CONCLUSIONES

Los inhibidores de SGLT2 condicionan mayor riesgo de infecciones génitourinarias, incluyendo abscesos uretrales, como el descrito en este caso. Es aconsejable una valoración urogenital completa antes de su prescripción, y en pacientes con anomalías anatómicas u otros factores asociados, realizar un adecuado balance riesgo-beneficio. En caso de infección genital o urinaria en un paciente diabético tratado con un inhibidor de SGLT2, debido al riesgo de mala evolución, debemos establecer una vigilancia estrecha y tratamiento intensivo, así como valorar la suspensión precoz del fármaco.

P2- ANGIOMIOLIPOMA RENAL: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Bellas Pereira, A; Díaz Álvarez, JM; Sánchez Ramos, J; Pérez Schoch, M; Freire Rodríguez, A; Castro Iglesias, Máximo; López Castelló, A; Pérez Costas, M; Otero García, M; San Miguel Fraile, MP; Betancor Santos, MA; Ortíz Rey, JA; Ojea Calvo, A
Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

INTRODUCCIÓN:

Los angiomiolipomas (AML) representan menos del 10% de los tumores renales. Fundamentalmente se diagnostican en pruebas de imagen de forma incidental, existiendo variantes que plantean dificultades en el diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisan de forma retrospectiva 15 pacientes (años 2016-2019, hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo) intervenidos de cirugía renal por sospecha radiológica de tumor renal con histología final de AML. Se excluyen los pacientes diagnosticados de AML intervenidos por criterios clínicos.

RESULTADOS:

La edad media fue de 56 años (30-77), siendo el 73% mujeres. El 93 % (n=14) fueron diagnosticados de forma incidental en pruebas de imagen (8 TC, 6 ecografía, 1 RM). El 67% de las lesiones medían menos de 3 cm y en ellas se realizó tumorectomía laparoscópica.

Radiológicamente, se informaron: 5 lesiones sugestivas de carcinoma papilar de células renales (CPCR), 5 carcinomas renales de células claras (CRCC), 3 AML vs CRCC, 1 AML vs liposarcoma y 1 liposarcoma perirrenal. Las dos lesiones sospechosas de liposarcoma presentaban un crecimiento hacia retroperitoneo, realizándose en una de ellas biopsia con aguja, que fue informada compatible con liposarcoma.

De los 15 casos, el estudio histológico demostró variantes de AML en el 67% de los casos (n=10): 2 pobres en grasa, 5 con predominio de músculo liso, 3 con predominio de grasa, frente a 5 casos de AML de aspecto usual.

Los 2 casos pobres en grasa se correlacionaron con sospecha radiológica de CRCC. Los 5 con predominio de músculo liso tenían sospecha de CRCC (2) o CPCR (3). Los 3 casos con predominio de grasa se correspondieron con la sospecha de liposarcoma (2) y CPCR (1).

CONCLUSIONES:

- El informe radiológico de AML sigue planteando dificultades en el diagnóstico diferencial con carcinoma renal e incluso liposarcoma. En nuestra experiencia, ocurre fundamentalmente en variantes de AML, ya sea por escasez de grasa/predominio de músculo o, en las ricas en grasa, por crecimiento exofítico hacia retroperitoneo. En estos casos, la biopsia además puede presentar limitaciones diagnósticas.

- Los resultados obtenidos refuerzan la importancia de realizar cirugía conservadora ante tumores renales de pequeño tamaño.

P3- TUMORES DE CÉLULAS GRANULARES. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DESCRIPCIÓN DE UN CASO.

Sousa Iglesias Ángela , Alonso Calvar Laura , Plaza Alonso Cristina, Álvarez Álvarez Carlos, Zarraoandía Andraca Antón, , Ruibal Gago Leticia, Novo Nerea, Díaz Bermúdez José, Rodríguez Núñez Higinio
Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

OBJETIVO:

A propósito de un caso, se realiza una revisión de los artículos disponibles en la literatura sobre la localización a nivel urológico del Tumor de Células Granulares (TCG) o de Abrikossoff. Es un tumor infrecuente descrito por primera vez por Abrikossoff en 1926 . Se sugiere que el origen se encuentra en las células de Schwann o sus precursores. La localización más frecuente es en piel de cabeza y cuello, siendo poco frecuente en otras localizaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos realizado una búsqueda sistemática seleccionando aquellos artículos que describiesen la presencia de dicho tumor a nivel urológico. Se revisaron artículos que datan desde 2001 hasta la actualidad en los que se describen contados casos clínicos de pacientes con dicha patología mayoritariamente a nivel vesical en adultos y escrotal en niños. Presentamos el caso de un varón de 12 años que debuta con lesiones cutáneas y masa escrotal.

RESULTADOS:

La incidencia del TCG a nivel urológico es muy baja, únicamente descrita en la literatura como casos aislados.

El origen más frecuente es la dermis o el tejido celular subcutáneo siendo la localización más frecuente la cavidad oral.

La presentación típica es un nódulo no doloroso solitario pero hasta el 10% se presenta en forma de tumores múltiples, sobre todo en el contexto de un Síndrome de Leopard

Los malignos son raros, habitualmente de gran tamaño, con invasión local y una tasa de mortalidad del 40%.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica.

Nuestro paciente consulta por aparición de varias lesiones cutáneas indoloras de 3 años de evolución. Durante la exploración se palpa además una tumoración a nivel escrotal que mediante técnicas de imagen confirman la existencia de una masa sólida, localizada en tejido

PÓSTERS

celular subcutáneo a nivel de bolsa escrotal, sin invasión de estructuras adyacentes pero con adenopatías inguinales bilaterales. Se realiza exéresis de la misma y posterior diagnóstico anatomopatológico de TCG.

CONCLUSIONES:

El tumor de Abrikossoff presenta una incidencia muy baja, especialmente si hablamos de localización a nivel urológico. A pesar de ello, debe estar presente en el diagnóstico diferencial del tumor vesical en adultos y de masa escrotal sobretodo en niños.

P4- CÁNCER DE PENE: REVISIÓN DE NUESTRA SERIE.

Sendín Martín, Ramón; Portela Pereira, Paula; Filigrana Valle, Carmen; Mosquera Seoane, Lucía; López Bellido, Dionisio.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

OBJETIVOS

Análisis de resultados y revisión de 45 casos de cáncer de pene.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de cirugías de cáncer de pene realizadas en nuestro servicio entre 2011-2021. Se incluyeron 45 pacientes con revisión de motivo de consulta, localización, factores de riesgo, síntomas, diagnóstico, tratamiento y evolución. Para su clasificación clínica y anatomopatológica se utilizó la clasificación TNM. El tiempo medio de seguimiento fue de 30 meses (1-108). Para el análisis estadístico se utilizó Chi-cuadrado para variables cualitativas y Kaplan Meier para el análisis de la supervivencia.

RESULTADOS

La mediana de edad de los pacientes fue de 72 años (43-87). La mitad de los pacientes consultaron por verruga genital. La localización más repetida fue el glande (54%).

La cirugía más empleada fue la penectomía parcial (75%).

T1 35,5% T2 26,6% y T3 37,72%. De nuestra serie, 37 pacientes fueron N0, 4 N1 y 4 N2.

Solo 3 pacientes presentaron metástasis. Realizamos 2 biopsias selectivas de ganglio centinela cuyos resultados en ambas fueron negativas para malignidad.

Otras opciones terapéuticas como la RT o la QT fueron minoritarias en nuestros pacientes, aplicándose en 3 y 1 paciente respectivamente.

El tipo histológico mayoritario fue el carcinoma epidermoide (93%).

Grado histológico: G1 48,9% G2 33,3% y G3 17,8%

Los márgenes fueron libres en 39 pacientes (86,6%) con ausencia de invasión linfática en 35 de ellos (77,7%).

En la última revisión 19 casos estaban libres de enfermedad. A lo largo del seguimiento fallecieron 26 pacientes.

CONCLUSIONES

El carcinoma de pene se trata en la actualidad de una patología poco común en nuestro medio. Factores como la positividad de los márgenes o el grado histológico incrementan el riesgo de recidiva. El tratamiento quirúrgico sigue siendo la primera opción terapéutica.

P5- INTRODUCCIÓN DE LA TÉCNICA DE GANGLIO CENTINELA PARA CÁNCER DE PENE EN NUESTRO CENTRO.

Sendín Martín, Ramón; Portela Pereira, Paula; Filigrana Valle, Carmen; Mosquera Seoane, Lucía; López Bellido, Dionisio.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

OBJETIVO

Presentar nuestra experiencia inicial en biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de pene.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la experiencia en biopsias selectivas de ganglio centinela entre los años 2018-2021 en nuestro servicio. Se incluyeron a 4 pacientes con diagnóstico de cáncer de pene. Para su clasificación anatomopatológica se usó el TNM según la clasificación AJCC 8ª edición. Se revisaron las pruebas de imagen, diagnósticos y tratamientos.

RESULTADOS

Se realizó BSGC en 4 pacientes. La media de edad fue 50 años (43-58). La mitad fueron T2N0 y la otra mitad T3N0. A todos le realizaron linfogammagrafía centinela tras la inyección intradérmica perilesional del radiofármaco. Posteriormente en quirófano mediante la sonda de detección gamma se consiguieron localizar en todos los casos ganglios centinelas bilaterales. Tras su extirpación, los resultados intraoperatorios fueron negativos para malignidad. Gracias a este procedimiento y técnica, se consiguió evitar la realización de linfadenectomía radical extendida.

CONCLUSIONES

La realización de ganglio centinela es una técnica fácilmente reproducible e implementable en la práctica clínica habitual evitando la morbimortalidad de técnicas más agresivas como la linfadenectomía inguinal sistémica en aquellos pacientes con bajo riesgo de metástasis linfáticas, e identificando a los pacientes susceptibles de beneficiarse de ella.

P6- ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA POR FUSIÓN

Ruibal, Leticia(1); Plaza, Cristina(1); Sousa, Ángela(1); Zarraonandia, Anton(1,2). Jiménez, M. (3); García, Javier(4); González-Dacal, Juan.(1,2); Díaz, José(1); Novo, Nerea.(1); Rodríguez, Higinio(1)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica.*

(3) *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria*

(4) *Hospital General Universitario San Jorge de Huesca*

OBJETIVOS

La Resonancia Magnética Multiparamétrica (RMmp) y la biopsia mediante fusión ha cobrado importancia en el diagnóstico de carcinoma de próstata.

Presentamos nuestra experiencia en la realización de las biopsias de próstata mediante fusión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Por protocolo acordado con el Servicio de Radiología se solicita una RMmp a aquellos pacientes con persistencia de elevación de PSA luego de una primera biopsia, valoración de extensión local o para control de vigilancia activa. Se analizaron las biopsias prostáticas de fusión transrectales realizadas entre Marzo/2019 a Junio/2021. Se utilizó el Ecógrafo HITACHI Arietta 850 con software de RVS. En aquellas RMmp que no pudieron fusionarse se realizó fusión cognitiva.

Se recogieron las siguientes variables: edad, volumen prostático, PSA, PSAD, PIRADS e ISUP. El análisis estadístico fue realizado con SPSS@SV24.

RESULTADOS

Se realizan un total de 170 biopsias, de las cuales 84 (50,4%) fueron fusión real y 86 (50,6%) fusión cognitiva. La indicación principal fue por elevación de PSA (81,2%), seguido de Vigilancia Activa (8,2%). La media de edad fue 67 años. La mediana de PSA fue 8,24 ng/dl y PSAD fue 0,13 ng/dl. La mediana de volumen prostático fue de 63cc. El resultado en la RMmp más frecuente fue PIRADS 4 con un 43,5%, seguido de PIRADS 3 en un 40,0%, PIRADS 5 en un 7,1%.

Del total de la muestra se observa diagnóstico de carcinoma de próstata en un 41,8% con un 39,0% en fusión cognitiva y un 44% mediante fusión real sin diferencia estadísticamente significativa.

PÓSTERS

Observamos ISUP 1 en un 11,2% ISUP 2 en un 17,1% ISUP 3 y 4 en un 4,7% ISUP 5 en un 4,1%.

CONCLUSIONES

La inclusión de nuevas tecnologías mediante el uso de la RMmp como guía en la realización de las biopsias de próstata supone un avance que puede mejorar el diagnóstico en el cáncer de próstata.

P7- ANÁLISIS INFERENCIAL ENTRE BIOPSIA DE FUSIÓN Y BIOPSIA COGNITIVA

Ruibal Gago, L.; Plaza Alonso, C. Sousa Iglesias, Á.; Zarraonandia Andraca, A.; Jiménez Navarro, M.(1); García Alarcón, J(2).; Díaz Bermúdez, J.; González Dacal, JA.; Novo Gómez, N.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

(1) Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria

(2) Hospital General Universitario San Jorge de Huesca

OBJETIVOS

La Resonancia Magnética Multiparamétrica (RMmp) en el diagnóstico de cáncer de próstata, de tal forma que en las guías de 2021 la Asociación Europea de Urología (AEU) recomienda con un nivel de evidencia fuerte la realización de una RMmp previa a la biopsia de próstata.

Presentamos un estudio inferencial entre biopsias de próstata mediante fusión con software y fusión cognitiva entre marzo de 2019 y junio de 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las biopsias se realizan en quirófano vía transrectal con sedación + anestesia local ecoguiadas con Ecógrafo HITACHI Arietta 850 mediante software de RVS (Real Virtual Sonography) o fusión cognitiva.

Se han recogido las siguientes variables: edad, volumen prostático, PSA, PSAD, Tacto rectal, PIRADS.

RESULTADOS

Número de pacientes con biopsia cognitiva 86 (50,6%); mediante software 84 (49,4%) Edad media de los pacientes con biopsia cognitiva 66,13; mediante software 67,41.

Mediana de volumen prostático en bx. Cognitiva es 63,10 mediante software 62,60

Mediana de PSA 8,69 mediante cognitiva y 7,69 mediante software.

Mediana de PSAD 0,13 mediante cognitiva y 0,11 mediante software.

Se observa carcinoma de próstata mediante fusión cognitiva en un 39,5% y en un 44% mediante fusión con software sin evidencia estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES

Al comparar las características descriptivas de ambos grupos observamos que son equivalentes en cuanto a valores de PSA, PSAD, volumen prostático y edad.

El hallazgo de cáncer de próstata fue ligeramente superior en el grupo de fusión por software comparado con el de fusión cognitiva pero sin diferencias estadísticamente significativas.

P8- ELECTROESTIMULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR

Ruibal Gago, L; Alonso Calvar, L; Llovo Taboada, F; Plaza Alonso, C; Zarraonandia Andraca, A; López López, B; Carpintero Sánchez, E.M; Fernández Bugallo, M.E; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

INTRODUCCIÓN

La técnica de electroestimulación del nervio tibial posterior consiste en la neuromodulación del suelo pélvico a través de la unión S2-S4 del plexo sacro a través de la ruta del tibial posterior, y aunque todavía no está claro su mecanismo de acción, se ha convertido en una técnica útil en el manejo del síndrome de vejiga hiperactiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos nuestros 96 primeros pacientes con diagnóstico de vejiga hiperactiva mediante estudio urodinámico o pacientes con clínica miccional irritativa con mala respuesta a tratamiento médico e iniciamos la terapia con electroestimulación del tibial posterior. Analizamos nuestros 96 primeros pacientes desde el año 2013, siendo el 67,7% mujeres. Del total de pacientes, 82,2% se encuentran a tratamiento médico al inicio, ya sea con anticolinérgico y/o con beta adrenérgico. En cuanto a la clínica, el 91,6% presentan urgencia miccional y un 68,7% presenta incontinencia urinaria asociada con un número promedio de empapadores de 1,9. En cuanto a los cuestionarios pre-tratamiento, obtenemos medias de ICIQ-SF 12,79; CACV 9,3/9,5; OAB-V8 28,2.

RESULTADOS

Se realiza una media de 6,2 sesiones por paciente, con un tiempo a la mejoría medio de 3,2 sesiones. Se obtuvo una mejoría clínica significativa en el 88,5%. Únicamente 11 pacientes no mejoraron ningún síntoma. El índice de satisfacción medio de los pacientes fue de 6,8 (valorado en escala de 0 a 10). Al 55,2% se les pudo retirar tratamiento farmacológico con anticolinérgico y a 32,2% pacientes se les pudo retirar el beta adrenérgico. Únicamente se presentaron 4 casos de efectos adversos, siendo todos ellos temporales y leves. El 36,4% pacientes continuaron con urgencia miccional, el 42,7% con incontinencia y el promedio de nº de empapadores bajó a 0,7. Y en cuanto a los cuestionarios posttratamiento obtenemos medias de ICIQ-SF 9,7; CACV 6,7/6,3; OAB-V8 17,4.

CONCLUSIONES

La técnica de electroestimulación del tibial posterior es una técnica útil, segura, barata, mínimamente invasiva y con buen resultado funcional en el manejo de los síntomas de vejiga hiperactiva.

P9- COMO ES EL IMPACTO DE LA IMRT EN LA CALIDAD MICCIONAL EVALUADO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO Y DEL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE.

Casas Nebra, Javier; Cambón Bastón, Eva María; Naveiro Flores, Amaia; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio

Hospital Universitario Lucus Augusti

OBJETIVOS

Evaluar el efecto de la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) desde el punto de vista del paciente mediante parámetros subjetivos, y desde el punto de vista clínico con parámetros objetivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Partimos de una muestra de 40 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata, de los cuales 22 de ellos fueron sometidos a prostatectomía radical, tratados con IMRT. Se realizaron cuestionarios de calidad de vida (IPSS y OAB-q SF) antes y después de la IMRT. Asimismo, se realizaron ecografía para la medición de grosor vesical y entrevista clínica protocolizada según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE 4.03, 2010). Se evaluaron la incontinencia urinaria, infecciones, cistitis no infectivas, espasmos vesicales, retención aguda de orina, hematuria, urgencia y frecuencia miccional.

RESULTADOS

En lo que se refiere al IPSS, no se han observado variaciones estadísticamente significativas pre-post tratamiento en ninguno de los parámetros (llenado, vaciado y global), que tampoco se ven modificados si el paciente tenía prostatectomía radical o según la edad del paciente. De igual forma, tampoco se observaron cambios en el cuestionario OAB en ninguno de los parámetros (síntomas, calidad de vida, sueño, adaptación y social). En cuanto a los parámetros objetivos, no se han observado diferencias estadísticamente significativas ni en el grosor de la pared vesical, ni en volumen prostático (en pacientes no prostatectomizados) medidos por ecografía. En el CTCAE se ha observado que el principal efecto adverso son las cistitis no infectivas, presentes en el 30% de los pacientes como grado 1, y en el 17.5% y 3,5% de grado 2 y 3 respectivamente, y los espasmos vesicales en el 42.2% de los pacientes grado 1 y en el 12.5% como grado 2. Sólo se ha observado hematuria en un 2.5% de pacientes e incontinencia en 7.5% de los pacientes grado 1, 2.5% en grado 2 y 5% grado 3.

CONCLUSIONES

Con los resultados obtenidos podemos concluir que no existen diferencias estadísticamente significativas en los parámetros subjetivos de los pacientes tratados con IMRT, aunque existe un porcentaje de pacientes no desdeñable que presentan complicaciones tras el tratamiento.

P10- COMO INFLUYE LA PROSTATECTOMIA RADICAL EN LOS RESULTADOS URODINÁMICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA QUE HAN SIDO TRATADOS CON RADIOTERAPIA DE INTENSIDAD MODULADA.

Casas Nebra, Javier; Cambón Bastón, Eva María; Naveiro Flores, Amaia; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio

Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

Evaluar el efecto de la prostatectomía radical y la edad en los parámetros urodinámicos antes y después de radioterapia de intensidad modulada en pacientes con cáncer de próstata.

