



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



NUESTRA EXPERIENCIA EN DONANTE VIVO

Zarraonandia Andraca A, Rodríguez Rivera J, González Dacál J, Ponce Díaz-Reixa J, Rodríguez Gómez I, García Buitrón José, Barghuoti I, Chantada Abal V.

Servicio de Urología del CHUAC

INTRODUCCION:

El Trasplante Renal ha demostrado ser la terapia más eficaz para tratar al paciente con Insuficiencia Renal Crónica Terminal.

La técnica de extracción laparoscópica ha demostrado una disminución de complicaciones y estancia hospitalaria.

OBJETIVO:

Describir nuestra serie de trasplantes renales obtenidos de donantes vivos desde la reactivación del programa hace 7 años.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de todos los pacientes que entraron en el programa de donante vivo en nuestro hospital desde el año 2003.

Desde Julio del año 2003 hasta Abril del 2010 hemos realizado 57 trasplantes renales con injertos procedentes de donante vivo. En 48 casos (83%) hemos utilizado el riñón izquierdo y en 9 (17%) el riñón derecho. En 12 pacientes (22%) la extracción se realizó mediante técnica abierta, en 1 (2%) mediante técnica de nefrectomía laparoscópica mano asistida y en los últimos 44 (76%) mediante técnica laparoscópica, con asistencia manual en el momento del clampaje vascular con Haem-o-lock® y extracción del injerto.

Del total de donantes 39 (69%) fueron mujeres y 18 (31%) fueron hombres. El promedio de edad fue de 49,3 años. Del grupo de receptores 27 (47%) fueron hombres y 30 (53%) mujeres. La edad promedio fue de 39,5 años. La técnica que se realizó en todos los injertos fue implante heterotópico, en FID, mediante cirugía abierta estándar.

RESULTADOS:

En once donantes se realizó protocolo de desensibilización por incompatibilidad inmunológica, de Grupo sanguíneo o HLA, con el receptor. En todos los casos el resultado fue excelente, sin complicaciones.



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



El tiempo de isquemia caliente promedio fue de 211 segundos y el de fría de 92 minutos. La creatinina plasmática promedio del donante al alta fue de 1,38mg/dl. La supervivencia del donante fue del 100% y la del receptor del 96,4%. La supervivencia del injerto fue del 88,9%.

CONCLUSIONES:

El programa de donante vivo de riñón, desde su implementación, ha dado muy buenos resultados. Esta opción ha reducido el tiempo de espera y ha mejorado los resultados funcionales a largo plazo.

La técnica laparoscópica ha aportado ventajas para el donante sin variación en los excelentes resultados de supervivencia de injerto y receptor.



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



TUMORES DE NOVO EN PACIENTES TRANSPLANTADOS RENALES.

Casas Nebra, Javier; Zarranonandia Andraca, Antón; González Dacál, Juan; López García, Daniel; Vázquez Pazos, Darío; Rodríguez-Rivera, Javier; Fernand

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

OBJETIVOS:

La aparición de neoplasias no es un hecho infrecuente en el período postrasplante renal. Se estima que cuanto mayor es dicho período, mayor es la probabilidad de padecer una neoplasia. El objeto del presente estudio es conocer la incidencia, las características, el manejo clínico y el pronóstico de los pacientes con trasplante renal que padecen una neoplasia postrasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudian de forma retrospectiva 1975 trasplantes renales (1254 hombres y 720 mujeres) realizados en nuestro centro desde 1981, en los que se incluyen 45 trasplantes renopancreáticos. Estudiamos las siguientes variables en relación con la aparición de neoplasia: edad, sexo, tiempo postrasplante, tiempo en diálisis, enfermedad de base, inmunosupresión, uso de anticuerpos para inducción y clase, serología pretrasplante (CMV, Epstein Bar Virus, Hepatitis B o C) infección CMV, EBV o Varicela Zoster Postrasplante, tratamiento neoplasia, modificación de la inmunosupresión, supervivencia del paciente y del injerto y causas de muerte o de pérdida del injerto. Se valoraron nº de neoplasias por paciente y recidiva de una neoplasia. Se consideró fin observación 1 oct 2007, muerte o ingreso en diálisis. Para el estudio de supervivencia se empleó Kaplan Meier y Log Rank.

