

XXII Congreso de la Sociedad Gallega de Urología

11 y 12 de mayo de 2012

Lugo



posters

URETEROCELE PROLAPSADO EN MUJER ADULTA.

Vérez, M.; Picallo, J.A.; García Novio, F.; Mosteiro, J.A.; Mateo, L.; Asorey, A.

Servicio de Urología, H. U. Lucus Augusti. Lugo.

Resumen:

Se presenta el caso de una mujer de 26 años que consulta por Disuria y bultoma en introito vaginal que desaparece tras la micción. Es diagnosticada de ureterocele ectópico prolapsado en vagina (sólo 8 casos publicados, en los últimos 30 años). Se trata quirúrgicamente (resección + reimplantación ureteral) con buenos resultados funcionales.

MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA URETERO-ILEAL

Mosteiro Ponce J. A., Mateo Cambón L. A., Picallo Sánchez J. A., Vérez Vivero M., García Novio F., Asorey Fernández A.

Hospital Universitario Lucus Augusti. Lugo - HULA

Resumen:

Se presenta un caso de una paciente de 75 años de edad, diagnosticada de carcinoma vesical infiltrante. Fue tratada con quíscio y radioterapia. Posteriormente fue sometida a Cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker. En el postoperatorio se evidencia la existencia de una fistula compleja entra la anastomosis ileal y la anastomosis uretero-ileal. Se decide tratamiento conservador con alimentación parental y somatostatina, axial como manejo endourológico. Se comenta evolución y resultados.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA DE RESCATE: EXPERIENCIA INICIAL

Rodríguez Núñez, H; Ruibal Moldes ,M; García Riestra, Vi; Díaz Bermúdez, J; Fernández García, MI; Devesa Múgica, M; Varela Salgado, M; Llovo Taboada, F; Selas Pérez, A

Complejo Hospitalario de Pontevedra

Introducción y Objetivo:

La PRL de rescate es una opción de tratamiento para aquellos pacientes tratados con RT, con intención curativa y que presentan recidiva tumoral.

Siguiendo los criterios de selección de las guías clínicas, analizamos los resultados quirúrgicos y oncológicos de los pacientes sometidos a PRL de rescate.

Material y Métodos:

Realizamos un estudio descriptivo de nuestro programa de PRL de rescate.

Se recogen variables como edad, PSA al diagnóstico, Gleason de la biopsia, tipo de RT, neoadyuvancia, PSA nadir, PSA de rebiopsia, tiempo quirúrgico, tasa de sangrado, estancia media postoperatoria, resultado anatomopatológico y complicaciones.

Resultados:

Según los criterios de selección hemos realizado PRL de rescate a tres pacientes con los siguientes resultados.

La edad media fue de 60,5 años (59-61), PSA diagnóstico medio fue de 13,38 (5,06-26,9), Gleason medio de biopsia 7 (6-8), PSA nadir medio 1,05 (0,77-1,32), PSA de rebiopsia fue de 3,38 (2,8-4,04), siendo tratados 2 pacientes con RT externa y 1 con RT+BQ.

Todos fueron tratados con neo y adyuvancia.

Se realizó PRL+eLND con un tiempo quirúrgico medio de 185 minutos (135-210), tasa de sangrado de 366 cc (200-600). La estancia media postoperatoria fue de 5,66 días (4-9).

El resultado anatomopatológico presentó pT2a (33%), pT2c (33%), pT3a (33%) habiendo márgenes positivos en un caso.

La tasa de complicaciones ha sido baja, con una perforación rectal resuelta con sutura en 2 planos y una RAO tras retirada de sonda.

En el seguimiento ningún paciente presenta recidiva bioquímica.

Conclusión:

La PRL de rescate es un procedimiento factible, aunque técnicamente exigente.

Una adecuada selección de pacientes ayuda a minimizar las complicaciones, logrando un aceptable nivel de eficacia y seguridad

RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL: INFLUENCIA DE LA SUBESTADIFICACIÓN.