MATERIAL Y MÉTODOS

La muestra fueron 40 pacientes con cáncer de próstata (22 con prostatectomía radical). Antes y después de un promedio de 4.2 meses postradioterapia, se midieron y compararon parámetros urodinámicos. La radioterapia externa fue administrada mediante arcoterapia volumétrica de intensidad modulada (VMAT), una forma de radioterapia de intensidad modulada (IMRT)

RESULTADOS

En la flujometría miccional libre no hubo ningún parámetro que fuera significativo. Durante la cistomanometría, los datos no muestran un aumento de la incontinencia de orina secundaria a esfuerzo, aunque sí un aumento del 7% en la incontinencia de orina de urgencia. Se observaron cambios estadísticamente significativos en una reducción del volumen vesical con deseo fuerte, con el deseo de urgencia miccional y con la presión del detrusor con el deseo normal. Asimismo, el examen de presión/flujo reveló una reducción estadísticamente significativa del volumen residual.

CONCLUSIONES

El efecto de la prostatectomía y la edad es variable en la evolución de los parámetros urodinámicos. Se observó una disminución significativa del volumen residual y de la presión del detrusor con deseo miccional normal en los pacientes sin prostatectomía y en menores de 75 años. Además de un aumento de la incontinencia de urgencia, se registra empeoramiento significativo de los parámetros urodinámicos de llenado y una disminución de la capacidad vesical cistomanométrica con las sensaciones de deseo fuerte y de urgencia. Todo ello, sin que se modifiquen con la edad o la prostatectomía.

P11- OBTENCIÓN DE MODELOS PREDICTIVOS DE APARICIÓN DE INCONTINENCIA, URGENCIA Y FRECUENCIA MICCIONAL TRAS IMRT A TRAVÉS DE PATRONES URODINÁMICOS Y CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA.

Casas Nebra, Javier; Cambón Bastón, Eva María; Naveiro Flores, Amaia; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio
Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

Hallar modelos predictivos a través de patrones urodinámicos y mediante cuestionarios de calidad miccional realizados antes y después de IMRT (radioterapia de intensidad modulada) para la predicción de síntomas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Partimos de una muestra de 40 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata, de los cuales 22 de ellos fueron sometidos a prostatectomía radical, tratados con IMRT. Se realizaron estudios urodinámicos antes y después de la IMRT, cuestionarios de calidad miccional (IPSS y OAB-q SF) y entrevista clínica protocolizada según el Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE 4.03, 2010).

RESULTADOS

Para calcular el modelo predictivo se han usado regresiones logísticas binarias. Se descartan todas las variables no significativas con un modelo de eliminación hacia atrás y posteriormente se comprueban con un área bajo la curva ROC y el porcentaje de aciertos.

Para la incontinencia, se ha demostrado como factores predictores el volumen miccional, el volumen infundido con la primera sensación y la frecuencia miccional diurna, un porcentaje de aciertos del 85%, sensibilidad de 83.3%, especificidad de 85.3% y área bajo de curva de 0.941 (p 0.001).

Para la frecuencia, se ha visto que el mejor factor predictivo es la presión del detrusor en el flujo máximo, con un porcentaje de aciertos del 70%, sensibilidad del 84%, especificidad del 46.7% y área bajo la curva de 0.707 (p 0.030).

Para la urgencia, los factores predictores son la presencia de hiperactividad del detrusor con sensación de urgencia (medida por OAB), con sensibilidad de 43.5%, especificidad de 88.2%, porcentaje de aciertos de 62.3% y un área bajo la curva de 0.59 (p 0.090).

RESULTADOS

A pesar de presentar un tamaño muestral de 40 pacientes, los modelos de predicción no podrán ser validados en una muestra por lo que han de considerarse modelos exploratorios. Pese a esto, detectarán tendencias que más adelante en modelos de mayor envergadura deberán confirmarse para la predicción de síntomas tras IMRT.

P12- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA MICROBIOTA URINARIA Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER VESICAL Y PROSTÁTICO.

Sousa Iglesias Ángela, Plaza Alonso C., Ruibal Gago L., Zarraonandia Andraca A., González Dacal J.A., Novo Gómez N., Díaz Bermúdez J.,(1)García Alarcón F.J. Rodríguez Núñez H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

(1) Servicio Urología Hospital General Universitario San Jorge de Huesca.

OBJETIVOS

Revisión de los artículos disponibles en la literatura que busquen conocer la posible asociación entre la microbiota urinaria y el cáncer de vejiga y próstata, como ya se ha demostrado con anterioridad en otras mucosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado una búsqueda sistemática utilizando las bases de datos de Medline, Cochrane y Pubmed desde 2014 hasta 2021 seleccionando aquellos artículos que pusiesen en relación la microbiota urinaria y el cáncer vesical y de próstata.

Revisamos 28 artículos cuya finalidad es conocer los microorganismos propios y el mecanismo que explique su función en cada patología urológica tanto benigna como maligna y las diferencias presentes en función del sexo, edad, tratamientos recibidos, agresividad de la enfermedad neoplásica, etc. Estos estudios se han podido llevar a cabo gracias a la optimización de nuevos modelos de urocultivo, así como a las técnicas de secuenciación de ADN que han permitido caracterizar la microbiota urinaria.

RESULTADOS

La evidencia científica describe la existencia de una posible relación entre la microbiota urinaria y los procesos urológicos tanto neoplásicos como no neoplásicos, entre estos últimos la HBP y los STUI. El eslabón intermedio que pueda explicar la patología tumoral, orienta hacia un proceso inflamatorio crónico, provocado por dichos microorganismos que lleva a la degeneración celular. Se cree que el mecanismo pueda ser similar al que sucede a nivel gástrico e intestinal con la microbiota digestiva. Es posible que estos microorganismos puedan llegar a caracterizar las distintas patologías siendo diferentes tanto en número como en especies.

CONCLUSIÓN

Los estudios disponibles han demostrado que el tracto urinario no es estéril y que existe relación entre su propia microbiota y la patología urológica. Desafortunadamente aún no se conoce el mecanismo exacto por el que se producen. Es por ello que todavía precisamos de nuevas investigaciones que superen dichas barreras y así poder demostrar esta asociación en el campo de la Urología.

P13- QUIMIOLISIS EN LITIASIS DE ÁCIDO ÚRICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Freire Rodríguez, Adrián; Carballo Quintá, Manuel; Almúster Rodríguez, Sheila; Sánchez Ramos, Jorge; Díaz Álvarez, José María; Bellas Pereira, Alejandro; Ojea Clavo, Antonio.
Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

OBJETIVOS

Se expone un caso para aportar experiencia clínica de la validez del tratamiento quimiolítico en las litiasis renales de gran tamaño.

MÉTODO

Paciente de 50 años con antecedente de cólicos nefríticos de repetición secundarios a litiasis de ácido úrico. En TC abdominal se confirma presencia de litiasis renales bilaterales de hasta 25 mm. En estudio metabólico se observan datos compatibles con hipocitruuria e hiperparatiroidismo secundario, sin hiperuricosuria. Se decide tratamiento quimiolítico con citrato potásico a dosis de 20 meq cada 8 horas y control domiciliario de pH urinario mediante pH-metro para mantener cifras de pH 7.

RESULTADO

Durante el seguimiento se observa aumento de masa litiásica en TC de control y pH urinarios ácidos de forma reiterada, secundarios a mala adherencia del paciente al tratamiento. Tras tratamiento quimiolítico a dosis recomendadas, así como control estricto de pH urinario por parte del paciente, se consigue resolución prácticamente completa del cuadro.

CONCLUSIONES

El tratamiento médico de las litiasis renales dirigido a la quimiolisis de las mismas debe considerarse una opción válida como alternativa a la cirugía, como ya viene recogido en las guías, especialmente en pacientes con litiasis de menos de 20 mm. La composición de las litiasis, su tamaño y la elección adecuada del fármaco, así como la adherencia al tratamiento por parte del paciente son factores determinantes para el éxito terapéutico del mismo.

P14- TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENOURETERAL EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA AMBULATORIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Martínez Corral, María Elena(1); Núñez Otero, Juan(1); Fernández Baltar, Carlos(1); Fernández Yáñez, Antonio(1); Masid Gómez, Ana(2); Valiño Hortas, Cristina(2); García Freire, Camilo(1); Pérez Fentes, Daniel(1)

(1) *Unidad de Endourología y Litiasis. Servicio de Urología*

(2) *Unidad de Cirugía Ambulatoria. Servicio de Anestesia y Reanimación*

EOXI de Santiago de Compostela.

OBJETIVO

Presentar nuestra experiencia inicial en el tratamiento endourológico de la litiasis en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero y octubre de 2021 se realizaron 72 procedimientos endourológicos para el tratamiento de la litiasis siguiendo los criterios de inclusión del protocolo del proceso asistencial diseñado al efecto. Éstos incluyen parámetros relacionados con el caso litiasico (litiasis ureteral-renal <2cm de diámetro máximo), anestésicos (ASA I-II y ASA III estables) y sociales.

La edad media de nuestros pacientes fue de 55 años, con un tiempo medio en lista de espera de 5 meses (1-15). El urocultivo prequirúrgico fue positivo en el 14% de los casos, siendo portadores de catéter doble J el 36%. El tiempo medio de implante de los catéteres fue de 4 meses (1-8), estando incrustados el 42%. La superficie litiasica media fue de $53 \pm 47,7 \text{ mm}^2$, con Unidades Hounsfield de 960 ± 327 .

RESULTADOS

Se realizaron 51 cirugías intrarrenales retrógradas, 18 ureteroscopias, 1 mininefrolitotomía percutánea y 2 cirugías combinadas (miniECIRS). La anestesia fue general en el 71% de los casos. Se empleó vaina de acceso ureteral en el 86% de los pacientes intervenidos mediante RIRS. El método de drenaje tras la intervención fue mayoritariamente el catéter doble J (96%).

El tiempo medio quirúrgico y de fluoroscopia fue de 52 y 0,6 minutos, respectivamente. En 6 casos fue necesario un segundo tiempo de RIRS (por incrustación compleja del catéter en 1 caso y por uréter poco complaciente en 5).

No se observaron complicaciones intraoperatorias. 10 pacientes (14%) presentaron algún tipo de complicación postoperatoria, precisando ingreso de forma inmediata 4 de

ellos y otros 2 en el primer mes. El 90% se encontraba libre de litiasis en radiografía y ecografía de abdomen a los 3 meses del procedimiento, con una superficie media de litiasis residuales de 20mm².

CONCLUSIONES

La realización de procedimientos endourológicos en régimen de cirugía mayor ambulatoria es una opción factible y segura. En centros con experiencia y con una adecuada selección de los casos las indicaciones pueden expandirse, llegando a realizar incluso NLP/ECIRS.

Es fundamental la protocolización de estos procesos, así como la monitorización periódica de los resultados.

P15- DESCOMPRESIÓN DE EMERGENCIA DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR: ¿STENT DOBLE J O NEFROSTOMÍA? UNA ENCUESTA EUROPEA YAU / ESUT / EULIS / BSIR ENTRE URÓLOGOS Y RADIÓLOGOS

Mosquera Seoane, Lucía; Pietropaolo, Amelia; Abu-Suboh Abadía, Amad; Geraghty, Robert; Kallidonis, Panagiotis; Taily, Thomas; Modi, Sachin; Tzelves, Lazaros; Sarica, Kemal; Gozen, Ali; Emiliani, Esteban; Sener, Emre; Rai, Bhayan Prasad; Hameed, Zeeshan BM; Liatsikos, Evangelos; Portela, Paula; Sabell, Francisco; Montero, Rubén; Chaves, Mirian; Sendín, Ramón; Filigrana, Carmen; Skolarikos, Andrea; Somani, Bhaskar K.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Servicio de Radiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Servicio de Urología. University Hospital Southampton. Southampton.

Servicio de Urología. Freeman Hospital. Newcastle.

Servicio de Urología. Universidad de Patras.

Servicio de Urología. Universitair Ziekenhuis Ghent. Gante

Servicio de Radiología. University Hospital Southampton. Southampton.

Servicio de Urología. National and Kapodistrian University of Athens. Atenas

Servicio de Urología. Hospital Medicana Bahçelievler Hospital. Estambul.

Servicio de Urología. Fundació Puigvert. Barcelona

Servicio de Urología. Marmara University. Estambul.

Servicio de Urología. Kasturba Medical College and Hospital, Manipal Academy of Higher Education. Manipal

INTRODUCCIÓN

En los casos de obstrucción aguda del tracto urinario superior, la derivación urinaria es necesaria en la mayoría de los casos con objetivo de prevenir complicaciones, aliviar síntomas y prevenir la sepsis, la cual constituye la principal complicación potencialmente mortal. La decisión depende de varios factores, existiendo además una gran variabilidad de preferencias entre los profesionales implicados. El objetivo de este trabajo fue estudiar las preferencias entre Radiólogos Intervencionistas y Urólogos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se distribuyó una encuesta a urólogos y radiólogos intervencionistas europeos. Se compararon tres métodos de descompresión: catéter doble J (JJ), nefrostomía percutánea (SNP) y ureteroscopia primaria (URS). Tuvieron que registrar su preferencia en tres escenarios clínicos (sepsis, dolor y anuria) antes y después de leer una literatura propuesta.

RESULTADOS

Hubo 366 respuestas al cuestionario: 310 (84,7%) de urólogos y 56 (15,3%) de radiólogos. El 93% de los radiólogos cree que el JJ ofrece una mejor calidad de vida en comparación con el 70,6% de los urólogos ($p = 0,006$). El 75% de los radiólogos creen que la radiación es mayor con JJ en comparación con el 33,9% de los urólogos. No hubo diferencias en cuanto a la preferencia de descompresión en el caso de sepsis. Después de leer la literatura, el 28,6% de los radiólogos cambiaron de opinión frente al 5,2% de los urólogos ($p < 0,001$). El cambio favoreció a la colocación de JJ. En el caso de dolor, prefirieron igualmente el JJ y no cambiaron de opinión tras los estudios presentados. En el caso de anuria, el 41% de los radiólogos eligieron la SNF frente al 12,6% de los urólogos ($p < 0,001$). Después de leer la literatura, el 17,9% de los radiólogos cambiaron de opinión frente al 17,9% de los urólogos ($p < 0,001$), a favor del JJ. Aunque la mayoría de los urólogos (63,4%) realizan sistemáticamente la URS primaria, el 3%, 37% y 21% la prefieren para el primer, segundo y tercer escenario, respectivamente.

CONCLUSIÓN

La elección del tipo de derivación empleado debe individualizarse en cada caso y creemos que la implementación de un protocolo común podría facilitar la toma de decisiones.

P16- ESTUDIO COMPARATIVO DE LA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. DERIVACIONES INTRACORPÓREAS Y EXTRACORPÓREAS.

Jiménez Navarro, M.(5); Artes Artes, M.(6); Plaza Alonso, C(1).; De la Cruz Hidalgo, I(2).; Ezquerro Sáenz, S(3).; Hernández Escobar, S(4).; González Dacal, J.A(1).; Zarraonandía Andraca, A(1).; Díaz Bermúdez, J(1).; García Riestra, V(1).; Gago Ferreiro, M.C(1).; Novo Gómez, N.(1);Ruibal Gago, L.(1); Sousa Iglesias, A.(1);Ruibal Moldes, M(1).; Rodríguez Núñez, H(1).

(1) *Complejo Hospitalario De Pontevedra.*

(2) *Urología Clínica Bilbao. IMQ. Zorrotaurre*

(3) *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

(4) *Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.*

(5) *Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife*

(6) *Hospital Reina Sofía de Murcia*

INTRODUCCIÓN

La cistectomía radical mediante abordaje laparoscópico es actualmente uno de los tratamientos de elección en el carcinoma vesical infiltrante. A las ventajas propias de la laparoscopia como técnica mínimamente invasiva se añaden las ventajas de la derivación intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo e inferencial sobre las cistectomías realizadas entre Abril 2012 hasta Diciembre 2018 en el Servicio de Urología del Complejo Hospitalario de Pontevedra. Se comparan los datos obtenidos en función del abordaje quirúrgico realizado para la derivación ureteroileal de forma intracorpórea o extracorpórea.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 151 cirugías, 75 casos fueron derivaciones intracorpóreas y 76 casos derivaciones extracorpóreas. Se realiza el estudio descriptivo en cuanto al sexo de los pacientes, ASA, índice de Charlson, tiempo quirúrgico, tasa de transfusión, complicaciones en escala Clavien, TNM, estancia hospitalaria, estenosis ureteroileal, tasa de reingreso, progresión y éxito. En el estudio inferencial no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo quirúrgico, tasa de complicaciones (aunque con menor grado Clavien en el grupo de las intracorpóreas) ni estancia hospitalaria. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de la derivación intracorpórea

PÓSTERS

en tasa de transfusión ($p=0,014$), porcentaje de reingreso hospitalario ($p=0,013$), y de estenosis ureteroileal ($p=0,001$).

CONCLUSIONES

La derivación intracorpórea es un procedimiento de gran complejidad que requiere una larga curva de aprendizaje pero que ofrece beneficios en los pacientes en cuanto a menor tasa de transfusión, menor tasa de reingreso y de estenosis ureteroileal.

P17- ENDOURETEROTOMÍA MODIFICADA MEDIANTE TÉCNICA DE LOVACO EN ESTENOSIS URETEROILEAL TRAS CISTECTOMÍA RADICAL

Sousa Iglesias Ángela, Plaza Alonso C., Ruibal Gago L., Zarraonandia Andraca A., González Dacal J.A., Novo Gómez N., Díaz Bermúdez J., (1)García Alarcón F.J. Rodríguez Núñez H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

(1)Servicio Urología Hospital General Universitario San Jorge de Huesca.

OBJETIVOS

Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y analíticas así como las complicaciones de los pacientes del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra tratados mediante técnica de Lovaco tras presentar estenosis ureteroileal después de una cistectomía radical con derivación tipo Bricker entre 2012 y 2021.

MATERIAL Y MÉTODOS

De los 278 pacientes intervenidos de cistectomía radical entre 2012 y 2021, se revisaron aquellos que presentaban estenosis ureteroileal y 8 cumplieron los criterios de inclusión.

La técnica quirúrgica empleada en nuestro servicio consiste en:

- Acceso percutáneo guiado por ecoendoscopia a cavidad renal.
- Paso de guía con enhebrado de la vía urinaria hasta asa de Bricker.
- Ascenso de catéter con balón para dilatación mediante control radiológico.
- Invaginación endoluminal de la estenosis mediante tracción del balón.
- Acceso vía retrógrada con asa de Collins o Láser Holmium.
- Resección de la estenosis.
- Comprobación de resolución de estenosis con escopia y contraste.
- Colocación catéter unijota bajo visión fluoroscópica.

RESULTADOS

La edad media de nuestros pacientes fue de 68 años, siendo el 60% de sexo masculino.

La principal indicación de cistectomía fue la presencia de tumor vesical infiltrante, siendo la otra patología la cistitis intersticial.

La aparición media de la estenosis se produce a los 4 años tras la cistectomía, con clínica principal de ITU de repetición.

Tras la ureterotomía endoscópica cuatro de los pacientes presentaron reestenosis posterior.

PÓSTERS

Se confirman mediante pruebas de imagen de seguimiento, apareciendo al mes en uno de los pacientes y al año en el resto.

Las manifestaciones clínicas de sospecha son la reaparición de infecciones y cólicos a los 6 meses de la cirugía. A nivel analítico evidenciamos aumento de creatinina al año de la intervención.

Mayor porcentaje de afectación de uréter izquierdo.

Ninguno presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, en consonancia con la literatura revisada, el 50% de los pacientes se beneficiarían de esta técnica a medio plazo, presentando además una menor morbimortalidad, siendo por ello una opción a tener en cuenta en la estenosis ureteroileal.