RESULTADOS:

Desde 1981 se han detectado 152 neoplasias a 92 pacientes (57 hombres y 37 mujeres), de 49 ± 10 años en el momento del trasplante y 57 ± 9 en el momento de aparición de la neoplasia. La tasa de incidencia es de 17/1000 pacientes año, siendo el epiteloma el más frecuente 9/1000 p.a. seguido de las neoplasias hematológicas: 1,6 /1000 p.a. El tiempo de aparición de la primera neoplasia fue de 88 ± 60 meses y el seguimiento de 58 ± 46 . La media de neoplasias por paciente fue $1,6 \pm 1,3$ (1-7). La asociación ciclosporina, azatioprina, prednisona estaba presente en el 52% de las neoplasias. La creatinina plasmática fue de $1,4 \pm 0,4$ mg/dl. El tratamiento comúnmente empleado fue la cirugía (83%), acompañada



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



o no de radio o quimioterapia. Tras la aparición de una neoplasia no se produjo cambios en la inmunosupresión en 60% pacientes, en 26% se produjo algún cambio y en 14% se cambió a un m-tor. La probabilidad de desarrollar una nueva neoplasia en pacientes que cambiaron a m-tor con los que no cambiaron fue menor 4,5% vs 26%; $\chi^2 = 4,75$; $P=0,032$. La supervivencia del paciente era del 85% al año, 76% a los 5º año y 63% a los 10 años, mejor para los tumores cutáneos o ginecológicos que los tumores de órgano sólido y estos mejor que los linfomas (Log Rank 26; $p=0,001$). La supervivencia del injerto fue del 97% al año, 89% al 5º año y 78% al 10º año.

CONCLUSIÓN:

La incidencia de tumores es similar a la comunicada en otras series. El tumor mas frecuente es el epiteloma. Los tumores de estirpe hematológica son frecuentes y están asociados a mal pronóstico. El cambio de inmunosupresor por a un m-tor puede hacer disminuir la aparición de nuevas neoplasias.



IMPORTANCIA DE LA DEMORA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN LOS TUMORES TESTICULARES.

Rey Jorge, Freire Calvo Jacobo, León Ramírez Daniel, López García Sabela, Alonso Rodrigo Arturo, Rodríguez Iglesias Benito, Castro Iglesias Máximo,

CHUVI. Hospital Xeral-Cies

OBJETIVO:

Analizar la importancia de la demora diagnóstica y terapéutica en el pronóstico de los Tumores testiculares.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes sometidos a orquiectomía por tumores testiculares (1995 y 2009). Analizamos: edad al diagnóstico, antecedentes personales, motivo de consulta, testículo afecto, demora en consultar desde la aparición de los síntomas, demora quirúrgica desde el diagnóstico, características testiculares a la exploración física, utilidad diagnóstica de la ecografía, clasificación histológica, presencia de invasión tumoral, clasificación TNM, S y estadio tumoral (AJCC 2002). Para analizar la importancia pronóstica de la demora analizamos mediante test 2 el tiempo transcurrido desde el inicio de síntomas hasta el tratamiento (menor frente a mayor o igual a 15 días), con los estadios I frente a los II y III.

RESULTADOS:

Tratados 49 pacientes, mediana de edad 37 años (13-88), 7 pacientes (14,2%) presentaban criptorquidia. El motivo de consulta más frecuente fue aumento de tamaño testicular en 21(42,9%) pacientes, 26(53,1%) se localizaron en testículo izquierdo. La mediana de demora en consultar fue de 20,50 días(1-365), la demora quirúrgica presentó una mediana de 2 días(1-730), 41(83,7%) resultaban sospechosos para tumor testicular a la exploración física. La ecografía confirmó el diagnóstico clínico en 44 (89,8%).

Clasificación histológica: 25 TCGNS(51%), 2 NG(4,1%), 19 Seminomas (38,8%), 2(4,1%) tumores paratesticulares y 1 linfoma. 18 casos (36,7%) presentaron invasión microvascular y 12(24,5%) invasión de estructuras adyacentes.

Categoría T: 25(56,8%) T1, 17(38,6%) T2 y 2 (4,5%) T3, la categoría N: 24 (54,6%) N0,11(25%) N1, 5(11,4%) N2 y 4(9,4%) N3. Categoría M: 37(84,1%) M0 y 7(15,9%) M1
Clasificación S: 19(43,2%) S0, 15(34,1%) S1, 7(15,9%) S2 y 3(6,8%) S3. Los estadios



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



tumorales: 23(52,3%) I, 14(31,8%) II y 7(15,9%) III.

La demora menor de 15 días incluye 12 pacientes con estadio I y 6 de estadio II y III, el grupo de demora igual o mayor a 15 días mostraba 17 pacientes de estadio I frente a 9 de estadio II y III.