Paula Portela Pereira; Darío Vázquez Pazos; Marcos Aller Rodríguez; Aarón Barreiro Mallo; Francisco Gómez Veiga; Sara Martínez Breijo; Juan A. González Dacal; Venancio Chantada Abal.

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción y objetivos:

El incremento de pacientes con baja carga tumoral obliga a reconsiderar las opciones de tratamiento del cáncer de próstata, planteándose la vigilancia activa (AS) en este contexto.

Analizamos los resultados oncológicos y el impacto del subestadiaje en pacientes candidatos a vigilancia activa según los criterios PRIAS (P) y START (S) sometidos a prostatectomía radical (PR).

Material y Métodos:

Se incluyeron un total de 687 pacientes con PSA, TR y BPE de 10 cilindros entre junio/1999 y diciembre/2008 clasificados según TNM 2009.

Seleccionamos pacientes sometidos a PR con criterios P: "PSA \leq 10, PSADT \leq 2.2, cT1, cT2, Gleason \leq 6, \leq 2 cilindros positivos en la biopsia", o criterios S: "PSA \leq 10, \leq cT3, Gleason \leq 6". Analizamos concordancia de criterios histológicos, progresión de enfermedad y supervivencia global usando SPSSv.19.

Resultados:

Un total de 212 y 353 pacientes cumplieron criterios de P y S.

Edad media: 66,9 \pm 5,7. PSA 7,6 \pm 5,1. Seguimiento medio: 56 meses (30-154). Subestadiaje: 40,6% en P y 47,9% en S. Progresión: 15,2% en P y 20,4% en S. Éxito: 11,1% en P y 13,4% en S. Incidencia acumulada de muerte, progresión bioquímica (RB) y supervivencia libre de enfermedad (SLP).

TIEMPO (AÑOS):	1/2	1	2	3	4	5
PRIAS						
<i>No ECE, no IVS, Gleason <7</i>						
SLP	97.6%	95.2%	87.5%	84.2%	82.8%	75.9%
RB	1.6%	4.0%	10.8%	13%	14.4%	17.8%
Muerte	0.8%	0.8%	1.7%	2.8%	2.8%	6.3%
<i>ECE, IVS, Gleason ≥ 7</i>						
SLP	96.5%	92.9%	84.2%	80.9%	79.3%	74.6%
RB	3.5%	5.9%	14.6%	16.3%	17.9%	20.2%
Muerte	0%	1.2%	1.2%	2.8%	2.8%	5.2%
START						
<i>No ECE, no IVS, Gleason <7</i>						
SLP	96.8%	94.5%	89.3%	85.5%	81.8%	72.6%
RB	1.6%	3.3%	7.9%	10.9%	13.7%	20.5%
Muerte	1.6%	2.2%	2.8%	3.6%	4.5%	6.9%
<i>ECE, IVS, Gleason ≥ 7</i>						
SLP	94.6%	90.4%	81.3%	74.7%	73%	63%
RB	4.2%	7.2%	16.3%	22.1%	23%	29%
Muerte	1.2%	2.4%	2.4%	3.2%	4.0%	8.0%

No DS entre ambos grupos(p>0.05)

Conclusiones:

Un porcentaje importante de pacientes candidatos a seguimiento activo pueden presentar un perfil anátomo-patológico agresivo y alta tasa de progresión, pero el impacto y la progresión global no parecen ser significativos. La selección de candidatos a la AS tiene que ser prudente en espera de resultados de más ensayos clínicos.

RECIDIVA LOCAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL. EXPANDIENDO INDICACIONES DE LA BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA.

I. Rodríguez Gómez, F. Gómez Veiga, L. Alvarez Castelo, A. Zarraonandía Andraca, J. Casas Nebra, M. Aller Rodríguez, A. Mariño Cotelo, A. Candal, V. Chantada Abal.

Sº de Urología y Oncología Radioterápica. CHUAC Y CENTRO ONCOLÓGICO REGIONAL. A Coruña

Introducción:

La recidiva local postprostatectomía radical es un fenómeno relativamente frecuente en la práctica clínica. El tratamiento con braquiterapia de baja tasa (LDB) podría convertirse en una opción válida junto con la radioterapia externa clásica.