P18- INNOVACIONES EN EL MANEJO DE LOS GRANULOMAS DE ILEOSTOMIA CUTÁNEA

Ruibal Gago, L.; Gago Ferreiro, C.; Sousa Iglesias, Á.; Zarraonandia Andraca, A.; Plaza Alonso, C.; García Alarcon, J(1); González Dacal, JA.; Díaz Bermúdez, J.; López López, B.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

(1) Hospital General Universitario San Jorge de Huesca

OBJETIVOS

Recientes publicaciones relacionan la alcalinidad de la orina como uno de los posibles causantes de los granulomas periestomales en pacientes urostomizados. Actualmente no existe ningún protocolo terapéutico estandarizado, en la mayoría de centros se tratan con nitrato de plata, ácido acético, o corticoides tópicos; sin evidencia que los respalde. El objetivo de nuestra publicación es dar a conocer nuestra experiencia con el uso de L-Metionina como agente acidificante en el tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Valoración y seguimiento de 26 pacientes urostomizados durante el periodo de octubre de 2019 a junio de 2021, con diagnóstico de granulomas periestomales mediante la escala D.E.T. y actualmente en tratamiento con L-Metionina oral. Todos los pacientes presentaron antes del inicio del tratamiento un pH urinario mayor a 6. Se realizaron revisiones mensuales con exploración del estoma y sedimento de orina. La información ha sido recogida de los evolutivos clínicos anotados por la enfermera estomaterapeuta de nuestro servicio.

RESULTADOS

Tras un periodo de tratamiento inicial de 3 meses, se observó una mejoría llamativa con disminución del tamaño y/o número de los granulomas periestomales en todos los pacientes, con un descenso del pH urinario en todos ellos (pH medio 5) y mejoría de la piel periestomal. Los pacientes refieren mejoría subjetiva en su calidad de vida, y actualmente el tiempo medio de adherencia al tratamiento se sitúa en un año.

CONCLUSIONES

Los tratamientos actuales basados en nitrato de plata, ácido acético o corticoides tópicos carecen de efectividad en la mayoría de los casos. El uso de L-Metionina en pacientes con granulomas periestomales con un pH urinario alcalino puede suponer un tratamiento eficaz, y por tanto una mejoría en la calidad de vida de nuestros pacientes.

P19- RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LA NEFROURETERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN TUMORES DE TRACTO URINARIO SUPERIOR DE ALTO RIESGO

Iglesias Fresco, Laura; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Da Cruz Soage, Natalia; Galdón López, Guillermo; Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; Diz Gil, Rita; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Puñal Pereira Ana; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVOS

Los tumores del TUS son infrecuentes, pero la mayor precisión de las técnicas diagnósticas se ha asociado a un aumento de su incidencia. La NFU es el tratamiento de elección para los tumores del TUS de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo analizando 48 pacientes diagnosticados de tumor del TUS de alto riesgo (pT3 y pT4) e intervenidos de NFU entre 1998-2021. Realizamos un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y cualitativas, un análisis univariado de KaplanMeier para variables cualitativas y regresión de Cox en cuantitativas, para analizar factores asociados a supervivencia global(SG) y cáncer-relacionada(SCR).

RESULTADOS

La media de edad fue de $70,1 \pm 10,7$ (22-90) años, siendo el 75% varones. El tiempo medio de seguimiento fue $49,7 \pm 52,9$ meses. Características preoperatorias: el 59% eran fumadores, el 52,6% tenían una citología de orina positiva, existía uropatía obstructiva(UO) en el 63,6%, función renal normal en el 63,3% y cistoscopia sin neoplasia sincrónica en el 83,3%. El 55,3% de los tumores afectaron al TUS izquierdo, con una media de tamaño de $4,3 \pm 2,2$ cm, afectando en el 77,1% de los casos la pelvis renal y/o cálices. El 91,7% fueron pT3, el 75% N0 y el 83,3% M0. El grado histológico predominante fue G3(81,3%), la morfología macroscópica más frecuente fue sólida(37,5%), solo el 10,4% presentaron carcinoma in situ asociado y el 85,4% presentaron márgenes quirúrgicos negativos. Existió recidiva neoplásica en el 41,7% de los pacientes y un 16,7% precisaron quimioterapia adyuvante. La SG a 1,2 y 5 años fue 57%,35% y 23% respectivamente; la SCR 58%,42% y 32%. Modifican significativamente la SG la categoría pT($p=0,022$), la morfología macroscópica tumoral($p=0,022$) y la edad al diagnóstico($p=0,017$). La SCR se ve modificada significativamente por la existencia de UO($p=0,035$), insuficiencia renal

PÓSTERS

preoperatoria($p=0,03$), neoplasia vesical sincrónica($p=0,041$), categoría pT($p=0,015$) y morfología macroscópica tumoral($p=0,010$).

CONCLUSIONES

En nuestra serie, este tipo de tumor aparece predominantemente en varones de edad avanzada, evidenciando que la edad se asocia de manera estadísticamente significativa con la SG. La morfología macroscópica de la lesión y la categoría pT se asocian significativamente tanto a la SG como a la SCR.

P20- METASTASIS CUTANEA DE CARCINOMA UROTELIAL NO INFILTRANTE.

Díaz-Alvarez JM; Muller-Arteaga C; Sánchez-Ramos J; Bellas-Pereira A; Freire-Rodríguez A; Alonso- Rodrigo AE; Ojea-Calvo A.

Servicio de Urología. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas que tienen su origen en carcinomas genitourinarios son muy infrecuentes y hay muy pocos casos reportados. Su forma de presentación está asociada a estadios avanzados de la enfermedad y, en el caso de los carcinomas de origen urotelial a tumores musculo invasivos. Se relacionan con un mal pronóstico, con escasa respuesta a tratamiento.

CASO CLÍNICO

Varón de 47 años intervenido de cistoprostatectomía radical. En el informe anatomopatológico se evidencia pTa G2 Nx Mx. Al cabo de 6 meses acude a Urgencias por tumoración en región púbica, por lo que se realiza un TAC evidenciándose masa que sugiere metástasis/proceso neoformativo y adenopatías patológicas. Se realiza biopsia de aguja gruesa (BAG) confirmando metástasis de carcinoma compatible con carcinoma urotelial por lo que se decide iniciar tratamiento con quimioterapia.

DISCUSIÓN

Las metástasis cutáneas que tienen su origen en carcinomas genitourinarios son muy infrecuentes y hay muy pocos casos reportados en la literatura y excepcionalmente en tumores no músculos invasivos (1).

Las localizaciones más comunes de la enfermedad metastásica en los carcinomas genitourinarios son los ganglios linfáticos, huesos, hígado y pulmones, siendo la piel una localización inusual (1,3,4).

En cuanto a la diseminación de las metástasis se pueden describir cuatro mecanismos básicos: (a) Invasión a través de los vasos linfáticos. (b) diseminación hematógena. (c) invasión directa de una tumoración adyacente (d) por implantación directa a través de la siembra entre el tumor y otra superficie. (1-5).

Las metástasis cutáneas suelen estar asociadas con el carcinoma vesical infiltrante y a una enfermedad avanzada, pero también se han descrito casos que pueden aparecer como única manifestación, y de forma excepcional en carcinomas vesicales no infiltrantes como es en nuestro caso (2,3).

Casos seleccionados se podrían beneficiar de un abordaje quirúrgico, de radioterapia o de un tratamiento combinado. Normalmente el tratamiento de elección en estos casos suele ser la quimioterapia con base de cisplatino/gemcitabina (1,3).

CONCLUSIÓN

Las metástasis cutáneas de los carcinomas de origen urotelial son muy infrecuentes, con mal pronóstico, su principal mecanismo es por siembra directa por lo que la manipulación de la vía urinaria deberá realizarse con especial precaución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mueller TJ, Wu H, Greenberg RE, et al. Cutaneous metastases from genitourinary malignancies. *Urology*. 2004;63(6):1021-1026.
2. Cohen T, Ricchiuti D, Memo M. Bladder cancer that metastasized to the skin: A unique presentation that signifies poor prognosis. *Rev Urol*. 2017;19(1):67-71.
3. Müller-Arteaga, C, Martín Martín, S, Castro Olmedo, C, Torrecilla Garcia-Ripoll, JR, & Fernández del Busto, E. Metástasis cutánea solitaria de carcinoma vesical. *Arch Esp Urol* 2007, 60(10), 1215-1218.
4. Hasan O, Houlihan M, Wymer K, Hollowell CMP, Kohler TS. Cutaneous metastasis of bladder urothelial carcinoma. *Urol Case Rep*. 2019;28:101066.
5. Kerkeni W, Ayari Y, Charfi L, et al. Transitional Bladder Cell Carcinoma Spreading to the Skin. *Urol Case Rep*. 2017;11:17-18.



Figura 1. Lesión metastásica suprapúbica.

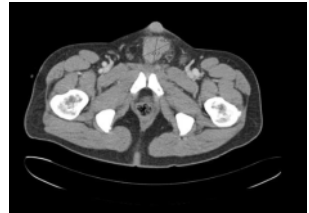
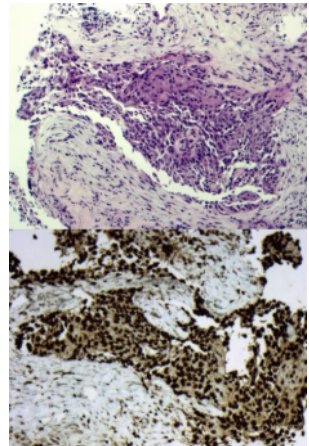


Figura 2. TAC abdominopélvico. Se observa lesión suprapúbica.



A. BAG percutánea: proliferación neoplásica epitelial de hábito urotelial (HE 100x).

B. Las células neoplásicas expresan de forma difusa e intensa GATA-3 (GATA-3 100x).

Figura 3. Inmunohistoquímica.

P21- EXPERIENCIA CON HoLEP EN CHU PONTEVEDRA: PRIMEROS RESULTADOS

García Alarcón, Francisco Javier(1) ; Zarranonandia Andraca, Antón(2) ; Plaza Alonso, Cristina(2) ; González Dacal, Juan Andrés(2) ; Novo Gómez, Nerea(2) ; Muñiz Suárez, Laura(3) ; Sanz del Pozo, Mónica(4) ; Ruibal Gago, Leticia(2) ; Sousa Iglesias, Ángela(2) ; Aldekoa Hurtado, Josu(5) ; Rodríguez Núñez, Higinio(2)

(1) *Servicio de Urología, Hospital General Universitario San Jorge, Huesca.*

(2) *Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(3) *Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.*

(4) *Servicio de Urología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

(5) *Servicio de Urología, Hospital San Pedro, Logroño.*

OBJETIVOS

Dar a conocer los primeros resultados obtenidos con la enucleación prostática con láser holmio (HoLEP) en el CHU Pontevedra.

MATERIAL Y MÉTODOS

Valoración retrospectiva de 35 pacientes intervenidos de patología obstructiva prostática con técnica HoLEP en el Hospital de Montecelo, desde marzo/20 hasta septiembre/21. Uso del software Jamovi© para el análisis de los resultados.

RESULTADOS

Población de varones con edad media de 66 años y un Charlson medio de 2,8. Un 86,1% de los pacientes recibía tratamiento farmacológico previo. En las pruebas realizada pre-intervención (valores medios), el Q_{max} fue 10,3ml/s, Vol.diuresis 242cc y Residuo de 74,6cc, presentando un tamaño ecográfico de 55.4cc y un PSA de 3,22 ng/ml. En relación a la intervención, el tiempo medio fue de 78 min, con una estancia media hospitalaria de 2,8 días y tiempo medio con sonda de 4 días. Un 14,3% de los pacientes intervenidos tuvieron algún tipo de complicación, principalmente ITU (5,7%), RAO (5,7%) y un paciente con estenosis de uretra. De entre los pacientes con RAO, destacar un paciente que precisó de reintervención ante la presencia de un fragmento residual de adenoma en vejiga. Ningún paciente precisó de transfusión, ni en el postoperatorio inmediato ni durante el seguimiento posterior. En la primera revisión realizada al mes, un 26,7% todavía presentaban algún grado de incontinencia urinaria de urgencia. De los que fueron valorados en un segundo control, el 50% había mejorado. En las pruebas realizadas posttQ (valores medios) el PSA fue de 0,7ng/ml, y el Q_{max}, Vol.diuresis y Residuo fue de 23,6ml/s, 315cc y 19,6cc

respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa en el Q_{max} , obteniendo una mejora de 12,9 ml/s (IC 95% 1,25;24,6).

CONCLUSIONES

Se identifica una mejora llamativa en las tres variables analizadas en las flujometrías postIQ. No obstante, el tamaño muestral tan reducido hace que dicha mejoría solo sea estadísticamente significativa en el Q_{max} . Las principales limitaciones del estudio son por tanto la baja población muestral, que infraestima la mejoría en los datos de la flujometría postIQ, y el escaso tiempo de seguimiento, que sobreestima variables como la incontinencia urinaria (presente al principio y que se recupera posteriormente).

P22- CURVA DE APRENDIZAJE (CUSUM) DE LA TECNICA HOLEP EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA.

Zarraonandia, Anton(1); Plaza, Cristina (1); García, Javier (2); López, Borja(1); Ruibal, Leticia(1); Sousa, Ángela(1); González-Dacal, Juan(1); Rodríguez, Higinio(1).

- (1) Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.
- (2) Hospital General San Jorge de Huesca

OBJETIVO

En la cirugía de STUI secundarios a HBP el HoLEP es una técnica de mínima invasión novedosa, con indicación para cualquier próstata de > a 30cc. El gran problema de este procedimiento es su elevada complejidad técnica. El objetivo de este trabajo es demostrar nuestra curva de aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODO

Valoración retrospectiva consecutiva de 35 pacientes intervenidos con técnica HoLEP por el mismo cirujano desde marzo/20 hasta septiembre/21. Previo a la implementación del programa se realizo una formación que consistió en asistir a 12 procedimientos realizados por un proctor. Para la cirugía se utilizo un resector de RichardWolf de 24fch, laser de Holmio MegaPulse 70w con setting 2J 30Hz pulso corto para disección y 1J 40Hz pulso largo para hemostasia. Se realizo una liberación precoz de esfínter y técnica EnBlock. Para la morcelación se utilizo el morcelador endoscópico Piranha. Análisis CUSUM mediante software IBP IPSS Statics. El tiempo estipulado objetivo fue de 60 minutos.

RESULTADOS

Edad media de 66 años Las pruebas preoperatorias muestran (valores medios): Qmax 10,3ml/s, Vol.diuresis 242cc y Residuo de 74,6cc, tamaño ecográfico de 55.4cc y PSA de 3,22ng/dl. El tiempo medio quirúrgico fue de 78 min, estancia media hospitalaria de 2,8 días y tiempo medio con sonda de 4 días.

La CUSUM se logra a partir del caso 15-17.

Un 14,3% de los pacientes intervenidos tuvieron algún tipo de complicación, principalmente ITU (5,7%), RAO (5,7%) y un paciente con estenosis de uretra. En las

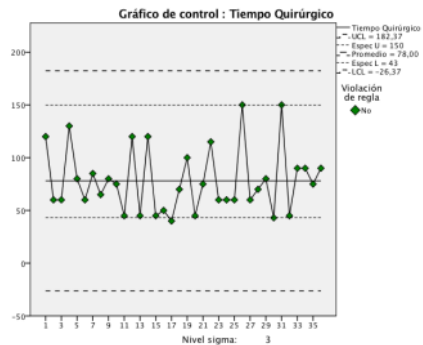


Gráfico1

PÓSTERS

pruebas realizadas postIQ (valores medios) el PSA fue de 0,7ng/dl, y el Qmax, Vol.diuresis y Residuo fue de 23,6ml/s, 315cc y 19,6cc respectivamente.

CONCLUSIONES

La CUSUM para la técnica HoLEP en nuestro centro fue de 15-17 casos, inferior a lo descrito en la literatura(20). Esto puede explicarse a una adecuada formación previo al inicio de la técnica y a una adecuada selección de casos.

P23- RESULTADOS DE LA ENCUESTA CLINICAL FELLOW EN CIRUGIA EN EL CHOP

Novo Gómez, Nerea (1); Ruibal Gago; Leticia (1); Sousa Iglesias, Ángela (1); Plaza Alonso, Cristina (1); Díaz Bermudez, José(1); Fernández García, Luisa (1); García Riestra, Vicente (1); López López, Borja (1); Zarraonandia Andraca, Anton (1); González Dacal, Juan (1); Rodriguez Núñez, Higinio (1); Ruibal Moldes, Manuel (2)

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica*

INTRODUCCIÓN

El programa surge en el contexto de un servicio comprometido con la cirugía mínimamente invasiva y el desarrollo de técnicas innovadoras, sin MIR en ese momento y con la posibilidad de docencia en cirugía tanto laparoscópica como endourología-litiasis o cirugía pediátrica.

OBJETIVO

Otorgar un valor objetivo al programa fellow en base a la encuesta realizada a los participantes para conocer la valoración de los mismos y optimizar su estancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y analítico de cohorte retrospectivo; unicéntrico y centralizado en el servicio de Urología del Complejo Hospitalario de Pontevedra, desde 2010 hasta marzo 2019. Se enviaron un total de 43 encuestas de las que se obtuvieron respuestas en 41.

Se valoraron variables demográficas: edad, sexo, procedencia, nivel de experiencia... así como el tiempo de antelación para la solicitud de la rotación y el nivel de cirugía previo y posterior, a nivel laparoscópico, en endourología, litiasis, y cirugía pediátrica.

RESULTADOS

De los 41, el 46,3% fueron varones y el 53,66% mujeres. De edad media: 33.25 años. El hospital de procedencia mas frecuente fue el Hospital Miguel Servet de Zaragoza (14,6%). El tiempo medio de antelación para fijar la rotación fue de 14.32 meses y la duración de la rotación, en el 57,50% fue de 3 meses, seguido de 2 meses en el 17,5%. El 46,3% y el 39,2% eran R5 y R4 respectivamente en ese momento

PÓSTERS

De media participaron en 49 procedimientos laparoscópicos, siendo la prostatectomía radical sin linfadenectomía y con linfadenectomía, las mas frecuentes, (29 y 10% respectivamente), y realizaron de forma completa 5 cirugías al terminar su rotación.

Respecto a cirugía litiásica , la participación media fue de 12.6 cirugías y en cirugía infantil, 6.6 procedimientos.

CONCLUSIONES

Para los 41 participantes la adaptación al servicio fue fácil, el 100% considera importante la rotación y todos la recomendarían.

Así pues, concluimos que nuestro programa de rotación enriquece y beneficia a aquellos que participan en él y esta respuesta positiva es bidireccional .



VIDEOS

VI- ABORDAJE LAPAROSCÓPICO EN RIÑÓN ECTÓPICO PÉLVICO

García Catalán, Alba; Martínez Corral, M^a Elena; Fernández Yáñez, Antonio; Castillo Mejías, Carlota; Rey Rey, Jorge; Martínez Couceiro, Saturnino; Valero Gómez, Manuel(1); García Freire, Camilo.

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

(1)Servicio de Anestesiología y Reanimación.

OBJETIVOS

Aproximadamente entre el 20 y el 30% de las anomalías congénitas afectan a riñones y uréteres. La ectopia renal ocurre entre la sexta y octava semana intraútero al detenerse el ascenso entre la 3^a vértebra sacra y la 2^a lumbar. El riñón pélvico es el tipo más común de ectopia renal y se asocia a hidronefrosis y nefrolitiasis. En los casos en los que está indicada la nefrectomía, ésta supone un reto por las diferencias en sus relaciones anatómicas y vascularización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 45 años remitido por molestias en hipocondrio izquierdo y masa en hipogastrio.

A la exploración física destacaba la palpación de masa no pulsátil y ligeramente dolorosa en hipogastrio con extensión a fosa iliaca izquierda.

Se realizó el estudio de dicha masa mediante TC abdomino-pélvico que mostró la presencia de riñón izquierdo localizado en fosa iliaca izquierda con marcada dilatación piélica y parénquima adelgazado. El estudio se completó con gammagrafía renal que objetivó contribución de un 6,4% de dicho riñón a la función renal global sin respuesta a estímulo diurético ni cambio postural.

RESULTADOS

Para el abordaje quirúrgico laparoscópico se optó por la posición en decúbito supino con trendelenburg forzado y trocarización pélvica habitual.