Analizando la demora diagnóstica y terapéutica se demuestra que periodos de demora \geq 15 días incrementan el estadio tumoral con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,036$).

CONCLUSIONES:

El diagnóstico y tratamiento precoz de los tumores testiculares tienen implicaciones pronósticas disminuyendo el estadio tumoral de modo significativo.



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



COLOCACIÓN DE MALLA SURELIFT PARA EL TRATAMIENTO DEL CISTOCELE Y DEL PROLAPSO GRAVES

Sousa Escandón, Alejandro; Uribarri González, Carlos

Hospital Comarcal De Monforte

Hemos tratado a 3 pacientes con cistocele grado III y/o prolapso mediante una nueva malla de prolipropileno macroporo de colocación subvesical para el tratamiento de estas patologías

Esta malla (Surelift) que presenta la ventaja asociada de fijarse mediante 2 arpones al ligamento sacroiliaco sujetando los órganos pélvicos y cúpula vaginal de forma efectiva y mediante una técnica sencilla por vía vaginal que evita la realización de abordajes abdominales o complicadas suturas por vía vaginal gracias a los aplicadores de los arpones que permiten llegar a la zona posterior de la pelvis con una mínima disección y una gran seguridad

Se presenta la técnica quirúrgica y se discuten sus ventajas y posibles complicaciones



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE MINI MALLA NEEDLELESS

Sousa Escandón, Alejandro; Uribarri González, Carlos

Hospital Comarcal de Monforte

Desde Julio de 2008 hasta Mayo de 2010 hemos tratado 82 pacientes diagnosticadas de incontinencia urinaria de esfuerzo pura o mixta. De ellas, 14 presentaban cistocele y/o prolapso cuya gravedad supuso la corrección asociada de ambas patologías

No se produjo ninguna complicación asociada a la malla Needleless aunque 2 pacientes a los que se les colocó además otra malla para corregir el cistocele presentaron infección en 1 caso y erosión de la malla hacia vagina en otro. Ambos casos se resolvieron mediante reintervención quirúrgica de forma exitosa.

En cuanto a la corrección de la incontinencia, tras un seguimiento medio de 13 meses (1-22) se consiguió la corrección de la incontinencia en el 87% de las pacientes.

Creemos que las minimallas están empezando a actuar como una tercera generación de mallas sin tensión tras las retropubicas y transobturatrices. Hace falta un mayor seguimiento y series mayores de población para valorar la verdadera eficacia de esta técnica.



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



TRATAMIENTO DE LA PROSTATITIS CRÓNICA BACTERIANA Y NO BACTERIANA MEDIANTE EMDA

Sousa Escandón, Alejandro; Uribarri González, Carlos

Hospital Comarcal De Monforte

Desde Marzo de 2009 hasta Septiembre de 2009 hemos tratado 10 pacientes diagnosticados de prostatitis crónica, bacteriana (4 casos) o no (6 casos), mediante la sintomatología clínica, tacto rectal, pruebas de ecografía, cultivos de orina y semen, bioquímica general y PSA

Los pacientes fueron tratados mediante 1 o 2 dosis de tratamiento antibiótico y/o antiinflamatorio mediante aplicación por sonda intrauretral y gradiente eléctrico por sistema EMDA

Tras un seguimiento medio 10 meses (8-14) de La evolución clínica fue exitosa en los 10 casos con mejoría clínica en todos y negativización de los cultivos de semen en los que fueron etiquetados de prostatitis bacteriana. Asociadamente se apreció disminución significativa del PSA en el 70% de los pacientes (bajada >50 %)

Creemos que se trata de una técnica poco agresiva, no cara y altamente efectiva para tratar este tipo de patología



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



INFLUENCIA DEL SEXO DEL MÉDICO EN LA REMISIÓN DE PACIENTES UROLÓGICOS

Castro Iglesias, Ángel Máximo; Rey Rey, Jorge; López García, Sabela; León Ramírez, Daniel; Freire Calvo, Jacobo

H. Xeral. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo

OBJETIVO:

Siempre se ha hablado de la prevención de los pacientes a la hora de enfrentarse con el médico en función de su sexo. La especialidad de urología tiene connotaciones relacionadas con la intimidad y el pudor de los pacientes. ¿La feminización de la medicina puede suponer una modificación en la relación entre médicos y pacientes urológicos? Se pretende realizar un estudio de las derivaciones desde atención primaria a la consulta de urología con la finalidad de conocer si existen diferencias en la solicitud de interconsulta en relación con el sexo del médico de atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODO:

El servicio de urología del H. Xeral de Vigo atiende a una zona sanitaria de 190.123 personas mayores de 14 años, atendida por 134 médicos de atención primaria en 12 centros de salud.