Material y Métodos:

Entre Enero- 2004 y Diciembre- 2010 fueron tratados 53 enfermos ,pero sólo 47 con un seguimiento > 6 meses fueron incluidos en el estudio. La edad media fue 69,6 años (54-77).El estadio postprostatectomía fue pT0 1 caso (2,1%); pT2a 12 casos (25,5%);pT2b 3 casos(6,4%);pT2c 12 casos (25,5%);pT3a 4 casos (8,5%).

Se realizó por protocolo biopsia de anastomosis en todos los casos con grado de Gleason de 6 en 21 casos (44%), 7 en 20 casos (42%) y >7 en 6 casos (12%).

Se realizó implante mediante técnica en tiempo real, con semillas Rapid Strand y utilizando el programa Variseed versión 7.2. La dosis estimada fue de 144 Gy, para un volumen medio de 9,3 cc., con una media de 43 semillas por sesión (0.47 mCi). La D90 media uretral fue de 112 Gy.

Resultados:

La estancia media fue < 24 horas en todos los casos, no precisando catéter uretral en ninguno de ellos y sin complicaciones perioperatorias importantes.

La toxicidad aguda génitourinaria fue grado 1 en 15 pacientes (31,9%) y grado 2 en 3 casos (6,4%), mientras la gastrointestinal fue grado 1 en 2 pacientes (4,3%) y grado 2 en 1 caso (2,1%).

Las tasas de toxicidad tardía fueron grado 1 en 3 casos (6,4%) y grado 2 en 1 enfermo(2,1%) para la genitourinaria e idénticas cifras para la gastrointestinal, con 3 y 1 caso respectivamente.

Con un seguimiento medio de 40 meses la supervivencia libre de recidiva bioquímica es de 92,9% a 2 años y de 80,8% a 5 años.

8 pacientes se encuentran en progresión y 1 paciente falleció por causa relacionada.

Conclusiones:

La LDB es una opción válida para el tratamiento de la recidiva local, con unos resultados óptimos en supervivencia global y libre de recurrencia.

CISTADENOCARCINOMA MUCINOSO DE RIÑÓN, PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Rosa Novoa Martín, Daniel Pérez Fentes, Patricia Cordeiro Gonzánez, Benito Blanco Gómez, Luciano Honorato Ruiz, Ana Puñal Pereira, Miguel Blanco Parra, Serafín Novás Castro, Camilo García Freire

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivo:

Presentación del manejo de un varón que presenta un cistoadenocarcinoma mucinoso retroperitoneal sobre un riñón en herradura. Es una entidad que se presenta con una baja frecuencia y de predominio en mujeres. Nuestro caso constituye el quinto caso en varón descrito en la literatura.

Material y Métodos:

Varón de 53 años, sin patologías previas. Presenta un cuadro de oligoanuria e insuficiencia renal aguda. Se aprecia una masa en epigastrio, no dolorosa a la palpación.

En la ecografía abdominal, se observa una masa quística en la zona de unión de un riñón en herradura e hidronefrosis bilateral.

Resultados:

Se decide cateterización ureteral retrógrada bilateral, requiriendo posteriormente nefrostomía percutánea izquierda ante la no mejoría de la función renal.

En TC con contraste, se confirma el diagnóstico de masa quística de 12,5x10,3 cm, que impresiona de quiste complicado, comprimiendo ambos uréteres de forma extrínseca

Se decide realizar la exéresis quirúrgica de la masa quística. La lesión se abre accidentalmente en el campo quirúrgico, con salida de material mucinoso a la cavidad peritoneal.

A través del estudio anátomo-patológico se obtiene el diagnóstico de cistoadenocarcinoma mucinoso de riñón.

En el postoperatorio precoz el paciente vuelve a presentar oligoanuria. Se realiza pielografía descendente a través de la nefrostomía izquierda, observando una obstrucción a nivel del tercio proximal ureteral izquierdo. La TC abdomino-pélvica, sugiere la presencia de una colección postquirúrgica. Tras un mes de evolución manteniendo la nefrostomía percutánea abierta, se realiza nueva TC, evidenciándose de nuevo una masa sólida retroperitoneal infrarenal.