VIDEOS

Tiempo de neumoperitoneo: dos horas.

Estancia hospitalaria de tres días sin incidencias ni complicaciones inmediatas.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica informó de pielonefritis crónica con esclerosis glomerular subcapsular y atrofia tubular.

CONCLUSIONES

El abordaje quirúrgico laparoscópico de los riñones ectópicos pélvicos supone un desafío por las diferencias en cuanto a las relaciones anatómicas y vascularización aberrante. Es por ello fundamental la adecuada planificación quirúrgica mediante el correcto estudio anatómico y vascular para ofrecer la técnica más segura y eficaz posible en cada caso.

V2- HEMINEFRECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT: UN RETO QUIRÚRGICO

González Dacal, JA; Zarraonandia Andraca, A; Medina González, A; Camapanario Pérez, R; Ruibal Moldes, R.

GRUPO SUTURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía parcial (NP) es el tratamiento estándar de referencia en tumores renales cT1a. En masas renales estadio clínico cT2 debemos discutir los riesgos y beneficios de NP en pacientes con riñón único, tumores renales bilaterales o enfermedad renal crónica. Si es técnicamente factible, con suficiente volumen parenquimatoso conservable para permitir una función renal posoperatoria suficiente, se debe considerar la NP como una opción terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un mujer de 58 años con hallazgo casual en TAC de presencia de dos tumoraciones renales de aspecto sólido sugestivos de carcinoma de células renales de 7 y 3 cm en riñón derecho y otra lesión renal de 10 cm en polo inferior de riñón izquierdo con una puntuación en la escala nefrométrica RENAL de 10p.

RESULTADOS

Se realiza nefrectomía radical en un primer acto quirúrgico al no ser técnicamente posible por comprometer resultados oncológicos. En un segundo acto quirúrgico realizamos heminefrectomía parcial robótica sobre unidad renal izquierda. Isquemia arterial con bulldogs laparoscópicos. Incisión sobre el parénquima renal e identificación de pseudocápsula tumoral para poder enuclear la lesión. Apertura de vía urinaria. Hemostasia selectiva y renorrafia por planos siendo preciso reforzar la hemostasia con pinza bipolar. Tiempo quirúrgico total de 160 minutos con isquemia de 38 minutos. Sangrado de 300cc. No necesario transfusión inmediata. El paciente no precisa de sesión de hemodiálisis manteniendo función renal. Estancia hospitalaria de 4 días. Anatomía Patológica: carcinoma de células renales pT2, bordes quirúrgicos negativos. Seguimiento: 20 meses, sin recidiva.

CONCLUSIONES

La nefrectomía parcial robótica (NP) es más favorable que la NP laparoscópica en términos de menor tasa de conversión a cirugía radical, mejor preservación de masa nefronal, menor

VIDEOS

duración de la estancia hospitalaria y un tiempo de isquemia caliente más corto. La NP representa una opción de tratamiento viable para los tumores renales más grandes, ya que proporciona un control equivalente del cáncer y una mejor preservación de la función renal, con potencial para una mejor supervivencia a largo plazo. En el manejo de masas renales en pacientes monorrenos siempre y cuando podemos garantizar unos resultados oncológicos óptimos debemos optar por una cirugía conservadora de nefronas para evitar que el paciente entre en un programa de diálisis y ofrecer una mejor calidad de vida.

V3- TUMORECTOMIA RENAL POR RETROPERITONEOSCOPIA EN T1B

Zarraonandia, Anton(1); Plaza, Cristina(1); Sanz, Mónica(2); Ruibal, Leticia(1); Sousa, Angela(1); González-Dacal, Juan(1); Rodríguez, Higinio(1).

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(2) *Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.*

OBJETIVOS

Siempre que sea posible se debe ofrecer a un paciente con tumor renal una cirugía conservadora sin importar la vía de acceso. Actualmente la cirugía de mínima invasión como la laparoscopia o robótica se ha desarrollado mucho, permitiéndonos realizar procedimientos complejos. La vía de acceso más utilizada es la transperitoneal, siendo menos frecuente la retroperitoneal. La retroperitoneoscopia es una herramienta muy útil para realizar este tipo de procedimiento en tumores de valva posterior. Presentamos el caso de una tumorectomía por retroperitoneoscopia.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 48 años con hallazgo en TAC: Masa en tercio medio de cara posterior de riñón derecho, de 4,2x5,2cm, protruyendo en borde y contactando con fascia posterior. Renal score calculado de 10p.

RESULTADOS

El paciente es colocado en decúbito lateral izquierdo. A nivel de punta de 12va costilla se realiza incisión de 10mm y disecan planos hasta acceder a retroperitoneo. Con balón echo con dedo de guante y 400cc de SF se crea espacio y colocación de trocates bajo visión directa. Se identifica pedículo y procede a liberación de grasa perirrenal para identificar tumor. Se comienza tumorectomía sin isquemia. Al presentar sangrado que dificulta visualización se realiza clampaje arterial. Exéresis de tumor por planos de clivaje. Renorrafia en 2 planos y desclampaje con isquemia de 31 minutos. El paciente evoluciona sin complicaciones siendo dado de alta alta 3er día. La anatomía patológica muestra carcinoma renal de células claras de 5,4cm, grado 3 de WHO/ISUP con márgenes negativos, T3AN0MO.

En control a los 3 meses no se aprecian recidivas con creatinina de 0,89mg/dl

CONCLUSIONES

La retroperitoneoscopia es un procedimiento de mínima invasión factible y seguro, con resultados equiparables a otras técnicas. Debe ser una herramienta más en las diferentes vías de acceso quirúrgicas para cualquier urólogo. Para poder realizar este tipo de procedimiento complejo es necesario conocer la anatomía y estar familiarizado con técnicas de disección y sutura laparoscópicas avanzadas.

V4- TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO

López Fernández, A; Vázquez-Martul D; Barbagelata Lopez, A; Iglesias Alvarado, JR; Ponce Díaz-Reixa JL; Fndiño Argibay, A.; Chantada Aval, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La retroperitoneoscopia es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que nos ofrece ciertas ventajas en el tratamiento de la patología renal frente a la laparoscopia transperitoneal como son el control rápido y directo de la arteria renal, mantener la inviolabilidad intraperitoneal e intestinal así como un acceso más directo a los neoformaciones con localización renal posterior. Estos conceptos sumados a la reducción de accesos suponen el mayor exponente de la cirugía mínimamente invasiva en el abordaje de los tumores renales.

Es nuestro objetivo describir gráficamente el primer caso descrito de tumorectomía renal retroperitoneoscópica por puerto único incluyendo todos los pasos técnicos de la cirugía conservadora de nefronas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente de 45 años de edad con antecedentes quirúrgicos de apendicectomía y anexectomía izquierda laparoscópica por enfermedad benigna. En TC de abdomen previo se identifica lesión sólida de 28 mm en polo inferior de riñón izquierdo, (RENAL score 6p). Tras la valoración conjunta con la paciente se decide realizar tumorectomía renal por retroperitoneoscopia, comentando la posibilidad de un abordaje mediante un único acceso.

Con la paciente en decúbito lateral derecho con ligera flexión se realiza una única incisión de 35 mm a nivel subcostal en donde situamos el trocar multicanal. Es indispensable también el uso de material precurvado para mantener los principios de triangulación y lateralidad.

Resultados

El tiempo quirúrgico total fue de 120 minutos realizando tumorectomía anatómica del tumor mediante corte frío y disección roma con posterior renorrafia del parénquima en dos planos. El tiempo de isquemia caliente fue de 23 minutos con un sangrado intraoperatorio inferior a 200 cc. No fue necesaria la colocación de ningún trocar accesorio.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas manteniendo un dolor postoperatorio EVA 1 sin necesidad de analgesia intravenosa. La anatomía patológica informa de un angiomiolipoma renal de 3 cm con bordes quirúrgicos libres.

VIDEOS

CONCLUSIONES

La tumorectomía renal mediante un abordaje retroperitoneal por puerto único es una técnica posible aunque técnicamente demandante, si bien aúna todos los principios de la cirugía mínimamente invasiva, induciendo un mínimo dolor postoperatorio y con unos resultados cosméticos óptimos.

V5- COMO TRATAR MEDIANTE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA UN ANGIOMILIPOMA RENAL GIGANTE DE 13 CM.

Autores: Zarraonandia Andraca, A (1,2) ; Hernández Escobar, S(3); González Dacal, J.A(1,2).; Plaza Alonso, C(1); Ruibal Gago, L(1); Sousa Iglesias, A(1); Novo Gómez, N(1); López López, B(1); Rodríguez Núñez, H(1); Ruibal Moldes, M(2).

(1) *Complejo Hospitalario de Pontevedra*

(2) *SutURO Cirugía Urológica*

(3) *Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín*

OBJETIVOS

El angiomiolipoma es la tumoración sólida renal benigna más frecuentemente observada en la práctica clínica. El manejo clásico es conservador, recomendándose la cirugía como tratamiento de elección, fundamentalmente en aquellas lesiones con tamaño por encima de 4 cm, debido fundamentalmente a riesgo de sangrado y rotura espontánea. La embolización arterial selectiva es mencionada en nuestras guías de actuación clínica como una opción de tratamiento en angiomiolipomas de gran tamaño previo a la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 44 años sin antecedentes de interés, valorada en consulta por macrohematuria intermitente de varios meses de evolución. En el TAC de abdomen se objetiva una masa retroperitoneal derecha de 13 cm de diámetro máximo, que parece depender del polo inferior renal, sugiriendo angiomiolipoma como primera posibilidad. Dado el tamaño y morfología de la lesión, se decide embolización previo a la cirugía.

RESULTADOS

Cateterización y embolización selectiva de los diferentes vasos nutricios de la lesión con buenos resultados angiográficos.

Segundo tiempo: exéresis de la lesión vía laparoscópica sin necesidad de clampaje arterial sin incidencias. Tiempo de cirugía: 55 min. Sangrado estimado: 200 cc. Alta hospitalaria: 48 horas. Tamaño de la pieza: 13 cm diámetro máximo. Anatomía Patológica: compatible con angiomiolioma

CONCLUSIONES

La embolización previa a la cirugía en angiomiolipomas gigantes, podría ser una técnica segura y eficaz tal y como sugieren nuestras guías de actuación clínica, no sólo para disminuir el riesgo de sangrado espontáneo hasta que tenga lugar la cirugía, sino para realizar la exéresis de la lesión con mayor seguridad y menor riesgo de sangrado durante la misma.

V6- EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE RECIDIVA LOCAL DE TUMOR RENAL DERECHO TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL PRIMARIA.

Sanz del Pozo, Mónica.(1,3); González Dacal, Juan Andrés.(2); Ruibal Gago, Leticia (2); Zarraolandia Andraca, Antón (2); López Pérez, Borja (2); García-Riestra, Vicente. (2); Rodríguez Nuñez, Higinio (2).

(1) *Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

(2) *Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

(3) *Instituto de Investigación Sanitaria Aragón (IIS Aragón). Zaragoza.*

INTRODUCCIÓN

La recidiva local aislada tras nefrectomía parcial es una entidad rara, que ocurre en un 0.7-1.8% de casos, siendo más frecuente si se han hallado márgenes quirúrgicos afectos en la pieza quirúrgica inicial o también por multifocalidad tumoral. A pesar de su pequeño porcentaje, resulta necesario su identificación precoz mediante seguimiento con pruebas de imagen. La resección quirúrgica de las recidivas aumenta la supervivencia a largo plazo.

OBJETIVOS

Dar a conocer una entidad relativamente poco frecuente, como es la recidiva local del cáncer de células renales (CCR), poniendo de manifiesto el papel de la cirugía laparoscópica en su manejo, con posibilidad de realización de una segunda cirugía conservadora de nefronas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 72 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica y apendicectomía, intervenido de nefrectomía parcial derecha laparoscópica en el año 2017 en otro centro (no consta protocolo quirúrgico) con Anatomía Patológica de CCR Furhman 2, con margen quirúrgico positivo. En un TAC de control de su enfermedad, realizado 3 años tras la intervención, se encuentra lesión de 1.5 cm compatible con recidiva de tumor renal derecho.

RESULTADOS

Se realiza abordaje laparoscópico, objetivando adherencias entre asas de delgado y ángulo hepático del colon, procediéndose a su liberación. Se identifica la masa en polo superior renal, sobre los hem-o-loks de la nefrectomía parcial previa. Impresiona de infiltración hepática, por lo que se realiza resección en bloque de recidiva y segmento hepático.

La anatomía patológica resulta un nódulo fibrocolagenizado y calcificado, tejido hepático con esteatosis macrovacuolar. Sin malignidad.

CONCLUSIONES

El abordaje laparoscópico de las recidivas de tumor renal resulta seguro y resolutivo, aportando ventajas en la morbilidad postoperatoria del paciente; debe realizarse por manos expertas dado que, al tratarse de un campo quirúrgico reintervenido, resulta técnicamente más complejo.

BIBLIOGRAFÍA

- García Galistgeo, E.; Morales Jiménez, P.; Hernández Alcaraz, D.; Baena González, V. Recidiva local del tumor renal. *Actas Urol. Esp.* 2009;33(5):603-608.
- Itano NB, Blute ML, Spotts B, Zincke H. Outcome of isolated renal cell carcinoma fossa recurrence after nephrectomy. *J Urol.* 2000;164(2):322-325.
- Schrodte S, Hakenberg OW, Manseck A, Leike S, Wirth MP. Outcome of surgical treatment of isolated local recurrence after 928 radical nephrectomy for renal cell carcinoma. *J Urol.* 2002;167(4):1630-1633.
- B. Ljungberg, L. Albiges, J. Bedke, A. Bex, U. Capitanio, R.H. Giles et al. Renal Cell Carcinoma. EAU Guideline. ISBN 978-94-92671-13-4.

V7- PIELOPLASTIA DERECHA ITERATIVA POR MINILAPAROSCOPIA.

López Fernández, A.; Vázquez- Martul, D.; Rodríguez Rey, S.; Iglesias Alvarado, J. R.; Altez Fernández, C.; Rollón Prieto, G.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

Intervenciones posteriores tras el fracaso del primotratamiento en las estenosis de la unión pieloureteral (UPU) son siempre un reto por el incremento en la dificultad técnica y menores tasas de éxito. A pesar de ello, mantener los principios de mínima invasión sigue siendo posible a través de la reducción en el calibre de los accesos e instrumental.

Presentamos el caso de una pieloplastia derecha por miniLaparoscopia tras fracaso de intervención previa sobre dicha unidad renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 36 años con realización de pieloureterolisis laparoscópica en 2012 y con persistencia de dolor cólico lumbar derecho. En TC de control se evidencia dilatación pielocalicial sin paso de contraste a uréter proximal con una eliminación enlentecida en el renograma. La paciente presenta además colecistectomía laparoscópica los meses previos. Dados hallazgos y clínica se decide intervención quirúrgica.

RESULTADOS

Con paciente en decúbito lateral izquierdo se realiza pieloplastia derecha tipo Anderson-Hynes por miniLaparoscopia empleado 3 trocares de 3 mm y trocar óptico de 5 mm. El tiempo quirúrgico total fue de 165 minutos sin sangrados o incidencias relevantes ni necesidad de dejar drenaje.

La paciente fue dada de alta en menos de 48 horas con (dolor postoperatorio EVA 1), con retirada de cateter ureteral a las 5 semanas de la intervención.

El resultado A-P evidencia un engrosamiento fibroinflamatorio del segmento de la UPU. En controles posteriores se objetiva mejoría de la ectasia renal y ausencia de sintomatología local.

CONCLUSIONES

La cirugía iterativa siempre supone un reto, pero en casos de cirugía reconstructiva no exerética podemos seguir apostando por accesos de calibres reducidos.

V8- ESTENÓSIS DE LA UNIÓN PIELO URETERAL- RESOLUCIÓN MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA.

R. Campanario, A. Medina ,J.A. González Dacal , A. Zarraonandía, M. Ruibal
SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La obstrucción de la unión pélvico-ureteral corresponde a una alteración del transporte urinario que puede conducir a una disfunción renal si no se trata. Varios mecanismos pueden causar la obstrucción del uréter, incluidos factores intrínsecos o factores extrínsecos como la presencia de vasos polares. El tratamiento de la enfermedad se basa en abordajes quirúrgicos, siendo la pieloplastia el tratamiento “gold standard”. La técnica consiste en extirpar el segmento ureteral patológico y transponerlo a los vasos anómalos.

La cirugía robótica gracias a su gran precisión supone una ventaja en el tratamiento de esta compleja patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un vídeo donde se describen los recursos técnicos necesarios para poder desarrollar esta técnica:

- 1) Acceso transperitoneal.
- 2) Identificación de estructuras: uréter/ vaso polar
- 3) Trasposición uretral

RESULTADOS

Se visualiza en este vídeo como con una disección vascular completa y una adecuada transposición ureteral es posible realizar una cirugía reconstructiva cumpliendo los principios de precisión y seguridad.

CONCLUSIONES

Una técnica quirúrgica exigente que consiga una disección vascular completa asociada a una adecuada espatulación y transposición ureteral, serán la clave para poder solventar con éxito una compleja situación como es la estenosis de la unión piel- ureteral.

PALABRAS CLAVE

Estenosis de la unión piel-ureteral, cirugía robótica.

V9- RECONSTRUCCION LAPAROSCOPICA DE LESION URETERAL PROXIMAL MEDIANTE TECNICA DE YANG-MONTI.

Zarraonandia, Anton (1,2); López, Eduardo(3); Ruibal, Leticia (1); Sousa, Angela(1); González-Dacal, Juan(1,2); Rodríguez, Higinio(1); Ruibal, Manuel(2).

(1) *Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

(2) *SutURO CIRUGÍA UROLÓGICA*

(3) *Hospital Universitario La Paz*

OBJETIVOS

La reparación de lesiones ureterales altas supone un gran desafío. El reemplazo mediante un uréter ileal se considera por lo general como uno de los últimos recursos para defectos muy extensos que no son susceptibles de reconstruirse por otros medios.

El objetivo es describir la reparación realizada íntegramente mediante cirugía laparoscópica de una lesión de uréter proximal que precisó interposición intestinal.

MATERIAL / MÉTODO

Mujer de 42 años de edad, que presentó una lesión iatrogénica de uréter proximal post cirugía de otro servicio

El TAC muestra lesión ureteral proximal izquierdo y un gran urinoma. Se coloca nefrostomía, la pielografía anterógrada confirma lesión uréter proximal a 3 cm de la pelvis renal. Se propone cirugía reconstructiva laparoscópica.

RESULTADO

Primer tiempo: paciente en decúbito supino. Colocación de 4 trocares en abanico a nivel umbilical. Liberación completa de la vejiga. Se realiza vejiga psoica y Flap de Boari.

Segundo tiempo: Colocación de la paciente en decúbito lateral derecho. Colocación de 4 trocares a nivel paramediano izquierdo. Se identifica uréter en cruce iliaco y asciende hasta lesión a 3 cm de pelvis renal. Disección de pelvis renal dilatada, uréter proximal y liberación de riñón. Exéresis de la masa inflamatoria/fibrosa y sección de uréter zona viable.

Selecciona asa de íleon de 5 cm y reconstrucción de tránsito intracorporeo.

Siguiendo principio de Yang-Monti se secciona asa de forma longitudinal y realiza anastomosis término-terminal del extremo uréter/íleon e íleon/flap de Boari. El tiempo quirúrgico fue de 240 minutos. La paciente presentó buena evolución post operatoria, siendo dada de alta al 5to día PO. A los 45 días PO se realiza pielografía anterógrada sin evidenciarse fugas

VIDEOS

CONCLUSIONES

Las lesiones ureterales proximales son siempre un reto quirúrgico. En este caso se han utilizado diversas técnicas quirúrgicas mediante el abordaje laparoscópico para poder lograr un resultado satisfactorio, evitando complicaciones, estancia hospitalaria prolongada y aportando un resultado estético excepcional.