Se realiza un estudio observacional descriptivo de incidencia, obteniendo la información del libro de registro diagnóstico de la consulta de un único urólogo, desde noviembre de 2008 hasta abril 2010 (18 meses). Se seleccionan dos centros de salud, Teis (población 25.827) y Redondela (19.510), con una distribución paritaria por sexo de sus médicos (Teis: 8 hombres/ 10 mujeres; Redondela: 7 hombres/ 7 mujeres) y una población representativa del área de nuestro hospital. Se excluyen aquellos médicos de los que no se recogen más de tres derivaciones en el periodo de estudio, resultando un grupo de 14 hombres (edad media: 52,5 años) y otro de 14 mujeres (edad media: 50,2 años). Se identifican 247 pacientes que son atendidos por primera vez o por motivo diferente. Se analiza el número de remisiones de cada grupo y sus diagnósticos.

RESULTADOS:

El grupo femenino remitió 135 pacientes (54,6%) y el masculino remitió 112 (45,4%). Se pudieron estudiar el diagnóstico de remisión de 215 pacientes siendo la patología más



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



frecuente en el grupo femenino (120 pacientes): stui 16,7%; disfunción eréctil-eyaculación precoz: 12,5%; cólico renal 11,7%; incontinencia femenina 10%; psa 9,22%. En el grupo de los varones (95 pacientes): stui 21,1%, psa 11,6%; cólico renal 10,5%; hematuria 9,5%; patología del pene 9,5%;

CONCLUSIONES:

No parece existir una diferencia clara entre las remisiones del grupo masculino y femenino. El mito de la dificultad en la relación entre los pacientes urológicos masculinos y las médicas no se corrobora al observar una proporción de pacientes derivados por síntomas andrológicos superior a las realizadas por los médicos.



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Andrés Rodríguez Alonso, Alfonso González Blanco, Carlos Bonelli Martín, José Manuel Janeiro Pais, Pilar Rodríguez Souto, José Lorenzo Franco, Miguel Ángel Cuerpo Pérez

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña.

OBJETIVOS:

Analizar las indicaciones y los resultados quirúrgicos de una serie de suprarrenalectomías laparoscópicas transperitoneales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes (n=12) a los que se practicó suprarrenalectomía laparoscópica por diversas indicaciones en el Área Sanitaria de Ferrol entre Noviembre de 2006 y Febrero de 2010. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo de todas las variables, siendo las cuantitativas expresadas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su 95%IC.

RESULTADOS:

La media de edad fue $54,72 \pm 12,83$ años (30-76). 8 pacientes eran mujeres (66,67%) y 4 hombres (33,33%). En 8 casos la masa era derecha (66,67%) y en 4 pacientes izquierda (33,33%). El tamaño medio de la neoplasia era $6,70 \pm 2,95$ cm (3,50-12). Las indicaciones de cirugía fueron un tamaño >5 cm (41,67%), hiperaldosteronismo primario (16,67%), feocromocitoma (16,67%), síndrome de Cushing (16,67%) y carcinoma suprarrenal (8,33%). El tiempo quirúrgico medio fue de $77,50 \pm 30,78$ minutos (40-145) y la pérdida hemática de $111,25 \pm 83,50$ ml (50-300), no siendo necesario realizar transfusión de hematíes en ningún caso. No fue necesaria reconversión en ningún caso y no se registró ninguna complicación postoperatoria. La estancia postoperatoria media fue de $2,75 \pm 0,96$ días (2-5).

CONCLUSIONES:

La suprarrenalectomía laparoscópica es una técnica segura para cualquier tipo de patología suprarrenal, con escasa morbilidad y con todos los beneficios de un abordaje mínimamente invasivo.



RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y ONCOLÓGICOS DE 23 NEFRECTOMÍAS PARCIALES LAPAROSCÓPICAS

Andrés Rodríguez Alonso, Alfonso González Blanco, Carlos Bonelli Martín, José Manuel Janeiro Pais, Pilar Rodríguez Souto, José Lorenzo Franco, Miguel Ángel Cuerpo Pérez

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña.

OBJETIVOS:

Analizar los resultados de la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) desde el punto de vista oncológico y de la técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes (n=23) a los que se practicó NPL por neoplasia renal en el Área Sanitaria de Ferrol entre Junio de 2006 y Marzo de 2010. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo expresando las variables cuantitativas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje con su 95%IC. La supervivencia global y cáncer-relacionada fueron analizadas con la metodología Kaplan-Meier.