Se programa reintervención quirúrgica. El estudio anátomo-patológico confirma la recidiva del cistoadenocarcinoma mucinoso. Se objetivan múltiples metástasis óseas en la gammagrafía ósea.

Se inicia tratamiento quimioterápico con capecitabina, con mala respuesta clínica, falleciendo el paciente a los 5 meses del inicio de la quimioterapia.

Conclusiones:

-El diagnóstico preoperatorio es complicado. La sospecha se establece a través de pruebas de imagen. No es raro que se confundan con lesiones quísticas renales. La confirmación final se obtiene mediante estudio el anátomo-patológico.

-El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, el papel de las pautas de quimioterapia y radioterapia aún no está establecido.

FACTORES DE RIESGO EN CÁNCER DE PENE: NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE 20 AÑOS

Ilyad Barghouti, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Andrea Sánchez Vázquez, Aarón Barreiro Mallo, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Introducción y Objetivos:

El carcinoma de pene es una neoplasia poco frecuente. Su pronóstico depende de múltiples factores de riesgo que afectan a los resultados de tratamiento, supervivencia global de los pacientes y la tasa de recidiva.

Presentamos en este trabajo análisis del impacto de los factores clínico-patológicos del cáncer de pene.

Materiales y Métodos:

Estudio retrospectivo entre 1991 y 2010, en el que se revisan 75 pacientes diagnosticados de cáncer de pene. La edad media de los pacientes 65.5 años (rango de 30-89 años), con seguimiento mínimo de un año. Se analizan la supervivencia libre de enfermedad a 5 años (SLE5) y la supervivencia global a 5 años (SG5), entre dos grupos de cada factor de riesgo: pTcNo (Grupo1: \leq pT1, Grupo2: $>$ pT1), Grado (Grupo1: \leq I, Grupo2: $>$ I), tamaño de tumor (Grupo1: \leq 2cm, Grupo2: $>$ 2cm).

Se calculan por las tablas de Kaplan-Meier y la prueba de chi-cuadrado, utilizando el paquete estadístico SPSSv17.0 para el análisis.

Resultados:

Las SLE5 y SG5 fueron mayores en el grupo de bajo riesgo. Aunque la SG5 es significativamente mayor en el grupo de bajo pT, sin embargo SLE5 no demuestra diferencia significativa entre los dos grupos. No hay diferencia significativa en el tamaño ni de SLE5 ni SG5.

Factores	SLE5			SG5		
	Grupo1	Grupo2	p	Grupo1	Grupo2	p
pTcN0	51.3%(ES0.091)	48.8%(ES0.138)	0.176	61.8%(ES0.089)	21.9%(ES0.129)	0.003
Grado	63.9%(ES0.101)	29.1%(ES0.083)	0.0001	72.9%(ES0.091)	26.1%(ES0.083)	0.0001
Tamaño	37.5%(ES0.126)	52.3%(ES0.074)	0.951	63.8%(ES0.111)	46.7%(ES0.076)	0.383

ES = Error Estándar

Conclusión:

Nuestros resultados del grado tumoral como factor pronóstico para definir grupos de riesgo son compatibles con los distintos estudios publicados, si bien el estadio puede tener relevancia. Es posible que precisemos mejores factores pronósticos para poder definir población riesgo de progresión y planificar mejores o más adecuadas estrategias terapéuticas. Los estudios multicéntricos en contexto de ensayos clínicos junto con una educación socio-sanitaria parecen fundamentales en el cáncer del pene.

MICROLITIASIS TESTICULAR: DIAGNÓSTICO Y MANEJO

Iyad Barghouti, Luis Busto Martín, Marcos Aller Rodríguez, Aarón Barreiro Mallo, Andrea Sánchez Vázquez, Francisco Gómez Veiga, Venancio Chantada Abal

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC)

Introducción y Objetivos:

La microlitiasis testicular es una patología poco frecuente, que generalmente se identifica por casualidad en la ecografía testicular. El interés por microlitiasis testicular ha aumentado en los últimos años, debido a una asociación observada con el tumor testicular de células germinales (TTCG) y carcinoma testicular in situ. Presentamos un caso de varón de 45 años que presenta microlitiasis testicular diagnosticado por ecografía escrotal, y revisamos la literatura.