V10- ASPECTOS TÉCNICOS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL: ¿PODEMOS MEJORAR NUESTRA TÉCNICA QUIRÚRGICA?

González Dacal, JA(1,2); Zarraonandía Andraca(1,2), A; Plaza Alonso, C(1); Rodríguez Nuñez, H(1); Medina González A(1,2); Campanario Pérez(1,2), R; Ruibal Moldes, M(2)

(1) *CHU Pontevedra.*

(2) *Grupo SUTURO Cirugía Urológica*

La precisión de la cirugía laparoscópica con visión 3D y el uso cada vez más extendido del robot Da Vinci, unido a un mejor conocimiento de las estructuras anatómicas, nos ha permitido obtener mejores resultados funcionales en la cirugía del cáncer de próstata sin comprometer los resultados oncológicos.

Presentamos en el siguiente vídeo los distintos puntos críticos que podemos encontrarnos durante la prostatectomía radical y cómo podemos superarlos obteniendo los mejores resultados en cuanto continencia, función sexual y prevención de eventuales complicaciones.

Un adecuado conocimiento de la anatomía prostática y de las estructuras implicadas en su disección es fundamental para permitir la obtención de unos resultados óptimos que mejoren la calidad de vida de nuestros pacientes.

VII- PRESERVACIÓN DE LOS HACES NEUROVASCULARES DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

González Dacal JA, Zarraonandía Andraca A, Medina González A, Campanario Pérez R, Ruibal Moldes M.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCION

La prostatectomía radical asistida por robot es una opción para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata clínicamente localizado.

La precisión de la cirugía laparoscópica con visión 3D y el uso cada vez más extendido del robot Da Vinci, unido a un mejor conocimiento de las estructuras anatómicas, nos ha permitido obtener mejores resultados funcionales en la cirugía del cáncer de próstata sin comprometer los resultados oncológicos.

Presentamos en el siguiente vídeo donde mostramos el paso a paso de los puntos críticos que podemos encontrarnos durante la prostatectomía radical con preservación de bandeletas neurovasculares con el fin de intentar obtener los mejores resultados en cuanto continencia y función sexual.

Los nervios cavernosos son de tamaño milimétrico y recorren la próstata dentro de un haz de tejido graso y componentes vasculares. Partiendo de este conocimiento anatómico microscópico y con la ayuda del aumento y la visualización mejorados que proporciona la plataforma robótica, algunos autores han propuesto utilizar la vasculatura prostática como punto de referencia para realizar una disección con conservación de nervios.

Esta red vascular es extremadamente difícil de identificar durante la cirugía convencional, pero se puede identificar fácilmente durante enfoques mínimamente invasivos, lo que permite la preservación selectiva de los tejidos circundantes e incluso la elección del porcentaje específico de capa que se conservará.

Nuestra técnica de RRP ha incorporado, en los últimos años, muchas modificaciones basadas en la comprensión de la anatomía precisa y variaciones de la misma. El grado de conservación de los haces neurovasculares se asocia a una mejora en los resultados en continencia urinaria y función sexual.

V12- TÉCNICA DE PRESERVACIÓN DE CUELLO VESICAL DURANTE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

González Dacal JA, Zarraonandía Andraca A, Medina A, Campanario R, Ruibal Moldes M.

GRUPO SUTURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La prostatectomía radical (PR) es el tratamiento quirúrgico estándar para el cáncer de próstata localizado (CaP) obteniendo excelentes resultados oncológicos. Sin embargo se asocia con una importante morbilidad postoperatoria como es la incontinencia urinaria y la disfunción eréctil pudiendo causar una disminución significativa en la calidad de vida de los pacientes.

Aunque la recuperación de la continencia urinaria depende de varios factores, la técnica quirúrgica parece ser la más importante.

La precisión de la cirugía laparoscópica con visión 3D y el uso cada vez más extendido del robot Da Vinci, unido a un mejor conocimiento de las estructuras anatómicas, nos ha permitido obtener mejores resultados funcionales en la cirugía del cáncer de próstata sin comprometer los resultados oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La técnica de preservación del cuello de la vejiga se desarrolló en un intento de preservar el esfínter interno. Varios autores han informado que esta técnica facilitó la recuperación de la continencia urinaria sin comprometer el control oncológico de la PR.

RESULTADOS

Presentamos en el siguiente vídeo la técnica de preservación de cuello vesical realizada por nuestro grupo durante la prostatectomía radical robótica con el fin de obtener los mejores resultados en cuanto a continencia y prevención de eventuales complicaciones.

A través de la visión ampliada, podemos ver claramente las distintas capas de fibras musculares descritas por anatomistas. La identificación clara de estas capas permite una meticulosa preservación de un tracto largo del cuello intraprostático mediante disección con tijera fría de planos tisulares naturales, evitando el cauterio para crear el plano quirúrgico.

VIDEOS

CONCLUSIONES:

Estudios recientes muestran que durante la PR robótica la técnica de preservación de cuello vesical acelera la continencia sin comprometer los resultados oncológicos. La preservación del cuello también ha mostrado varias otras ventajas, incluido un menor riesgo de contractura del cuello de la vejiga, menores tasas de lesión uretral y reducción de la fuga urinaria anastomótica.

V13- ACCIDENTE VASCULAR EN LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA ROBÓTICA- RESOLUCIÓN PASO A PASO

R. Campanario, A. Medina, A. Zarraonandía, J. González Dacal M. Ruibal

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía en el Carcinoma prostático (CaP) no aporta un incremento en supervivencia únicamente información pronóstica. Mediante esta técnica quirúrgica conseguimos el vaciamiento ganglionar del eje ilíaco externo, la fosa obturatriz y la arteria ilíaca interna; regiones en las cuales se localizan el 75% de las potenciales metástasis en CaP. Los accidentes vasculares son situaciones estresantes normalmente consecuencia de un progreso quirúrgico sub óptimo. Mostramos en video ilustrativo los diferentes pasos quirúrgicos para la realización de una linfadenectomía estandarizada, así como los recursos técnicos necesarios para la reparación de un accidente vascular severo.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos un vídeo donde se describen los recursos técnicos necesarios para poder desarrollar esta técnica:

- 1) Identificación de estructuras anatómicas
- 2) Linfadenectomía extendida
- 3) Accidente vascular (Sección de arteria iliaca)
- 4) Clampaje vascular/ Sutura

RESULTADOS

Se visualiza en este vídeo como con una disección vascular completa es posible solventar un posible accidente vascular con garantías de seguridad mediante acceso robótico.

CONCLUSIONES

Una técnica quirúrgica exigente que consiga una disección vascular completa asociada a un adecuado clampaje, serán la clave para poder solventar con éxito una situación estresante como es un accidente vascular.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata, cirugía robótica, accidente vascular

V14- CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJER: PRESERVACIÓN DE ESTRUCTURAS ANATÓMICAS Y DERIVACIÓN URINARIA ORTOTÓPICA

González Dacal, JA(1,2); Zarraonandía Andraca(1,2), A; Plaza Alonso, C(1); Rodríguez Nuñez, H¹; Medina González A(1,2); Campanario Pérez(1,2), R; Ruibal Moldes, M(2)

(1) *CHU Pontevedra.*

(2) *Grupo SUTURO Cirugía Urológica*

INTRODUCCIÓN

La Cistectomía con preservación de órganos pélvicos femeninos con el fin de mantener la función sexual, es un procedimiento aceptado y recomendado en las guías clínicas, teniendo en cuenta una selección óptima de las pacientes basada en la localización del tumor y su extensión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 44 años con episodio de hematuria macroscópica y antecedente de fumadora habitual de 40 cigarrillos/día. Realizado estudio ecográfico con hallazgo de tumoración vesical de aproximadamente 2 cm. Que se confirma su diagnóstico y localización mediante cistoscopia.

Estudio anatomopatológico tras realizarse RTU de vejiga que informa de carcinoma de células transicionales de alto grado con afectación de la capa muscular (T2).

Estudio de extensión negativo para metástasis a distancia.

RESULTADOS

Se realiza Cistectomía Radical con preservación de órganos pélvicos femeninos, linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral y derivación urinaria tipo neovejiga ileal.

Tiempo quirúrgico: 270 minutos

Estancia hospitalaria: 6 días.

Estudio anatómico patológico: carcinoma de células transicionales de alto grado pT2N0M0

CONCLUSIONES

Una disección minuciosa permitirá la preservación del útero y sus ligamentos, estrategia óptima para la prevención de un prolapso del compartimento anterior. Así mismo, la conservación de la vagina permite conservar la función sexual.

V15- PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR ROBÓTICA EN CISTECTOMÍA CON DERIVACIÓN INTRACORPÓREA

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Anton; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La cistectomía robótica se ha convertido en el tratamiento de referencia en el carcinoma vesical infiltrante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro objetivo al presentar este vídeo es mostrar las ventajas que aporta la cirugía robótica en la realización de la preservación neurovascular al realizar una cistectomía robótica con posterior derivación intracorpórea.

Se muestran los planos de disección para una correcta realización de una preservación neurovascular en la cistectomía.

RESULTADOS

Para la preservación neurovascular adecuada de las bandeletas neurovasculares se realiza una disección intrafascial con buen control de los pedículos vesicoprostáticos. Las ventajas que nos aporta la cirugía robótica tales como una visión aumentada, en 3 dimensiones, instrumentos de muy pequeño tamaño con una capacidad de movimiento de mas de 360° nos permiten poder realizar en todo momento una disección cuidadosa y completa de los pedículos neurovasculares hasta llegar al ápex prostático.

CONCLUSIÓN

El abordaje robótico para la realización de la cistectomía robótica intracorpórea con preservación aporta grandes ventajas permitiendo una preservación completa de las bandeletas neurovasculares aumentando las posibilidades de mejorar los resultados funcionales postoperatorios siempre que sea realizada por un urólogo experto.

V16- CISTECTOMÍA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA CON NEOVEJIGA ILEAL INTRACORPÓREA POR PARAGANGLIOMA VESICAL

Rodríguez González, Arlene; Vázquez-Martul Pazos, Darío; Aller Rodríguez, Marcos; Rodríguez Rey, Susana; Fandiño Argibay, Ana; Salgado Novoa, Jorge; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Chantada Aval, Venancio.

Servicio de Urología C.H.U de A Coruña.

INTRODUCCIÓN

El paraganglioma es una neoplasia de origen neuroendocrino poco frecuente que puede aparecer en diversas localizaciones del organismo. Su presentación a nivel vesical es rara y representa aproximadamente el 0,06% de todos los tumores de vejiga. Sus manifestaciones clínicas más frecuentes son la hipertensión, palpitaciones, sudoración y cefalea. Es característico de la presentación vesical la aparición de síncope o hipotensión postmiccional. Su tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica siempre que sea posible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 50 años con un paraganglioma vesical que cursa con clínica de hematuria macroscópica, dolor pélvico e hipertensión arterial mal controlada. Tras una RTU de vejiga con muestra histológica sin evidencia de malignidad, el diagnóstico se realiza mediante una biopsia percutánea ecoguiada de la masa pélvica dependiente de la pared vesical. Para su tratamiento, tras un estudio de extensión negativo y bloqueo alfa y beta adrenérgico, se realiza una cistectomía subtotal laparoscópica e histerectomía con preservación de cuello vesical, trigono y vagina y realización de neovejiga ileal intracorpórea con el fin de mejorar los resultados funcionales en este tipo de intervención.

RESULTADOS

La cirugía se lleva a cabo sin complicaciones intraoperatorias ni aparición de complicaciones postquirúrgicas. La anatomía patológica definitiva muestra un paraganglioma de pared vesical de 6cm estadio pT3a con bordes quirúrgicos libres. Ante la aparición de dolor en miembro inferior izquierdo a las dos semanas de la intervención se repite estudio con TC abdomino-pélvico evidenciándose una lesión metastásica ósea a nivel de L5-S1, no presente en estudios de imagen previos, que se trata con radioterapia y quimioterapia. La paciente muestra una buena respuesta al tratamiento y actualmente, tras dos años de seguimiento, presenta estabilidad de la enfermedad metastásica y ausencia de recidiva local. Desde el punto de vista funcional tiene continencia urinaria completa desde la retirada de la sonda vesical.

CONCLUSIONES

A pesar de tratarse de una técnica con escasas referencias en la literatura, la cistectomía subtotal laparoscópica con reconstrucción posterior intracorpórea es un procedimiento viable y seguro de cara a mejorar los resultados funcionales en pacientes con tumores vesicales seleccionados.

V17- URETERECTOMÍA IZQUIERDA CON REIMPLANTE URETERAL DERECHO ROBÓTICO EN PACIENTE CISTECTOMIZADO

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén;zarraonandía Andraca, Anton; González Dacal, Juan; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

La cistectomía robótica se ha convertido en uno de los tratamientos de elección en el carcinoma vesical infiltrante.

Está es una cirugía compleja que debe ser realizada por urólogos con experiencia ya que presenta un porcentaje no desdeñable de posibles complicaciones.

Nuestro objetivo es mostrar la realización de una ureterectomía izquierda con reimplante de uréter derecho realizada por cirugía robótica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un varón de 78 años con antecedente de cistectomía laparoscópica con derivación bricker vía abierta por carcinoma vesical infiltrante hace 6 años.

Durante el seguimiento el paciente presenta varios episodios de hematuria de forma aislada siendo diagnosticado tras realización de pruebas de imagen y ureterorrenoscopia de tumor urotelial izquierdo distal y proximal.

RESULTADOS

Tras valorar el caso se decide la realización de una nefroureterectomía izquierda, siendo la nefrectomía realizada por vía laparoscópica y el ureterectomía izquierda, el desmontaje del asa de bricker y el reimplante ureteral derecho mediante abordaje robótico.

Tras localizar el uréter izquierdo que se libera completamente hasta localizar su inserción en el asa de bricker, resecaando un trozo del mismo y realizando posteriormente el reimplante del uréter derecho.

Las pérdidas hemáticas durante la intervención fueron de menos de 100 cc. El paciente fue dado de alta sin presentar complicaciones inmediatas ni durante el seguimiento. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma urotelial. Actualmente tras 7 meses desde la intervención el paciente se encuentra asintomático sin presentar recidiva tumoral.

CONCLUSIÓN

El abordaje robótico nos permite la realización de una técnica mínimamente invasiva en cirugías muy complejas como es la realización de una ureterectomía tras para la realización de una cistectomía con derivación bricker de una forma muy segura gracias a todas las ventajas que nos aporta la cirugía robótica.

V18- HOLEP EN PACIENTE CON CIRUGIA DE LASER VERDE PREVIA.

Zarraonandia, Anton; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Ruibal, Manuel

SutURO Cirugía Urológica.

OBJETIVOS

El objetivo de todas las técnicas de la cirugía de hiperplasia benigna de próstata es quitar la mayor cantidad de tejido prostático de la zona transicional para evitar recidivas. En la actualidad las técnicas más eficaces para poder realizar esto son aquellas donde es posible identificar el plano entre el adenoma y la capsula prostática. Estas técnicas son: la adenomectomía y las técnicas de enucleación anatómica endoscópica de la próstata.

Presentamos el caso de un paciente operado mediante HoLEP por presentar STUI secundarios a un crecimiento de restos adenomatosos luego de una cirugía de fotovaporización con laser verde.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 72 años con antecedentes de cirugía de fotovaporización prostática con laser verde hace 5 años. Presenta mala evolución con recidiva. El IPSS era 17+4, flujometría con Q_{max} de 11ml/seg, vol miccional de 122cc y residuo de 80cc y PSA de 1,2ng/dl. La ecografía muestra una próstata de 55cc. En la uretrocistoscopia se aprecia una próstata reseca con crecimiento de ambos lóbulos prostáticos obstructivos. La vejiga es de lucha.

RESULTADOS

El paciente es colocado en posición de litotomía con anestesia regional. Se utilizó un resector de 24fch, laser de Holmio con setting 2J 30Hz pulso corto para disección y 1J 40Hz pulso largo para hemostasia y morcelador Pirahna. Se realizó una liberación precoz de esfínter y técnica EnBlock. El tiempo total de cirugía fue de 48 minutos (38 de enucleación y 8 minutos de morcelación). El peso en fresco del tejido fue de 40gr. El paciente es dado de alta al segundo día sin sonda vesical y presentando continencia inmediata. En la revisión a los 3 meses el paciente presenta un IPSS de 5+1, flujometría de 33ml/seg con residuo negativo y un PSA de 0,24ng/dl.

CONCLUSIONES

En la cirugía de la HBP es importante no dejar restos adenomatosos para evitar recidivas. La cirugía mediante la técnica de HoLEP es una opción adecuada, ofreciendo beneficios como tiempo quirúrgico reducido, estancia hospitalaria y tiempo de sonda cortos.

V19- MILLIN ROBÓTICO, DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Zarraonandia, Anton; González-Dacal, Juan; Campanario, Rubén; Medina, Antonio; Ruibal, Manuel

SutURO Cirugía Urológica.

OBJETIVOS

Hace 20 años solo se podía ofrecer la prostatectomía simple a pacientes con una próstata > a 80cc que necesitaran cirugía por sus síntomas. Actualmente se han desarrollado otras técnicas de cirugía de mínima invasión que buscan disminuir tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria y días con sonda vesical (entre otras). Una de estas técnicas es la prostatectomía simple robótica.

Presentamos el caso clínico de un paciente con STUI secundarios a HBP refractario a tratamiento medico, operado mediante esta técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente 67 años con antecedentes de apendicectomía, HTA y cardiopatía coronaria estable. Valorado en consultas por STUI con IPSS de 24 y que no ha respondido a tratamiento medico con tamsulosina.

Las pruebas muestran: ecografía abdominal una próstata de 95cc con lóbulo medio, flujometría con Qmax de 9ml/seg y 115 cc de residuo post miccional. El PSA de 2,5ng/dl (35%L/T).

Se propone realizar un Millin Robótico.

RESULTADOS

El paciente es posicionado en decúbito supino con Trendelenburg forzado. Se colocan 4 trocares de 8mm en línea a la altura del ombligo. Un 5to trocar accesorio para el asistente se coloca entre los trocares 1 y 2 a derecha.

La técnica consiste en reproducir mediante cirugía robótica la técnica descrita por Millin, et.al. El sangrado durante la intervención < a 50cc. El tiempo quirúrgico fue de 63 minutos, sin presentar complicaciones en el post operatorio. El paciente fue dado de alta sin sonda vesical al 3er día.

En la revisión de los 3 meses presenta IPSS de 5, flujometría con Qmax de 25ml/seg sin RPM. PSA de 0,23ng/dl.

VIDEOS

CONCLUSIONES

Esta técnica demuestra una visualización del campo quirúrgico superior aprovechando toda la libertad de movimientos del robot para realizar una cirugía mas precisa. Todo esto sin aumento de del tiempo quirúrgicos, disminución de las complicaciones post operatorias, disminución de estancia hospitalaria y tiempo de sondaje vesical.

Millin T. Retropubic prostatectomy a new extravesical tecnique.. The Lancet , 1945. 246, 6379; 693 – 6.

V20- LINFADENECTOMÍA INGUINAL BILATERAL POR VIDEOENDOSCOPIA CON APOYO DE FLUORESCENCIA

Iglesias Alvarado, J. R.; Vázquez-Martul, D.; Aller Rodríguez, M.; López Fernández, A.; Rodríguez González, A.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

El abordaje mediante videoinguinoscopia para la realización de la linfadenectomía inguinal fue introducido hace 10 años demostrando buenos resultados oncológicos y una disminución de la morbilidad de hasta un 30% respecto a la cirugía abierta. La implementación de nuevas tecnologías como la fluorescencia en el campo de la videocirugía pueden ser de utilidad en diferentes escenarios, su uso en el tratamiento quirúrgico del cáncer de pene puede ser de utilidad para aumentar la eficacia del procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 49 años con datos clínicos de obesidad, tabaquismo y antecedente de herniorrafia inguinal y con diagnóstico previo tras penectomía parcial de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado pT3cN0. Se decide realizar linfadenectomía inguinal bilateral de estadificación mediante inguinoscopia apoyada por fluorescencia (ICG).