RESULTADOS:

La media de edad fue $64 \pm 9,71$ años (36-77). 13 pacientes eran hombres (56,52%) y 10 mujeres (43,48%). El tamaño tumoral medio fue $3,45 \pm 1,59$ cm (1,50-6,00), siendo categoría T1a el 69,57% y T1b el 30,43% de los casos. El tiempo quirúrgico medio fue $151,81 \pm 39,95$ minutos (90-210), siendo el tiempo de isquemia caliente de $26,36 \pm 5,66$ minutos (18-39). La hemoglobina postoperatoria media fue $12,68 \pm 1,24$ g/dl (11,08-15,30) y la postoperatoria $10,90 \pm 1,54$ g/dl (8,20-14,34). La estancia hospitalaria media fue de $5,01 \pm 4,54$ días (2-30). Se realizó clamplaje arterial en 17 casos (73,91%) y apertura de vía urinaria en 4 pacientes (17,39%). Fue necesaria reconversión a cirugía abierta en 1 caso (4,35%) y reintervención por sangrado en un paciente (4,35%). La hemostasia del lecho cruento fue realizada con sutura continua de una capa en 15 casos (65,22%), de dos capas en 4 (17,39%) y discontinua en 4 pacientes (17,39%). El material hemostático interpuesto más frecuentemente utilizado fue malla de celulosa en el 78,26% de los casos. La estirpe histopatológica más frecuente fue carcinoma de célula clara en el 69,56% de los casos. Se detectó margen quirúrgico positivo en 1 caso (4,35%). Fue necesario transfundir hematíes en 3 casos (13,04%), observándose otro tipo de complicaciones en otros 3



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



pacientes (13,04%). El seguimiento medio fue de $25,60 \pm 16,84$ meses (1,25-58,72), siendo la mortalidad cáncer relacionada del 0% y la mortalidad global del 4,35%. La supervivencia cáncer-relacionada a los 58 meses fue del 100% y la supervivencia global del 80,00%.

CONCLUSIONES:

La NPL es un procedimiento seguro desde el punto de vista quirúrgico, que permite obtener unos resultados oncológicos óptimos.



RESULTADOS QUIRÚRGICOS, ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES DE 210 PROSTATECTOMÍAS RADICALES LAPAROSCÓPICAS

Andrés Rodríguez Alonso, Alfonso González Blanco, Carlos Bonelli Martín, José Manuel Janeiro Pais, Pilar Rodríguez Souto, José Lorenzo Franco, Miguel Ángel Cuerpo Pérez

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña.

OBJETIVOS:

Analizar los resultados de la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) desde el punto de vista oncológico, funcional y de la técnica quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Pacientes (n=210) a los que se practicó PRL por cáncer de próstata (CaP) localizado en el Área Sanitaria de Ferrol, entre Junio de 2005 y Abril de 2010. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo de variables cuantitativas mediante media desviación típica y mediana y cualitativas mediante su valor absoluto, porcentaje y 95%IC. Se utilizó metodología de Kaplan-Meier para estudiar la probabilidad acumulada de continencia y la supervivencia libre de recidiva bioquímica.

RESULTADOS:

La media de edad fue de $62,69 \pm 6,55$ años (49-76), IMC de $28,65 \pm 3,42$ (21,09-36,86), volumen prostático de $39,38 \pm 17,61$ cc (15,00-107), PSA de $7,12 \pm 3,18$ ng/ml (0,60-17,10). 145 pacientes fueron T1c, 56 T2a y 9 T2b. La mediana de Gleason-biopsia fue 6 (4-8) y la de Gleason-pieza de 7 (4-9). La distribución por categoría pT fue: 0,95% pT0, 12,38% pT2a, 50,48% pT2b, 27,62% pT3a, 8,57% pT3b. Se detectaron márgenes positivos en 22,42%. Los resultados relacionados con la técnica quirúrgica fueron: 11,43% de transfusión, 0,48% de reconversión, 1,90% de complicaciones mayores (2 perforaciones ileales, 1 lesión rectal, 1 rabiomiolisis), 1,43% de reintervención (perforación ileal, sangrado plexo Santorini). La mediana de tiempo quirúrgico fue 135 minutos (95-585), la mediana de estancia hospitalaria de 3 días (2-30). La supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB) al cabo de 12, 24. Se estudió la continencia urinaria en 185 pacientes, observando una probabilidad acumulada de continencia urinaria del 23,50% en <48 horas tras la retirada de la sonda, 38,90% en < 1 mes, 83,40 en < 3 meses, 90,10 en < 6 meses y 93,80% al final del seguimiento. La SLRB al cabo de 12, 24 y 56 meses fue de 91,20%,