Materiales y Métodos:

Varón de 45 años sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de ligera dislepemia y asma, intervenido de polipectomía endoscópica con displasia superficial leve compatible con microadenomas tubulares. Acudió a nuestra consulta de Urología por fallo de conseguir embarazo con su pareja después de 18 meses de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas. No refiere antecedentes de traumatismos en los testículos ni enfermedades relacionadas en la infancia ni disfunción eréctil. A la exploración física se demuestra testículos moderadamente atróficos. Se le realizó ecografía escrotal que demostró varicocele bilateral más importante en el lado izquierdo, e inespecíficas micro calcificaciones en ambos testículos. Azoospermia en la espermiograma. Se decidió realizar biopsia testicular.

Resultados:

Estudio anatómico-patológico: Ausencia de espermatozoides. No evidencia de malignidad. Se decidió seguir el paciente en nuestras consultas para descartar desarrollo de tumor testicular con el tiempo.

Conclusiones:

El manejo de pacientes con microlitiasis testicular varía en función de las necesidades específicas del individuo. Un enfoque conservador que implica el autoexamen testicular se recomienda para pacientes con microlitiasis testicular que son asintomáticas. La biopsia testicular se debe considerar en los pacientes con microlitiasis testicular y las características asociadas al síndrome de desgenia testicular, como infertilidad, atrofia testicular y la criptorquidia, dada la mayor frecuencia de detección de TTCG y CIS en este grupo de personas.

19/11/2010 Ecografía escrotal:

Varicocele bilateral más importante en el lado izquierdo.

Pequeñas microcalcificaciones en ambos testículos, inespecíficas.

En la cabeza de ambos epidídimos se observan quistes simples, el mayor de 2,2 cm en el lado izquierdo y de 1,7 cm en el lado derecho.

Discreta ectasia de la rete testis en el testículo izquierdo

24/11/10 *BIOQUIMICA*: Glucosa 77.0, Urea 35.0, Creatinina 1.08, GPT (ALT) 40.0.

HEMATIMETRIA: Leucocitos 7.55, Eritrocitos 5.59, Hemoglobina 17.3, Hematocrito 49.9, V.C.M. 89.2, H.C.M. 30.9, C.H.C.M. 34.7, Plaquetas 227.0, MPV 8.8, Linfocitos % 35.5, Monocitos % 6.7, Neutrófilos % 52.3, Eosinófilos % 3.1, Basófilos % 0.6, LUC / LYC 1.8, Linfocitos 2.68, Monocitos 0.51, Neutrófilos 3.95, Eosinófilos 0.24, Basófilos 0.05.

OURIÑOS e LIQUIDOS BIOLOGICOS: Densidade 1020.0, pH 7.0, Leucocitos NEG, Nitritos NEG, Proteinas NEG, Glucosa NORM, Corpus cetónicos NEG, Urobilinógeno NORM, Bilirrubina NEG, Eritrocitos NEG, Comentario sedimento Tras citometría no precisa revision microscópica.

ESTUDIO ELEMENTOS FORMES EN OURIÑOS: Hematíes 5.6, Leucocitos 2.0, Células Epiteliales 0.2, Cilindros hialinos 0.0, Bacterias Negativo.

HORMONAS: FSH 4.7, FSH V.ref. home:1-8

muller: fase folicular:3-11

pico ovulatorio: 10-45

fase luteínica: 1.5-7

menopausia: 26-162, LH 6.7, LH V.ref. home:1-12

muller: fase folicular:0.5-12

pico ovulatorio: 32-66

fase luteínica: 0.6-6

menopausia: 13-122, Testosterona total 634.0.