Resultados Con el paciente en decúbito supino y flexión en mariposa de miembros inferiores se realiza linfadenectomía inguinal bilateral a través de 3 accesos en cada muslo. Empleamos fluorescencia como soporte para una completa exéresis del tejido linfograso; por hallazgos de adenomegalias en templates superficiales se realiza linfadenectomía profunda bilateral. El tiempo quirúrgico total fue de 220 minutos. El paciente fue dado de alta en menos de 48 horas con control domiciliario de drenajes que fueron retirados con posterioridad sin incidencias relevantes. El resultado histopatológico confirmó la afectación de un ganglio de forma bilateral para la linfadenectomía superficial (pT1).

CONCLUSIONES

La videoinguinoscopia es una técnica que disminuye la morbilidad de la cirugía abierta con resultados oncológicos superponibles y que permite el uso de técnicas complementarias como la fluorescencia con el fin de aumentar la eficacia de la linfadenectomía de estadificación en el cáncer de pene.

V21- RESECCIÓN DE MASA RETROPERITONEAL POSTQUIMIOTERAPIA ROBÓTICA MEDIANTE LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los tumores testiculares ha avanzado de forma importante en los últimos años logrando unas altas tasas de curación.

En aquellos casos en que persiste masa tumoral residual retroperitoneal tras tratamiento con quimioterapia existe indicación de resección de la misma, habiéndose impuesto en los últimos años las técnicas mínimamente invasivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 37 años sin antecedentes médicos de interés.

Tras diagnóstico de tumor testicular derecho se orquiectomía derecha con diagnóstico de tumor testicular estadio IIIB. Al diagnóstico el paciente presenta marcadores tumorales elevados y una masa retroperitoneal de gran tamaño.

Tras tratamiento con quimioterapia con esquema BEP_{x4} se normalizan los marcadores tumorales y en el TC presenta persistencia de masa de 4,5 cm que comprime la vena cava.

RESULTADOS

Tras valoración detallada del caso se decide la realización de resección de masa residual postquimioterapia robótica mediante linfadenectomía retroperitoneal.

El tiempo quirúrgico fue de 130 minutos y la estancia hospitalaria de 72 horas sin que el paciente presentase complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

CONCLUSIÓN

La cirugía robótica, gracias a todas las ventajas que aporta, representa actualmente el mejor abordaje quirúrgico en la resección de masas residuales retroperitoneales siempre que sea realizada por un cirujano con experiencia ya que permite la extirpación completa de la masa y disminuir de forma importante las agresividad de la cirugía abierta sin comprometer la curación del paciente.

V22- RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULA ILEO-NEOVESICAL

Vázquez-Martul D.; Salgado Novoa, J.; Ponce Díaz, J.L.; Bohorquez Cruz, M; Barbagelata López, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN

Las fistulas entero-neovesicales son una complicación infrecuente tras cistectomía radical con derivación ortotópica, con una incidencia menor al 2% y suelen estar relacionadas con tratamientos o alteraciones previas como radioterapia o diverticulosis colónica. Solo en aquellos casos con ausencia de síntomas y fistulas de escasa cuantía se puede plantear un manejo conservador, en cualquier otro caso la reparación quirúrgica es mandatoria.

En muchos de los casos reportados, el tratamiento quirúrgico suele ser mediante cirugía abierta y comprende la reparación de la fistula, precisando en ocasiones la conversión a una derivación urétero-ileal o la realización de colostomía, entre otras.

Presentamos un caso en donde realizamos una reparación laparoscópica de fistula ileo-neovesical en un paciente sometido previamente a cistectomía radical con realización de neovejiga intracorpórea.

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso presentado es un varón de 65 años de edad sometido a cistectomía radical laparoscópica con realización de neovejiga ileal intracorpórea tras diagnóstico de carcinoma urotelial infiltrante con CIS asociado en RTU previa. En la cistografía de control previa a la retirada de sonda vesical se observa fistula ileo-neovesical a alta presión a nivel de ileon distal. Dado que el paciente presentaba buen estado general con ausencia de sintomatología se optó en un primer momento por manejo semiconservador y cierre con clips mediante endoscopia digestiva baja en donde no se logra identificar ni demostrar claramente trayecto fistuloso.

En nueva cistografía se observa persistencia de la fistula a pesar de clips endoscópicos por lo que se decide reparación quirúrgica.

Con el paciente en decúbito supino con trendlemburg se utilizan los mismos accesos que en intervención laparoscópica previa. Se realiza disección de cara anterior neovesical, individualización de asa ileal (anastomosis mecánica previa) y sección de la misma procediendo a realizar nueva anastomosis ileal término-terminal con sutura así como reparación y cierre a nivel neovesical.

VIDEOS

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 190 minutos. El paciente no presentó ninguna complicación perioperatoria siendo alta al 5o día.

En cisto-TC de control se observa completa integridad neovesical sin fugas así como ausencia de recidivas locales o enfermedad a distancia.

Tras la retirada definitiva de la sonda vesical el paciente presenta continencia precoz a las 4 semanas.

CONCLUSIONES

Las fistulas entero-neovesicales son una complicación infrecuente pero en la mayoría de casos requiere un tratamiento quirúrgico. El abordaje laparoscópico es posible permitiendo un bajo impacto en la recuperación de los pacientes y manteniendo los principios de la cirugía mínimamente invasiva.

V23- SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA POR METÁSTASIS ÚNICA DE CÁNCER DE PULMÓN

Casas Nebra, Javier; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, Cesar; Naveiro Flores, Amaia

Hospital Universitario Lucus Augusti

INTRODUCCIÓN

Las metástasis suprarrenales en el cáncer de pulmón son relativamente frecuentes, un importante número de pacientes con un carcinoma de pulmón pueden presentar metástasis de glándula suprarrenal.

Si la enfermedad metastásica se encuentra localizada en ciertos órganos tales como la glándula suprarrenal y el cerebro, la evidencia científica ha demostrado que su abordaje con intención radical dentro de un tratamiento multidisciplinar puede aumentar la supervivencia.

CASO CLÍNICO

Presentamos el vídeo de una mujer de 59 años, fumadora de 2 paquetes / día sin otros antecedentes personales a destacar.

Diagnosticada en septiembre 2019 mediante PET-TAC de masa pulmonar parahiliar izquierda con metástasis en glándula suprarrenal izquierda.

En octubre 2019 fue sometida a lobectomía izquierda mas linfadenectomía con el diagnóstico anatomopatológico de carcinoma neuroendocrino de célula grande (pT2b N0 M1).

En noviembre 2019 se decide en comité multidisciplinar de tumores suprarrenalectomía izquierda laparoscópica.

CONCLUSIÓN

La suprarrenalectomía laparoscópica como técnica aplicada para la realización de una metasectomía por carcinoma de pulmón representa una mayor complejidad desde el punto de vista técnico ya que los planos anatómicos de disección puede encontrarse muy adheridos y se pudiera producir un sangrado con mayor facilidad de las estructuras vasculares a disecar.

V24- SUPRARRENALECTOMIA POR RETROPERITONEOSCOPIA

Autores: Bellas Pereira, Alejandro; Carballo Quintá, Manuel; Pérez Schoch, Miguel; Díaz Álvarez, Jose María; Sánchez Ramos, J; Freire Rodríguez, A; Ojea Cavo, A.

Servicio de Urología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo

OBJETIVOS

El feocromocitoma representa una entidad poco frecuente en la población pero su secreción de catecolaminas y el riesgo de malignización puede requerir su exéresis. El abordaje retroperitoneal de la glándula suprarrenal es una técnica reproducible en cirujanos con experiencia y alternativa a la vía transperitoneal, evitando la manipulación intestinal y disminuyendo la morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 72 años derivado desde Endocrinología con antecedentes de hipertensión arterial con difícil control médico, DM2 e intervenido de adenocarcinoma de colon. Presenta elevación de metanefrinas en plasma y orina y en TC se observa nódulo adrenal derecho de 3x4x4cm, confirmando feocromocitoma tras MIBG. Se decide realización de suprarrenalectomía derecha por retroperitoneoscopia previo bloqueo adrenérgico. Se recogen diferentes datos quirúrgicos como tiempo operatorio, sangrado, estancia hospitalario o presencia de complicaciones.

RESULTADOS

Se realiza suprarrenalectomía por retroperitoneoscopia a través de 4 trócares y posterior desarrollo de espacio con balón de Gaur. Tiempo quirúrgico: 130 minutos, sangrado intraoperatorio: 60 ml, retirada de drenaje a las 24 horas. No existieron complicaciones Clavien-Dindo en el postoperatorio, dándose el alta a las 72h. El análisis de la pieza fue descrito como feocromocitoma de 3.8 cm, márgenes quirúrgicos sin evidencia de afectación. Puntuación de la escala de PASS: 6.

CONCLUSIONES

El abordaje retroperitoneal es un procedimiento seguro y con baja morbilidad en la patología suprarrenal. Se trata de una técnica reproducible en urólogos con experiencia en laparoscopia. Esta vía de acceso supone una ventaja en pacientes con antecedentes quirúrgicos en pared abdominal anterior.

V25- SUPRARRENALECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA POR PUERTO ÚNICO: TÉCNICA Y RESULTADOS

Vázquez-Martul, D.; Barbagelata López, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; López Fernández, A.; Rodríguez Rey, S.; Janeiro Pais, J.; Freire Calvo, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El abordaje mínimamente invasivo es el más empleado actualmente en el tratamiento de la patología adrenal en donde la retroperitoneoscopia ocupa un lugar a tener en cuenta; no obstante la evolución de esta técnica hacia abordajes todavía menos invasivos como el acceso único es anecdótico. El objetivo de este video es describir los pasos y nuestra experiencia inicial en la cirugía retroperitoneal mediante puerto único (SPORS) para el tratamiento de la patología suprarrenal. .

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos dos ejemplos (adrenal izda. y dcha.) de SPORS en el tratamiento de patología suprarrenal (feocromocitoma y metástasis de carcinoma pulmonar) dentro de nuestra serie inicial con un total de 8 casos consecutivos. Todos los procedimientos se realizaron a través de una única incisión subcostal de 3-4 cm a través de un puerto multicanal. Usamos instrumental precurvado en la mano izquierda del cirujano y material recto convencional en la mano dominante. Todas las cirugías se realizaron con el paciente en decúbito lateral. Recogemos los datos del tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, estancia o presencia de complicaciones. Empleamos la escala visual analgésica (EVA) para puntuar el dolor postoperatorio.

RESULTADOS

Entre Diciembre de 2018 y Abril de 2021 un total de 8 pacientes con patología suprarrenal fueron intervenidos en nuestra Unidad por el mismo cirujano mediante SPORS. Todas las cirugías fueron realizadas sin requerir la colocación de trócares accesorios o reconversión a cirugía abierta. El tiempo quirúrgico total fue 90.4 ± 16.1 minutos con un sangrado inferior a 150 mL en todos los casos (10-150), una estancia media de 29.2 ± 12.5 horas y un dolor postoperatorio cuantificado EVA ≤ 3 (mediana de 0.5) El tamaño medio de las piezas quirúrgicas fue de 59.1 ± 17 mm. No se registró ninguna complicación según la escala Clavien-Dindo.

CONCLUSIONES

La adrenalectomía mediante SPORS es una técnica viable y segura incluso en casos complejos con buenos resultados cosméticos y postoperatorios.

V26- ABORDAJE QUIRÚRGICO INICIAL DE LA ESTENOSIS URETRAL PENEANA BULBAR SECUNDARIA A AMILOIDOSIS

Iglesias Alvarado, Julio R; Bohórquez Cruz, Manuel A; Novo Gómez, Nerea; Janeiro País, Jose; Rollón Prieto, Gema; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

La amiloidosis es una enfermedad poco frecuente, la amiloidosis uretral debe sospecharse siempre que se evalúe a un paciente con un tumor uretral, los pacientes suelen experimentar hematuria, disuria u obstrucción uretral. Presentamos el caso clínico de un varón de 40 años de edad que acude por sintomatología de vaciado descrita como chorro miccional fino y goteo postmiccional, al examen físico se palpa área indurada de aproximadamente 5 cm en uretra peneana media, la flujometría informa un Qmax de 6 curva obstructiva, la CUMS informa estenosis abollonada peneana de aproximadamente 5 cm, en la uretoscopia flexible no se logra sobrepasar uretra peniana media por presencia de abollonamientos que orientan a pensar en compresión extrínseca, por lo que se plantea cirugía. Se realiza incisión peno-escrotal y disección de cuerpo esponjoso, se libera uretra peneana bulbar identificando un segmento de 8 cm completamente indurado, se realiza apertura ventral de uretra evidenciando infiltración completa por un tejido de color pardo de consistencia dura que respeta cuerpo esponjoso, se extrae todo el segmento. Se realiza extracción de dos injertos de mucosa oral y se colocan mediante vicryl 4/0 en defecto uretral, sobre cuerpo esponjoso y albugínea peniana se dan puntos de capitoné sobre el injerto y se suturan bordes de esponjoso e injertos a piel peno-escrotal (Johanson primer tiempo). Se coloca sonda vesical 16 Ch. El resultado de la patología confirma amiloidosis primaria. Meses después se le programa para segundo tiempo de Johanson, encontrando dificultad para la calibración uretral a nivel proximal por fibrosis y sospecha de remanente amiloidótico, se realiza ampliación de los extremos tanto proximal y distal calibrando hasta 30 Ch y se sutura uretra a piel, el resultado de este nuevo tejido es fibrosis no identificando en estudio inmunohistoquímico cadenas ligeras Kappa y Lambda. Actualmente el paciente se encuentra a la espera de cierre definitivo uretral.

V27- MANEJO QUIRÚRGICO DEL DOBLE DIVERTÍCULO URETRAL COMO SECUELA DE URETROPLASTIA CON COLGAJO PREPUICIAL

Iglesias Alvarado, Julio R; Bohorquez Cruz, Manuel A; López Fernandez, Alicia; Rollon Prieto, Gema; Chantada Aval, V.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

Los divertículos de pared uretral pueden ser congénitos o adquiridos, el divertículo uretral masculino adquirido secundario a una uretroplastia previa es una entidad infrecuente, su formación se debe a una estenosis distal, flujo urinario turbulento o la capacidad de los tejidos usados en la uretroplastia para expandirse.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso clínico de un varón de 66 años de edad con antecedentes de fotovaporización láser de próstata y uretroplastia con colgajo prepucial pediculado por estenosis uretral hace 7 años, acude a consulta por clínica de infecciones urinarias de repetición, goteo postmiccional y abultamiento ventral en pene tras la micción, se le realiza una flujometría presentando un Q_{max} de 22.3 ml/seg con mínimo residuo, una CUMS que informa la presencia de dos divertículos de aprox 2.5cm cada uno en cara ventral de uretra esponjosa sin estenosis asociadas. Se realiza uretroscopia flexible corroborando dichos divertículos de cuello ancho sin observar áreas estenóticas asociadas ni litiasis en su interior.

RESULTADOS

Previo instilación de azul de metileno vía uretral se realiza abordaje perineal hasta disecar cuerpo esponjoso, aislamiento de uretra e identificación de divertículos uretrales, disección y sección de los divertículos conservando remanente uretral lateral de aprox 5cm. Obtención de injerto de mucosa oral, fijación de injerto con vicryl 4/0 a albugínea peneana, puntos de capitoné y lateralmente anastomosis a remanente uretral previa colocación de sonda 16 Ch. Cierre por planos. Se realiza CUMS de control al mes evidenciando cambios postquirúrgicos y un mínimo divertículo de < 1cm, el paciente presenta buena calidad miccional sin goteo tras la retirada de la sonda vesical una flujometría con un Q_{max} similar al previo y no ha vuelto a tener infecciones.

CONCLUSIÓN

La uretroplastia con injertos de mucosa bucal tienen una superficie luminal más regular y son menos susceptibles de distenderse que la piel del pene, siendo la mejor opción para evitar formar nuevos divertículos.

V28- URETROPLASTIA DE AVANCE EN ESTENOSIS DE URETRA DISTAL FEMENINA

Bohórquez Cruz M; Janeiro Pais J; Novo Gómez Nerea; López Fernandez A; Iglesias Alvarado J; Chantada Aval V.

Hospital universitario A Coruña

La estenosis uretral femenina se presenta de manera menos frecuente que en el varón y muchas veces su clínica lleva a diagnósticos erróneos o es infra diagnosticada debido a su baja prevalencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, que se sigue en nuestras consultas por presentar clínica miccional de vaciado. Tras el diagnóstico de estenosis de uretra es programada para dilataciones uretrales, en las que se mantiene varios meses, posteriormente la paciente se valora en la unidad de cirugía reconstructiva decidiéndose realizar uretroplastia.

Se somete a la paciente a uretroplastia tras la realización de cistoscopia intraoperatoria para identificar el nivel de la estenosis. Dado que la estenosis se presenta a nivel distal se decide por uretroplastia de avance sin necesidad de colgajos o injertos.

RESULTADOS

Tras la intervención la paciente presenta mejoría en su calidad miccional con la subsecuente mejoría en la calidad de vida; manteniéndose este bienestar en el tiempo, durante el seguimiento, hasta la actualidad.

CONCLUSIONES

La uretroplastia femenina es una intervención factible en la practica clínica urológica, obviando procedimientos temporales consecutivos como las dilataciones uretrales y mejorando de manera importante la calidad de vida de las pacientes.

V29- URETROPLASTIA PENEANA CON INJERTO DORSO-LATERAL DE MUCOSA ORAL TIPO KULKARNI

Fandiño Argibay, Ana María; Bohorquez Cruz, Manuel Alejandro; Salgado Novoa, Jorge; Rodríguez González, Arlene; Rodríguez Rey, Susana; Iglesias Alvarado, Julio Roberth; López Fernández, Alicia; Chantada Aval, Venancio.

Servicio de Urología, C.H.U. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La estenosis de uretra puede aparecer a consecuencia de diferentes causas, incluyendo la instrumentación uretral, infecciones, patología inflamatoria, entre otras. Inicialmente se produce daño epitelial que posteriormente acabará desembocando en fibrosis y resultando en una reducción del calibre de la uretra, dificultando la salida de la orina.

El abordaje de estas estenosis depende de la localización y la longitud de las mismas. Para el tratamiento de las estenosis de uretra contamos con diferentes técnicas, como las dilataciones, la uretrotomía interna o las uretroplastias con injertos ó colgajos pediculados. Presentamos la técnica de la uretroplastia con injerto de mucosa oral realizada en nuestro servicio en un paciente con re -estenosis tras una uretroplastia con colgajo prepucial previo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un varón de 37 años, con una malformación urinaria compleja al nacimiento, trasplantado renal en 1993 por nefropatía crónica, hiperinmunizado y en rechazo crónico del injerto renal, segundo trasplante renal en 2010 (donante vivo), actualmente también en disfunción crónica por rechazo crónico, que es remitido a las consultas de Urología por infecciones urinarias de repetición, con diagnóstico de estenosis de uretra peneana proximal y realizándose en 2010 una uretroplastia con colgajo pediculado prepucial tipo Duckett, y protocolo de dilataciones uretrales posterior en 2013. Tras una pérdida de seguimiento hasta 2019, el paciente vuelve a consultas remitido por infecciones de repetición junto con clínica obstructiva y se diagnostica a través de CUMS nueva estenosis de uretra, distal al colgajo previo y que afecta uretra peneana y bulbar, por lo que se programa una nueva uretroplastia, en esta ocasión con injerto de mucosa oral.

Se realizó la uretroplastia con denudación peneana el 03/03/2020.

RESULTADOS

No surgieron incidencias postoperatorias salvo pequeño hematoma en lecho que se resolvió espontáneamente sin precisar intervención. El paciente actualmente presenta micciones satisfactorias, sin mas episodios de ITUs, con flujo urinario adecuado.

V30- RECAMBIO LAPAROSCÓPICO DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL FEMENINO.