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



79,20% y 76,80%, respectivamente. La calidad de la erección fue analizada en 158 pacientes, de los cuales 120 presentaban erección preoperatoria en diferentes grados. 65/120. 54/120 (53,33%) pacientes mantuvieron su nivel de erección preoperatoria. Entre los pacientes con preservación unilateral de haces neurovasculares no se observaron diferencias significativas en cuanto a erección suficiente para penetración ($p=0,060$).

CONCLUSIONES:

La PRL constituye una técnica segura desde el punto de vista quirúrgico, con una baja tasa de transfusión y una corta estancia hospitalaria. Asimismo los resultados oncológicos y funcionales son satisfactorios.



RELACIÓN DE LA VELOCIDAD PREOPERATORIA DE PSA CON LA SUPERVIVENCIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Andrés Rodríguez Alonso, Alfonso González Blanco, Carlos Bonelli Martín, José Manuel Janeiro Pais, Pilar Rodríguez Souto, José Lorenzo Franco, Miguel Ángel Cuerpo Pérez

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña.

OBJETIVO:

Determinar si la velocidad de PSA (PSAV) se relaciona con los hallazgos histopatológicos de la pieza, la supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB), la supervivencia cáncer-relacionada (SCR) y la supervivencia global (SG).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional de cohorte retrospectivo y prospectivo formado por 265 pacientes con cáncer de próstata a los que se practicó prostatectomía radical entre 2000 y 2008. La PSAV fue calculada de forma aritmética y mediante regresión lineal, utilizando valores de PSA del año previo al diagnóstico. Análisis estadístico: se realizó un análisis multivariado de regresión logística para detectar variables asociadas a enfermedad extracapsular (EEC). Las variables asociadas a SLRB, SCR y SG fueron estudiadas mediante análisis de Kaplan-Meier (PSAV ≤ 3 vs. >3 ng/ml/año) y multivariado de regresión de Cox. La capacidad de PSAV para predecir SLRB, SCR y SG fue determinada mediante el test c-index.

RESULTADOS:

La mediana de seguimiento fue 56,16 meses (9,14-106,75). La mediana de PSAV fue 0,65 y 0,63 ng/ml/año con los métodos aritmético y de regresión, respectivamente. Se detectó EEC en 74 casos (27,92%) y recidiva bioquímica en 50 (18,87%). Se observó mortalidad cáncer-relacionada en 4 pacientes (1,52%) y mortalidad global en 16 (6,08%). En el análisis multivariado, la PSAV no se relacionó con EEC, asociándose de forma independiente con la SLRB (RR:1,06, 95%IC:1,02-1,13, $p=0,008$), SCR (RR:1,22, 95%IC:1,00-1,50, $p=0,048$) y SG (RR:1,35, 95%IC:1,18-1,55, $p<0,001$).

CONCLUSIONES:

La PSAV es una variable preoperatoria que predice SLRB, SCR y SG en los pacientes tratados mediante prostatectomía radical. No se observa asociación entre la PSAV y la presencia de EEC.



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EXTRAPERITONEAL. NUESTRO APRENDIZAJE

Cespón Outeda, Enrique; Comesaña Davila, Enrique; Martínez-Sapiña LLanas, Ignacio; López Díez, Elena; Jamardo González, David; Mata Varela, Juan

Hospital Meixoeiro. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo

INTRODUCCIÓN:

La Prostatectomía Radical Laparoscópica Extraperitoneal (PRLE) es un procedimiento quirúrgico difícil, con una curva de aprendizaje teóricamente prolongada y calculada según la mayoría de los autores en aproximadamente 100 casos

Desde Febrero de 2008 hemos iniciado el procedimiento de prostatectomía radical por vía extraperitoneal en nuestro centro, habiéndose completado hasta la fecha 102 intervenciones.

MATERIAL Y MÉTODO:

Valoramos los resultados de las 50 primeras prostatectomías radicales realizadas en nuestro servicio por un mismo grupo de tres cirujanos (E.C.D.-E.C.O.-I.M.S.), con formación laparoscópica similar.

Las variables sometidas a valoración son: Tiempo quirúrgico, estancia post-operatoria, complicaciones y márgenes quirúrgicos.