Casas Nebra, Javier; Blanco Gómez, Benito; Cambón Bastón, Eva María; Arnejo Pereiro, Carmen.

Hospital Universitario Lucas Augusti

INTRODUCCIÓN

El esfínter urinario artificial (EUA) permite el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada con incompetencia esfinteriana.

En 1947, Foley diseñó el primer esfínter artificial, que consistía en un manguito que se inflaba alrededor del pene y se podía desinflar para orinar accionando una bomba escondida en el bolsillo del paciente; poco después desarrolló una técnica quirúrgica para implantar el manguito alrededor de la uretra (Foley FE 1947). En 1983 American Medical Systems (AMS) patentó el modelo que se utiliza hoy en día, el esfínter AMS-800 (Kaufman JJ 1978).

El modelo AMS-800 es un dispositivo hidráulico, oclusivo, que comprime la uretra conteniendo así la orina y permite su salida voluntaria al descomprimir la uretra. Está compuesto de un elastómero de silicona sólida y constituido por 3 componentes interconectados: 1) Reservorio, 2) Manguito uretral, 3) Bomba de control

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una mujer de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, síndrome ansiosodepresivo y con los siguientes antecedentes quirúrgicos de Marshall – Marchetti (1998) con posterior colocación de esfínter urinario artificial (2000) por incontinencia urinaria de esfuerzo.

En 2018 acude a consultas externas de urología por incontinencia urinaria de esfuerzo con necesidad de emplear 3 pañales al día.

Se realiza estudio urodinámico donde se objetiva incontinencia urinaria esfuerzo por incompetencia esfinteriana intrínseca y detrusor hipocontráctil.

En cistoscopia se descarta extrusión de dispositivo.

Se decide realizar recambio laparoscópico de esfínter urinario artificial femenino.

CONCLUSIÓN

La implantación de EUA puede realizarse a través del abordaje laparoscópico, aunque es una técnica reproducible, debe ser realizada por cirujanos con experiencia previa en abordaje de las patologías del suelo pélvico por vía laparoscópica.

V31- LIBERACIÓN ROBÓTICA BILATERAL DEL NERVIIO PUDENDO

Medina González, Antonio; Campanario Pérez, Rubén; Zarraonandía Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Ruibal Moldes, Manuel.

SutURO Cirugía Urológica

INTRODUCCIÓN

El síndrome de atrapamiento del nervio pudendo es un problema de salud que en la mayoría de las ocasiones afecta de forma muy importante la calidad de vida de los pacientes presentando un dolor pélvico crónico que se produce por un atrapamiento del nervio pudendo o de alguna de sus ramas. El objetivo de nuestro vídeo es mostrar una liberación completa bilateral del nervio pudendo que se realiza mediante cirugía robótica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de una mujer de 57 años con antecedente de hernias discales de años de evolución.

La paciente acude a consulta refiriendo dolor pélvico crónico de 6 años de evolución manifestándose fundamentalmente con importante clínica vesical y dolor anal que le alteraban de forma muy importante su calidad de vida.

Tras realizar una adecuada anamnesis y una exploración minuciosa se llegó al diagnóstico de sospecha del atrapamiento del nervio pudendo. Inicialmente se realizó tratamiento conservador sin que la paciente presentase mejoría, posteriormente se realizaron pruebas complementarias entre las que se encontraba la electromiografía y la infiltración del nervio confirmándose el diagnóstico de sospecha de atrapamiento del pudendo.

RESULTADOS

Tras comentar el caso y confirmar la ausencia de mejoría clínica con tratamiento conservador se decide la realización de liberación bilateral del nervio pudendo mediante cirugía robótica. El tiempo quirúrgico fue de 55 minutos y la estancia hospitalaria de 48 horas sin que la paciente presentase complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

A las 24 horas de la intervención la paciente refería encontrarse completamente asintomática, actualmente tras más de 6 meses desde la realización de la intervención la paciente realiza vida normal sin presentar dolor.

CONCLUSIÓN

La cirugía robótica, gracias a todas las ventajas que aporta, representa actualmente el mejor abordaje quirúrgico para lograr la liberación del nervio en pacientes con síndrome de atrapamiento del nervio pudendo logrando muy buenos resultados sin complicaciones siempre que sea realizado por un cirujano experto.



COMUNICACIONES ORALES

C1- UTILIZACIÓN DE IPDE-5 EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Naveiro Flores, Amaia.; Casas Nebra, Javier.; Cambón Bastón, Eva María; Blanco Gómez, Benito; Carrillo Zamora, César Ignacio

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo

INTRODUCCIÓN

La alteración de la actividad sexual (AS) en pacientes con cardiopatía isquémica (CI) es frecuente. Los inhibidores de la 5- fosfodiesterasa (IPDF5) representan la primera línea de tratamiento en la disfunción eréctil.

OBJETIVO

Cuantificar el uso de IPDF5 e identificar variables asociados en pacientes con CI.

MÉTODO

Diseño: estudio trasversal. En MEDORA (base de datos Castilla y León) se seleccionaron 1080 pacientes con CI de 178 cupos de médicos, 777 fueron hombres. El trabajo de campo se realizó entre marzo-septiembre de 2019.

Se excluyeron pacientes con déficit cognitivo, < 6 semanas de evolución y sin consentimiento informado.

Variables: Mediante entrevista y cuestionario se midieron variables sociodemográficas, clínicas, de tratamiento y AS. Se preguntó sobre reinicio de AS, información de profesionales sanitarios, utilización de IPDF5 antes y después del evento cardiaco.

Análisis estadístico: Se describieron las variables con intervalos de confianza (IC) al 95%.

Las diferencias entre grupos se evaluaron con chi-cuadrado, t-Student según variables cualitativas o cuantitativas respectivamente.

Las variables asociadas al uso de IPDF5 se identificaron mediante regresión logística (RG), se incluyeron en el modelo las significativas en el análisis bivalente. Se calcularon las Odds Ratio (OR) ajustadas e IC del 95%.

COMUNICACIONES ORALES

RESULTADOS

Se estudiaron 750 hombres, 61 (8,1%; I.C 95%: 6,3-10,3) utilizaron IPDF5 en alguna ocasión. 10 enfermos (16,4%) tratados con nitratos usaron IPDF5.

Usaron más IPDF5 separados y viudos, con estudios universitarios y diabéticos. Los reanudadores precoces de la AS (≤ 3 meses). Los informados por profesionales y quienes usaron IPDF5 antes de la cardiopatía.

Tras el ajuste por RL se asocian al consumo de IPDF5: ser separados/divorciados vs casados (OR: 2,9; IC 95%:1,2-7,2). Preocupación por la AS (sí vs no) (O.R.=2,1; IC95%, 1,1- 4). Reanudador precoz vs tardío O.R.= 2,2; (IC95%, 1,2-4,2), recibir información sobre AS tras la enfermedad (O.R.=2; IC95% 1,1-3,8) y consumir IPDF5 antes del evento (O.R.=10,6; IC95% 3,7-30,4).

CONCLUSIONES

Los cardiópatas usuarios de IPDF5 muestran un perfil de la AS diferenciado, son fundamentalmente divorciados/separados, tienen mayor preocupación por la AS, recibieron más información de los profesionales y lo usaron antes de la CI.

C2- REPERCUSIÓN DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA UROLÓGICA EN NUESTRO CENTRO HOSPITALARIO

Da Cruz Soage, Natalia; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Iglesias Fresco, Laura; Galdón López, Guillermo; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; González Blanco, Alfonso Ángel; Bonelli Martin, Carlos; Puñal Pereira, Ana; Diz Gil, Rita; Pereira Beceiro, Javier María; Rodríguez Alonso, Andrés

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO

El objetivo del trabajo es evaluar el impacto de la pandemia por Covid-19 en nuestro centro según la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo observacional. Se analizaron las demoras medias (DM) comparándose el periodo prepandémico y pandémico. De cada intervención, se analizaron cuatro momentos temporales: octubre 2019 (T1), febrero 2020 (T2), septiembre 2020 (T3) y marzo 2021 (T4).

RESULTADOS

La DM global en época prepandémica fue de 45,08 días y en pandémica de 94,41 días.

La DM en las nefrectomías radicales en T1, T2, T3 y T4 fue de 36 días, 92,33 días, 25 días y 67 días respectivamente. En época prepandémica esta DM fue de 34,64 días y en pandémica 30,56 días ($p=0,727$).

La DM en las nefrectomías parciales en T1, T2 T3 y T4 fue de 28,57 días, 54,33 días, 124,75 días y 106,67 días respectivamente. En época prepandémica fue de 36,22 días y en pandémica 101,73 días ($p<0,001$).

La DM en las prostatectomías radicales en T1, T2, T3 y T4 fue de 16,71 días, 27 días, 50,93 días y 25,89 días respectivamente. En época prepandémica fue de 22,31 días y en pandémica 32,32 días ($p=0,006$).

La DM en las RTU vesicales en T1, T2, T3 y T4 fue de 25,68 días, 29,07 días, 46,39 días y 35,48 días respectivamente. En época prepandémica de 23,75 días y en pandémica 32,83 días ($p=0,001$).

La DM en las cistectomías radicales en T1, T2, T3 y T4 fue de 30 días, 19 días, 19 días y 10 días respectivamente. En época prepandémica de 15,41 días y en pandémica 22,97 días ($p=0,101$).

COMUNICACIONES ORALES

La DM en adenomectomías en T1, T2, T3 y T4 fue de 106,91 días, 91,90 días, 186,46 días y 198,44 días respectivamente. En época prepandémica de 79,57 días y en pandémica 172,14 días ($p < 0,001$).

La DM en colposacropexias en T1, T2, T3 y T4 fue de 124,82 días, 80,39 días, 171,41 días y 261,18 días respectivamente. En época prepandémica de 75,82 días y en post-pandémica 141,11 días ($p = 0,025$).

CONCLUSIONES

La DM se incrementó notoriamente tras la pandemia. Las intervenciones más afectadas fueron las funcionales.

C3- EFECTO DE LA PANDEMIA EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER VESICAL.

Salgado Novoa, Jorge; Vázquez-Martul, Dario; Fandiño Argibay, Ana María; Rodríguez González, Arlene; Rodríguez Rey, Susana; Aller Rodríguez, Marcos; Chantada Aval, Venancio.
Complejo Hospitalario de A Coruña (CHUAC).

OBJETIVO

El advenimiento de la pandemia por SARS-CoV-2 a nivel mundial ha tenido un impacto en el manejo del resto de patologías por la elevada presión asistencial generada a raíz del Covid-19. Este factor generó necesariamente guías clínicas sobre el manejo, demoras y preferencias de las diferentes enfermedades, muy especialmente aquellas que dada su historia natural deben de ser tratadas con máxima prioridad. Uno de estos casos es el cáncer vesical músculo invasivo. El objetivo de este análisis es comparar los resultados perioperatorios y oncológicos de estos pacientes en este contexto en un centro de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional descriptivo y analítico. Se recogieron los datos de pacientes intervenidos de cistectomía radical (CR) por cáncer de vejiga entre abril de 2019 y marzo de 2021 separándolos en dos grupos (abril 2019-marzo 2020 con 42 casos y abril 2020-marzo 2021 con 43 casos).

RESULTADOS

No se observan diferencias significativas en la media de edad (67,7 vs 68,7 p 0,383) ni en el IMC (26,6 vs 28 p 0,184) entre ambos grupos. La mediana de tiempo de espera desde la resección transuretral de vejiga hasta la realización de la CR no se ha visto aumentada de forma estadísticamente significativa (82,5 vs 83 p 0,860) a pesar de las restricciones a la cirugía programada. No se observan tampoco diferencias estadísticamente significativas en el estadiaje TNM de las piezas quirúrgicas. Los tumores localmente avanzados, en los que englobamos pT3 y pT4 no aumentaron significativamente (18 vs 21 p 0,580). La presencia de afectación adenopática tampoco presenta diferencias estadísticamente significativas entre períodos (10 vs 13 p 0,675). La estancia media disminuyó en un valor cercano a significación (mediana en días 11 vs 8 p 0,056) sin que ello asociase un mayor número de complicaciones según la clasificación de Clavien Dindo o de reingresos a los 30 días.

CONCLUSIÓN

Dentro de nuestra serie y siguiendo las pautas recomendadas por la EAU no hemos constatado diferencias significativas en los datos perioperatorios y oncológicos de pacientes tratados mediante CR durante la pandemia por SARS-CoV-2.

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

Fernandez Docampo, Jose; Lojo Romero, Javier; Da Cruz Soage, Natalia; Iglesias Fresco, Laura; López Galdón, Guillermo; Abejón Piñeiro, Carla; Molinos mayo, Jessica; Mosquera, Seoane, Teresa; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Puñal Pereira, Ana; Rodríguez Alonso, Andrés.

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional de cohortes retrospectivos de 248 pacientes tratados mediante NPL entre 05/2006-03/2021.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos en función del TIS (TIS<15'(n=126) y TIS≥15'(n=122)), por interés de análisis estadístico. Análisis de diferencias mediante test U de Mann-Whitney. Se realizó análisis multivariado de regresión logística para identificar variables asociadas al TIS y complicaciones, y curvas ROC y su ABC del área endofítica tumoral (AET) para predecir TIS y complicaciones.

RESULTADOS

Media de edad 65.46±12.85 años (26-90); media del área tumoral total (ATT) 10.56±13.41 cm² (0.90-106.8), media de línea de contacto (LC) 3.13±1.55 cm (0,10-12,26), media AET 3,76±4.23 cm² (0-33.0), media del área exofítica tumoral (AEX) 6.84±12.43 cm² (0-106,8), RENAL medio 6,37±2,15 (2-11), índice de Charlson medio 4,76±2.38 (0-14), TIS medio 15.37±9.29 minutos (3-40).

Existe correlación significativa y positiva entre TIS y AET (B: 0,432; p<0,001), y correlación significativa y negativa entre TIS y experiencia (B:-0,228; p=0,002).

Para TIS (≥15' 0 <15'), se observaron diferencias relativas a AET (p<0,001), LC (p=0,001), ATT (p<0,001) y AEX (p=0,021); para complicaciones, diferencias para AET (p=0,014), ATT (p=0.022), y LC (p=0,001).

El análisis multivariado para predecir TIS, ajustado por experiencia, AET, LC, ATT, RENAL, Charlson y edad, mostró que experiencia (OR:0.995,95%IC:0.993-0.997;p<0.01) y AET (OR:1.026,95%IC:1.016-1.036;p=0,001) predicen de forma independiente el TIS;

COMUNICACIONES ORALES

Se realizó así mismo análisis multivariado para predecir complicaciones globales, ajustado por edad, experiencia, AET, LC, ATT, RENAL, PADUA y Charlson, observando que LC (OR:1.093,95%IC:1.014-1.178;p=0,021) y ATT (OR:0.999,95%IC0.0999-1.000;p=0.029), predecía complicaciones globales de forma independiente. Un tercer análisis multivariado para predecir complicaciones mayores (Clavien \geq III), ajustadas por AET, Charlson, PADUA, RENAL y experiencia, mostró que la experiencia (OR:0.982,95%IC:0.965-1.000;p=0.046) predice complicaciones mayores.

El ABC ROC de AET para predecir TIS fue 0.716, y para predecir complicaciones fue 0.612

CONCLUSIÓN

AET y la experiencia se asocian independientes a TIS en NPL.

LC y ATT predicen complicaciones globales, y Experiencia es la única variable que se asocia independiente tanto a complicaciones globales como mayores.

PALABRAS CLAVE

Morfometría renal, Experiencia, Tiempo de isquemia.

C5- REALIZACIÓN DE PRUEBAS GENÓMICAS PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL SERVICIO GALEGO DE SAUDE: EXPERIENCIA INICIAL CON ONCOTYPE DX GPS

González Dacal, JA(1); Portela Pereira, P(2); Rey Rey(3,4), J; Ruibal Moldes, M(1); Bellido López, D(2); Rodríguez Alonso, A(3).

(1) *CHU de Pontevedra*

(2) *CHU de Ourense*

(3) *CHU de Ferrol*

(4) *CHU Santiago de Compostela*

INTRODUCCIÓN

Uno de los desafíos en el cáncer de próstata es mejorar la detección de la enfermedad agresiva en una etapa temprana, evitando el sobrediagnóstico del cáncer indolente o de bajo grado, lo que implicaría una disminución en el sobretratamiento.

El test Oncotype DX GPS es una plataforma genómica que ayuda a predecir los riesgos a corto y a largo plazo (patología adversa, metástasis) y puede cambiar las decisiones terapéuticas de los pacientes con cáncer de próstata localizado.

MATERIAL Y MÉTODOS

La prueba piloto con Oncotype DX Genomic Prostate Score (GPS) tuvo lugar entre Junio 2019 y Febrero 2020 en tres hospitales de Galicia: CHU de Pontevedra, CHU de Ourense y CHU de Ferrol. Durante este período se reclutaron 30 pacientes.

RESULTADOS

Mediana Edad: 68,5 años (50% <65 años, 50% ≥65 años)

Esperanza de vida: 23,33% < 10 años; 43,33% 10-20 años; 33,33% > 20 años

A nivel de pre-biopsia, no se utilizó ningún biomarcador y solamente un 16,67% de pacientes tuvieron acceso al RMNmp.

COMUNICACIONES ORALES

Características diagnósticas de los pacientes:

PSA	86,7% [1 - 10 ng/mL]	11,3% [10 y 20 ng/mL]
Gleason biopsia	86,7% Gleason 3+3	11,3% Gleason 3+4
Estadio clínico	93,3% T1c	6,6% T2a
Grupo de riesgo NCCN	20% Muy Bajo, 50% Bajo y 30% Intermedio favorable	
RMN PI-RADS	83,33% sin resultado	6,67% PI-RADS=3 10% PI-RADS =4

Para la evaluación del impacto de decisión, se registró el tratamiento de elección antes del GPS, el que se derivaba del test y el que se aplicaba finalmente al paciente.

El test modificó la categoría de riesgo en el 47% de los casos, de los cuales un 37% a disminuye (candidatos a VA) y un 10% que la incrementa.

Se realiza tres veces más VA después de aplicar el test, mientras que el volumen de indicación de prostatectomía radical se reduce casi a la mitad.

CONCLUSIONES

Oncotype DX GPS representa una herramienta útil para poder diagnosticar de una forma precisa e individualizada a cada paciente, permitiendo realizar un tratamiento personalizado evitando un sobretratamiento.

C6- VALIDACIÓN EXTERNA DEL NOMOGRAMA DE BRIGANTI PARA PREDECIR LA PROBABILIDAD DE AFECTACIÓN DE ADENOPATÍAS PÉLVICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Lojo Romero, J; Fernández Docampo, J.; Da Cruz Soage, N.; Iglesias Fresco, L.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Diz Gil, R.; Molinos Mayo, J.; Abeijón Piñeiro, C.; Puñal Pereira, A., Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

CHUFerrol

OBJETIVO

Analizar la validez del Nomograma de Briganti en nuestra población para predecir la afectación ganglionar en pacientes con cáncer de próstata tratados mediante prostatectomía radical (PR) y linfadenectomía ilio-obturatriz extendida (LIO).

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes n=209 diagnosticados de adenocarcinoma de próstata, tratados mediante PR+LIO entre 2000-2019, en nuestra Área Sanitaria.

Realizamos análisis descriptivo con medidas de centralización y dispersión. Efectuamos análisis univariado mediante test Chi-Cuadrado en variables cuantitativas y test-U-Mann-Whitney en cuantitativas. Realizamos análisis mediante curvas ROC para determinar el punto de corte más discriminativo de las variables, para predecir afectación ganglionar.

RESULTADOS

La media de edad fue 65,79±5,60 años. El PSA medio prePR fue 12,93±14,91 ng/mL. El 49,80% tenían un Gleason primario en la biopsia ≥ 3 . El porcentaje mediano de afectación de cilindros fue 50% (4,17-100%).

El 13,70% de pacientes eran de bajo riesgo, el 51,50% intermedio y el 34,80% alto.