Dividimos la serie en 5 grupos de 10 pacientes según el orden cronológico de intervención

RESULTADOS:

Tiempo quirúrgico: El tiempo medio quirúrgico varía desde los 278 m. en los primeros 10 pacientes, hasta los 210 m en los 10 últimos

Estancia Media Post-operatoria: 6 días en los 10 primeros y 3.1 días en los 10 últimos pacientes

Complicaciones: 3 lesiones de recto y 2 lesiones vesicales reparadas laparoscópicamente en el mismo acto, 1 fistula vesico – rectal que precisó tratamiento diferido y 6 pacientes fueron transfundidos

Márgenes quirúrgicos. En 26 casos los márgenes fueron negativos, 12 contacta pero no lo sobrepasa y 12 (20 %) con afectación de márgenes y sobrepasa

CONCLUSIONES:

Nuestra experiencia en el aprendizaje de este tipo de cirugía ha permitido el acceso de todos los componente del servicio a esta técnica y nos indica que puede ser reproducible en otros centros.



CARACTERÍSTICAS DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS POSITIVOS EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

León Ramírez Daniel, Freire Calvo Jacobo, López García Sabela, Rey Rey Jorge, Alonso Rodrigo Arturo, Rodríguez Iglesias Benito, Barros Rodríguez José Manuel, Ojea Calvo Antonio.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI)

INTRODUCCIÓN:

La prostatectomía radical es el principal tratamiento curativo para el cáncer de próstata localizado, se puede realizar por vía retropúbica o laparoscópica. Nuestro objetivo es evaluar si ¿puede influir el abordaje de la próstata de la prostatectomía radical laparoscópica vs. retropúbica, en las características de los márgenes positivos?

MATERIAL Y METODOS:

Se analizaron de forma prospectiva las prostatectomías radicales realizadas entre enero del 2007 y diciembre del 2009. El riesgo anestésico y el Índice de Masa Corporal (IMC) determinaron el tipo de cirugía: Cirugía laparoscópica en ASA ≤ 2 e IMC ≤ 30 ; cirugía abierta ASA > 2 o IMC > 30 . Analizamos: La incidencia de márgenes positivos, localización del margen (ápex/posterolateral/base/anterior), forma de contacto (romo/espículado), tamaño (< 4 / ≥ 4 mm), focalidad (único/múltiple), y etiología (incisión capsular (pT2a,b,c)/ extensión extraprostática(pT3,4)).

RESULTADOS:

Se estudiaron 284 prostatectomías radicales, de las cuales 154(54.2%) fueron prostatectomías retropúbicas y 130(45.8%) prostatectomías laparoscópicas. Los grupos son homogéneos en edad, PSA, categoría pT y score de Gleason. El número de pacientes con márgenes positivos fue 39/154(25.3%) en las piezas de prostatectomía retropúbica frente a 36/130(27.7%) en la prostatectomías laparoscópicas($p=0.652$). La localización de los márgenes positivos en las prostatectomías retropúbicas fue: 22(56.3%) a nivel posterolateral y/o ápex y 17(43.6%) en la base y/o márgenes posterolaterales, y en las prostatectomías laparoscópicas 24(66.7%) de los márgenes afectaron al ápex y/o posterolateral y 12(33.3%) a base y/o márgenes posterolaterales($p=0.362$). El tamaño del margen fue: en 19(48.7%) ≥ 4 mm y 20(51.3%) < 4 mm en las prostatectomías



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



retropúbicas y en las laparoscópicas 18(50%) ≥ 4 mm y 18(50%) < 4 mm($p=0.912$). La focalidad fue: en 11(28.2%) multifocal y 28(71.8%) unifocal en las retropúbicas y en las laparoscópicas 11(30.6%) multifocal y 25(69.4%) unifocal($p=0.823$). La etiología del margen fue: 14(35.9%) por extensión extraprostática y 25(64.1%) por incisión capsular en la prostatectomías retropúbicas y en las laparoscópicas 6(16.7%) por extensión extraprostática y 30(83.3%) por incisión capsular ($p=0.060$).

CONCLUSIONES:

No creemos que la vía de abordaje de la prostatectomía radical influya en el tipo de márgenes quirúrgicos positivos, no habiendo diferencias oncológicas entre la cirugía abierta y la laparoscópica



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



¿QUÉ VARIABLES PODRÍAN AYUDARNOS A SELECCIONAR A LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA PARA UN TRATAMIENTO FOCAL?

López García Sabela, León Ramírez Daniel, Rey Rey Jorge, Freire Calvo Jacobo, Rodríguez Iglesias Benito, Ojea Calvo Antonio

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

INTRODUCCIÓN:

Actualmente se está planteando la posibilidad del tratamiento focal en el cáncer de próstata. Sin embargo, el principal problema para realizar un tratamiento focal es la selección de pacientes. El objetivo de este estudio es analizar las variables que mejor seleccionen a aquellos pacientes subsidiarios de tratamiento focal: hemicroablación, crioablación focalizada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hacemos un estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata entre febrero de 2005 y noviembre de 2009, tratados mediante prostatectomía radical. Las variables analizadas fueron: PSA (menor o igual a 10, mayor de 10); Gleason en la biopsia (menor o igual de 6, mayor de 6); número de cilindros positivos en la biopsia (menor o igual de 3, mayor de 3) y contigüidad de los cilindros positivos en la biopsia (contiguos, no contiguos). Comparamos cada una de estas variables con la multifocalidad o unifocalidad del tumor en la pieza quirúrgica.

Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS 17.0. Se hizo un análisis univariante y multivariante.

RESULTADOS:

El número de pacientes analizados fue de 436. De los 436 casos, 309(70,2%) fueron tumores multifocales y 64(14.5%) tumores unifocales en la pieza de prostatectomía radical. En el análisis univariante se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar el Gleason en la biopsia (menor o igual a 6, mayor de 6) con la focalidad del tumor en la pieza quirúrgica ($p= 0.046$); al comparar el número de cilindros positivos en la biopsia (menos de 3, más de 3) y la focalidad tumoral en la pieza, la diferencia fue también estadísticamente significativa ($p= 0.047$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar la focalidad con la contigüidad de los cilindros ($p= 0.284$), ni con



PONTEVEDRA - LA TOJA, 21 Y 22 DE MAYO DE 2010

**XX CONGRESO
SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA**



el PSA (menor de 10, mayor de 10) ($p= 0.595$). En el análisis multivariante ninguna de las variables predice de forma significativa la focalidad del tumor en la pieza quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata y con un Gleason en la biopsia menor o igual de seis y/ o tres o menos cilindros positivos, serían subsidiarios de un posible tratamiento focal.



CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA INICIAL

Rodríguez Núñez H; Díaz Bermúdez, J; Casas Agudo, P ;Fernández García, L; García Riestra, V, Devesa Múgica, M; Selas Pérez, A; Llovo Taboada, F; Meirás Barreiro, C; Ru

Complejo Hospitalario de Pontevedra

OBJETIVO:

Presentar la experiencia inicial de nuestro servicio en cistectomía radical laparoscópica

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo de todas las cistectomías radicales laparoscópicas realizadas en nuestro servicio desde Noviembre 2009 y Marzo 2010.

Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, indicación quirúrgica, tipo de derivación, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria postoperatoria y complicaciones quirúrgicas siguiendo la clasificación de Clavien-Dindo.

RESULTADOS:

Se realizaron 16 cistectomías radicales laparoscópicas, 14 en varones y 2 en mujeres. La edad media fue de 67,2 (rango 52-76).La indicación de la cirugía fue CCT estadio T2 en 75% (12 p.), CCT estadio T1 A.G. recidivado en 12,5%(2 p.),Ca escamoso estadio T2 en 6,25% (1 p.) y cistitis crónica intersticial en 6,25% (1 p.).

El tipo de derivación urinaria fue ureteroileostomía cutánea (14 p.),neovejiga ileal tipo Studer (1 p.) y ureterostomía cutánea (1 p.)

El tiempo quirúrgico medio fue de 288 minutos (rango 240-380).La tasa de sangrado medio fue de 515cc (rango 250-800) con 4 transfusiones intraoperatorias.

La estancia media postoperatoria fue de 10,75 días (rango 6-27).

Se presentaron 5 complicaciones postoperatorias: grado II Clavien (3 p.), grado III (2 p.)

El estudio anatomopatológico reveló pT0 en 6,25% (1 p.), pT1 en 18,75% (3 p.), pT2 en 25% (4 p.), pT3 en 12,5% (2 p.) y pT4 en 30,25% (5 p.).

CONCLUSIONES:

La cistectomía radical laparoscópica es una técnica compleja, con un alto tiempo quirúrgico y requiere experiencia previa en cirugía pélvica laparoscópica.

La menor tasa de transfusiones y de complicaciones facilita la rápida recuperación y una menor estancia hospitalaria, siendo los resultados quirúrgicos y oncológicos iniciales similares a la cirugía abierta así como a otras series publicadas