El 14,45% de pacientes (n=34) tenían ganglios afectados en la linfadenectomía, con una media de 1,75±1,37 adenopatías en la anatomía patológica.

Entre los pacientes con y sin adenopatías encontramos diferencias relativas a: Gleason primario de la biopsia (p=0,019); número de cilindros positivos (p<0,001) y porcentaje de cilindros afectados en la biopsia (p<0,001); grupo de riesgo de D'Amico (p=0,007).

Realizamos análisis mediante curva ROC para determinar el punto de corte con mejor poder discriminativo para detección de afectación ganglionar a través la puntuación del Nomograma de Briganti, obteniendo un área bajo la curva de 0,734 (IC: 0,646-0,823; p<0,001). Tomando como punto de corte 8,25%: sensibilidad 79%; especificidad

COMUNICACIONES ORALES

54,72%; VPN 94,01%. Si tomamos como punto de corte una puntuación de 6,75: sensibilidad 88,25%; especificidad 42,8%; VPN 95,55%.

CONCLUSIONES

Tomando el valor de puntuación de Nomograma de Briganti de 8,25 (el que combina mayor sensibilidad y especificidad) concluimos que la linfadenectomía podría omitirse en el 48,5% de pacientes en nuestro medio, a expensas de que en un 21% (n=7) de los pacientes con adenopatías afectadas, no realizaríamos una correcta estadificación patológica.

Tomando como punto de corte una puntuación de 6,70, podríamos evitar el 37% de linfadenectomías, no estadificando de forma correcta solo al 12% (n=4).

PALABRAS CLAVE

próstata, Briganti, validación.

C7- PRESERVACIÓN DE LA FUNCIÓN ERÉCTIL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL (PR): NUESTRA SERIE.

Da Cruz Soage, Natalia; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Iglesias Fresco, Laura; Galdón López, Guillermo; Abeijón Piñeiro, Carla; Molinos Mayo, Jessica; González Blanco, Alfonso Ángel; Bonelli Martín, Carlos; Puñal Pereira, Ana; Diz Gil, Rita; Pereira Beceiro, Javier María; Rodríguez Alonso, Andrés

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO

La disfunción eréctil (DE) es una de las complicaciones funcionales más frecuentes de la cirugía exéretica de próstata. Con el refinamiento de la técnica quirúrgica y el cambio de abordaje se está corrigiendo esta complicación por la mayor facilidad para preservar las bandeletas neurovasculares (BNV), aunque existe documentado un periodo de neuroapraxia que puede superar en algunos casos el año tras la cirugía. En el siguiente trabajo intentaremos correlacionar la preservación de función eréctil postquirúrgica en pacientes intervenidos de PR en nuestro centro que no presentaban DE previa, con diferentes variables perioperatorias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo formado por 199 pacientes intervenidos de prostatectomía radical entre el año 2003 y el año 2020 con estado de función eréctil conocido y documentado por escrito. El único criterio de exclusión fue el tener DE previa a cirugía.

Se realizó un análisis descriptivo y un análisis de regresión logística multivariada donde se consideró como variable dependiente la función eréctil postquirúrgica y como variables independientes la edad, el índice de masa corporal (IMC), la preservación bilateral de bandeletas neurovasculares (BNV) y la vía de abordaje.

RESULTADOS

La media de edad de los pacientes fue de $65,53 \pm 6$ años. El IMC medio fue de $28,60 \pm 4$. El 94% de los casos se intervinieron por vía laparoscópica. En el 44,7% de los casos se logró preservación bilateral de bandeletas neurovasculares. El 40,4 % de los pacientes presentaban un adenocarcinoma de bajo riesgo en la biopsia previa a cirugía, mientras que el 59,3% de los pacientes presentaban un riesgo intermedio. En el análisis multivariado de regresión logística, se demostró que la edad (OR 0,325[0,122-0,871], $p=0,025$) y la preservación de BNV bilaterales (OR 6,853[2,335-20,172], $p<0,001$) se asociaban de forma independiente con la función eréctil post-quirúrgica.

CONCLUSIONES

La preservación de la función eréctil tras PR en pacientes con cáncer de próstata de riesgo bajo e intermedio, se asocia de manera independiente con la preservación bilateral de BNV y la edad.

C8- RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES AÑOSOS

Iglesias Fresco, Laura; Lojo Romero, Javier; Fernández Docampo, Jose; Da Cruz Soage, Natalia; Galdón López, Guillermo; Molinos Mayo, Jessica; Abeijón Piñeiro, Carla; Diz Gil, Rita; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Puñal Pereira Ana; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

INTRODUCCIÓN

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes (N=1144) tratados con PR entre 2000-2020. Se dividieron en <70 años (G1, n=803) y ≥70 años (G2, n=341). Análisis χ^2 en variables cualitativas. Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier. Análisis de regresión logística multivariada y curvas ROC para determinar variables asociadas a complicación.

RESULTADOS

Media de edad G1:62,71 años; G2:72,19 años. PSA preoperatorio mediano G1:6,73 ng/ml; G2:6,83 ng/ml. Grupo de alto riesgo D'Amico G1:91(11,4%); G2:43(12,6%). Abordaje laparoscópico G1:624(77,8%); G2:231(67,7%). Presentaron recidiva bioquímica G1:279(35,6%), G2:107(32,6%); y metástasis G1:33(4,1%), G2:16(4,9%).

Entre G1 y G2 se observaron diferencias en cuanto a la PR (laparoscópica/abierto) ($p<0,001$), preservación de bandeletas neurovasculares (48,5% vs 23,4%; $p<0,001$), erección postquirúrgica (40,7% vs 13,6%; $p<0,001$) y continencia urinaria completa (83% vs 70%; $p<0,001$).

El área bajo la curva ROC de la edad para predecir complicaciones precoces es de 0,545. Existen diferencias significativas en supervivencia global (SG)($p<0,001$) y supervivencia cáncer-relacionada (SCR)($p=0,001$) entre G1 y G2.

En G1 la SG a 1, 2 y 5 años fue 100%, 99% y 98%; y la SCR 100% a los 5 años. En G2 la SG fue 99%, 99% y 98%; y la SCR 99% a los 5 años.

Realizamos un análisis de regresión logística multivariado ajustado por edad, volumen prostático, realización de linfadenectomía, tipo abordaje (abierto vs laparoscópico), grupo de riesgo y Charlson; observando que la variable que se asocia de manera independiente a la aparición de complicaciones precoces es el grupo de riesgo(OR:1,47;95%IC:1,121-1,915; $p=0,005$), a complicaciones tardías el abordaje (OR:2,035;95%IC:1,232-

COMUNICACIONES ORALES

3,360;p=0,006) y al estado de continencia postquirúrgicos la realización de linfadenectomía (OR:1,905;95%IC:1,331-2,727; p<0,001), el grupo de riesgo (OR:0,765;95%IC:0,608-0,962;p=0,022) y el abordaje (OR:1,533;95%IC: 1,089-2,159;p=0,014).

CONCLUSIONES

La PR en pacientes añosos es un procedimiento seguro y con buenos resultados oncológicos. Existen diferencias en cuanto a resultados funcionales, SG y SCR con respecto a pacientes jóvenes. El desarrollo de complicaciones precoces se asocia al grupo de riesgo, mientras que el desarrollo de complicaciones tardías, al abordaje. La continencia se asocia al grupo de riesgo, al abordaje y a la realización de linfadenectomía.

C9- IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LA RECIDIVA BIOQUÍMICA DE PACIENTES PROSTATECTOMIZADOS

Iglesias Alvarado, J. R.; Vázquez-Martul, D; Aller Rodríguez, M; Rodríguez González, A; Rodríguez Rey, S; Barbagelata López, A; Ponce Díaz-Reixa, J. L; Salgado Novoa, J; Fandiño Argibay, A; Chantada Aval, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

INTRODUCCIÓN

La relación entre obesidad y cáncer de próstata ha sido establecida en el estudio REDUCE. Sin embargo, la investigación actual es demasiado limitada para apoyar conclusiones sólidas sobre el papel de la obesidad en los resultados después de la prostatectomía (PR).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de 593 pacientes sometidos a PR por laparoscopia desde enero de 2015 a diciembre de 2018. La recidiva bioquímica (BCR) fue definida como dos elevaciones consecutivas de niveles de PSA > 0.2ng/mL. Para evaluar el impacto del IMC en la BCR se agrupó en tres grupos a los pacientes: (G1: IMC normal IMC < 24,9), (G2: Sobrepeso y obesidad grado I - IMC entre 25 y 34.9), (G3: obesidad grado II-III - IMC mayor a 35).

RESULTADOS

Los pacientes del grupo 2 y 3 mostraron mayores tasas de Gleason > 7, estadio patológico > pT2c, más altas tasas de bordes positivos y de invasión perineural que los del grupo 1 (p<0.001). Un total de 177 (29.85%) pacientes hicieron BCR y las tasas más altas fueron en los grupos 2 y 3 (76.8% y 6.20%), sin encontrar diferencia significativa entre grupos (p=0.063). Según el análisis de Kaplan- Meier la obesidad fue significativamente relacionada con supervivencia libre de BCR después de la PR, especialmente en el grupo 3 (IMC mayor o igual a 35) (p<0.05) en el que se observa una media de supervivencia de 31.94 meses frente a 53.906 y 53.060 meses en el grupo 1 y 2 respectivamente.

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio demuestra que la obesidad está asociada significativamente con la BCR después de la PR. La obesidad de grado II-III es un alto predictor de supervivencia libre de BCR.

C10- MÁRGENES QUIRÚRGICOS NEGATIVOS, ORGANOCONFINACIÓN TUMORAL Y GLEASON COMBINADO 6 EN PIEZA QUIRÚRGICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL: ANÁLISIS OBJETIVO DE FACTORES PREDICTIVOS DE RECIDIVA BIOQUÍMICA.

Fernández Docampo, J; Molinos Mayo, J; Lojo Romero, J; Da Cruz Soage, N; Iglesias Fresco, L; López Galdón, G; Abeijón Piñeiro, C; Mosquera Seoane, T; Pereira Beceiro, J.M; Puñal Pereira, A; Bonelli Martin, C; González Blanco, A; Rodríguez Souto, P; Rodríguez Alonso, A

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

OBJETIVO

Evaluar posibles causas de mala respuesta en pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

De un total de 1.144 pacientes tratados mediante prostatectomía radical entre 2000-2021, se seleccionó una cohorte de 250 pacientes con las siguientes características: organoconfinación tumoral, estado márgenes quirúrgicos negativos, y Gleason combinado 6 en pieza quirúrgica.

Se realizó análisis univariado de Cox para variables cualitativas; χ^2 para variables cualitativas, y test U de Mann-Whitney en cualitativas.

Análisis de regresión de Cox multivariado para determinar variables asociadas de forma independiente a recidiva bioquímica (RB). Área bajo la curva (ABC) ROC para determinar la capacidad predictiva de RB de PSA previo a prostatectomía (PSAt), 1º PSA tras cirugía y 2º PSA tras cirugía. Análisis de supervivencia libre RB según metodología Kaplan-Meier

RESULTADOS

Media de edad 64.62 ± 5.98 . Tacto sospechoso en 28.8%. Mediana PSAt 7.61 (0.6-34). 63.2% de los abordajes quirúrgicos fueron laparoscópicos, realizándose linfadenectomía en el 12.8% casos. Mediana 1º PSA postcirugía 0.02 (0-4.4). Presentaron RB 16%, CPRC 0.8%, desarrollo de metástasis 0.8%, mortalidad cáncer relacionada (MCR) 0.4%, y mortalidad global (MG) 20%. Seguimiento medio 124.79 ± 48.91 meses.

En cuanto a RB, se encontraron diferencias significativas en PSAt ($p=0.011$), 1º PSA postquirúrgico ($p=0.025$), y 2º PSA postquirúrgico ($p<0.001$), entre otras.

Se realizó un análisis multivariado de regresión de Cox, ajustado por edad, PSAt, categoría cT, 1º PSA y 2º PSA postquirúrgicos, y TRUS, observando que 1º PSA postquirúrgico

COMUNICACIONES ORALES

(OR:0.086,95%IC0.011-0.691;p=0.021), y 2ª PSA postquirúrgico (OR: 7.082,95%IC1.750-28.653;p=0.006), predicen de forma independiente la RB.

El ABC ROC del PSA_t, 1º PSA postquirúrgico, y 2ª PSA postquirúrgico para predecir RB es de 0.627, 0.609 y 0.791, respectivamente.

Supervivencia libre de RB a los 12, 24, 60 y 120 meses, fue de 100%, 99.6%, 96.6% y 94.7% respectivamente.

CONCLUSIONES

El cáncer de próstata de bajo riesgo, organoconfinado y con márgenes quirúrgicos negativos tras PR, se asocia a baja mortalidad, bajo riesgo de progresión a CPRC y bajo riesgo de desarrollo de MT; los dos primeros PSA tras cirugía, predicen de forma independiente la RB en este tipo de pacientes.

C11- VALIDACIÓN EXTERNA DE LOS NUEVOS GRUPOS DE RIESGO DE PROGRESIÓN Y MUERTE EN PACIENTES CON RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA SEGÚN LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE UROLOGÍA

Altez Fernández, C.; Vázquez-Martul, D.; Rollón Prieto, G.; Peña Vallejo, E.; Sopena Sutil, R.; Guerrero Ramos, F.; Rodríguez Antolín, A; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología CHUA Coruña. Servicio de Urología Hospital Universitario Doce de Octubre

INTRODUCCIÓN

La Asociación Europea de Urología (EAU) ha propuesto una estratificación del riesgo de progresión y muerte en pacientes con recidiva bioquímica (RB) tras prostatectomía (PR): Bajo Riesgo, PSA-DT>12 meses y Gleason<8 y Alto Riesgo PSA-DT<12 meses o Gleason>8.

Objetivo: validar la estratificación de riesgo tras RB de la EAU en nuestro medio e identificar otros factores relacionados con supervivencia libre de progresión (SLP) y muerte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes con RB tras PR realizadas entre 2011-2015. Excluimos persistencia de PSA y aquellos que recibieron tratamiento adyuvante. Recogimos variables clínicas, analíticas e histológicas antes, después de la cirugía y en la RB. Realizamos análisis descriptivo, Regresión de Cox y curvas Kaplan Meier para calcular y comparar SLP (PSA y metástasis) y supervivencia global (SG) en ambos grupos y análisis multivariante para identificar factores de riesgo (FR) independientes para supervivencia.

RESULTADOS

Encontramos 215 RB de 1043 PR, con edad media de 64.6 años, PSA prePR de 7.4 y 87.2 meses de seguimiento. El 36.3% presentaron bajo riesgo de la EAU y el 63.7% alto riesgo, encontrando diferencias en: PSA prequirúrgico, riesgo D'Amico, ganglios extirpados, pN, pT, márgenes, meses hasta RB, meses hasta progresión, progresión por PSA (7.7% en bajo riesgo vs 31.4% en alto riesgo, p 0.000) y progresión metastásica (1.3% vs 13.9%, p 0.001). 4 pacientes murieron en el grupo de bajo riesgo (ninguno por cáncer) frente a 18 en alto riesgo (6 por cáncer) (p.0.089).

La media (meses) de SLP-PSA fue 99.77 (IC95% 74.91-124.71) y 60.58 (IC95% 53.34-67.82) para bajo y alto riesgo respetivamente, HR 0.26 (p 0.012); SLP-metástasis fue 124.61 (IC95% 101.89-139.78) vs 65.19 (IC95% 52.41-77.97), HR 0.032 (p 0.25); SG, 76.25 (IC95% 56.22-96.28) vs 68.18 (IC95% 54.52-81.83), HR 0.89 (p.0.845).

COMUNICACIONES ORALES

FR independientes para SLP-PSA: Riesgo EAU (HR 3.64), D'Amico (HR 5.98), >36 meses hasta RB (HR 0.19). FR para SLP- metástasis: RT rescate tardía (HR 14.5). FR para SG: pN1 (HR 8.87).

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, los grupos de riesgo de EAU se relacionan con SLP-PSA (siendo FR independiente). Sin embargo, no se han demostrado su relación con SLP-metástasis ni con SG.

C12- PROBABILIDAD DE FRACASO TERAPEUTICO DE LA RADIOTERAPIA EXTERNA DE RESCATE TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES POTENCIALMENTE CANDIDATOS A RADIOTERAPIA ADYUVANTE.

Lojo Romero, J.; Fernández Docampo, J.; Da Cruz Soage, N.; Iglesias Fresco, L.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Diz Gil, R.; Molinos Mayo, J.; Abeijón Piñeiro, C.; Puñal Pereira, A., Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

CHU Ferrol

OBJETIVO

Evaluar si, entre los pacientes tratados con Radioterapia de Rescate (RTEr), aquellos potencialmente candidatos a radioterapia adyuvante (RTEa), obtienen resultados diferentes en cuanto a supervivencia, con respecto a aquellos pacientes sin criterios de RTEa. Asimismo se ha analizado si existen diferencias entre los nuevos criterios de pacientes candidatos a RTEa (EAU 2021) frente a los previos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohortes con 318 paciente tratados con Prostatectomía Radical entre 2000-2020, que recibieron RTEr.

Se dividió la muestra en 2 grupos: Grupo 1 (G1)(n=200 pacientes), pacientes sin criterios de RTEa y Grupo 2 (G2)(n=118 pacientes), formado por pacientes con criterios de RTEa (EAU 2021). Se analizó la respuesta a RTEr, definida como tiempo hasta inicio de HTTr y supervivencia.

RESULTADOS

Media edad:65,45±5,83 años, Tiempo medio hasta HTTr:17,36±27,06 meses. Tiempo de seguimiento medio:107,15±48,62meses.

En G1, supervivencia libre de HTTr al cabo de 1, 2 y 5 años fue 77,2%, 68,9% y 52,1%, respectivamente, y en G2: 71,5%, 59,5% y 41,8%, respectivamente(p=0,073). La SG a los 5, 10 y 15 años fue de 98,4%, 93,6% y 63,5%, respectivamente, en G1 y de 95,2%, 74,5% y 55,5%, respectivamente, en G2(p=0,001). También se encontraron diferencias en cuanto a la SCR(p=0,024). Si utilizasemos los criterios antiguos de RTEa no encontraríamos diferencias en supervivencia en ninguna de estas variables.

COMUNICACIONES ORALES

Se realizó Análisis Multivariado de Regresión de Cox para identificar variables asociadas a la necesidad de HTr, ajustando por Presencia de Márgenes Positivos, estadio pT, Gleason en pieza, PSA preRTEr y Grupo (G1/G2); observándose que, el Gleason en pieza (RR:1,863;IC95%:1,546-2,245;p<0,001), y categoría pT (RR:1,339;IC95%:1,105-1,623;p=0,003), se asocian de forma independiente al fracaso terapéutico.

CONCLUSIONES

La administración de Radioterapia Externa de Rescate en pacientes potencialmente candidatos a RTEa no influye en la probabilidad de fracaso terapéutico (necesidad de Htr). La actualización de criterios de RTEa se asocia a una mejor selección de pacientes que presentarán peor evolución.

Las únicas variables que se asocian de forma independiente con la necesidad de HTr tras tratamiento de rescate son el Gleason en pieza y la categoría pT.

Palabras claves: Factores predictores, Radioterapia adyuvante, Radioterapia rescate.



Nuestro más sincero agradecimiento a las

EMPRESAS PATROCINADORAS

ABEX – EXCELENCIA ROBÓTICA

ASTELLAS PHARMA

BAYER HISPANIA

BOSTON SCIENTIFIC

CASEN RECORDATI

JANSSEN-CILAG

PALEX MEDICAL

REMECO

LABORATORIOS IPSEN

EMPRESAS COLABORADORAS

GEBRO PHARMA

GLAXOSMITHKLINE

GP-PHARMA

LABORATORIOS ALTER

LABORATORIOS RUBIÓ

OLYMPUS

PRESURGY

DISGAMEDICA

SANDOZ FARMACÉUTICA



SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



**GALLEGA DE EXPOSICIONES Y
CONGRESOS**

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