ESPERMIOGRAMA: Recibido : Dentro del tiempo recomendado, Color (aspecto) Blanco-amarillento, Examen microscópico en fresco Escasas células de epitelio redondo, Viscosidad Normal, Volumen 2.5, pH 7.0, Espermatozoides /ml Azoospermia, Total esper.en todo el eyaculado Azoospermia, Fructosa/seminal 158.0, Zinc/seminal 28.6.

RELACIÓN DEL VOLUMEN TUMORAL Y AGRESIVIDAD TUMORAL EN UNA SERIE DE 4532 PACIENTES CANDIDATOS A PRIMERA BIOPSIA DE PRÓSTATA CON PSA 2,5-10

Marcos Aller Rodríguez, Darío Vázquez Pazos, Francisco Gómez Veiga, Ignacio Rodríguez Gómez, Sonia Pertega, José Luis Ponce Díaz-Reixa, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción:

El diagnóstico del cáncer de próstata sigue basándose en la determinación de PSA, tacto rectal y la biopsia ecodirigida. En muchos casos estos tumores pueden presentarse con escasa carga tumoral de ahí la importancia de estudiar factores relacionados con la agresividad tumoral. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el volumen prostático y la agresividad tumoral en pacientes candidatos a primera biopsia

Material y Métodos:

Entre septiembre de 2002 y mayo de 2012, 4532 pacientes candidatos a primera biopsia con determinación de PSA con rango comprendido entre 2,5-10, tacto rectal previo y biopsia prostática ecodirigida de 10 cilindros fueron incluidos para el estudio. La edad media fue de 66,4 años, la media de PSA fue 5,27ng/mL, con una media de PSA complex de 4,38. El volumen prostático medio fue 48,7cc con una densidad media de PSA de 0,14. Se analiza la relación del volumen para definir tumores y agresividad tumoral expresada en A) Tumores con Gleason ≥ 7 y B) más de dos cilindros positivos en la biopsia. Utilizamos SPSS v17.0 con el test estadístico chi-cuadrado.

Resultados:

El diagnóstico de cáncer de próstata por biopsia fue de 1562 casos (34,5%) de las cuales el 51,8% presentaba un Gleason score ≥ 7 . Así mismo, de todas las biopsias diagnósticas de cáncer, el 55% presentaba ≥ 2 cilindros positivos. Al relacionar estas variables con el volumen prostático hallamos resultados significativos ($p < 0,0001$):

Volumen próstata	Gleason <7	Gleason ≥ 7	Cilindros + ≤ 2	Cilindros + ≥ 2	Total casos
≤ 40 cc	397 41,2%	566 58,8%	375 38,9%	588 61,1%	963
> 40 cc	355 59,3%	244 40,8%	328 54,8%	271 45,2%	599

Conclusiones:

Existe una clara relación entre el volumen prostático y la agresividad tumoral, siendo las próstatas de menor volumen las que presentan una mayor agresividad.

Estos datos han de ser tenidos en consideración a la hora de la toma de decisiones para la realización de una biopsia

TRATAMIENTO DE VEJIGA NEURÓGENA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (BTX-A) INTRADETRUSOR: SERIE DE 30 CASOS

Paula Portela Pereira, Marcos Aller Rodríguez, Luis Álvarez Castelo, Luis Busto Martín, Sara Martínez Breijo, Juan Andrés González Dacal, Venancio Chantada Abal.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo:

Evaluar la eficacia de la inyección intradetrusor con toxina botulínica tipo A (BTX-A) en pacientes con hiperactividad del detrusor neurogénica en los que fracasaron los tratamientos farmacológicos.

Material y métodos:

Estudio descriptivo que incluyó 30 pacientes con vejiga hiperactiva neurógena con mala o nula respuesta a tratamiento farmacológico, y que fueron sometidos a la inyección intradetrusor con BTX-A. Variables medidas: sexo, edad, etiología, pérdidas de orina, dosis de BTX-A, parámetros urodinámicos (pretratamiento y postratamiento) y complicaciones. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS.19.

Resultados:

La etiología fue traumática en 19 pacientes. 63'3% de los pacientes eran de sexo masculino, y la edad media fue de 39'9 años. En la mayoría de los pacientes, el manejo de la vejiga se llevó a cabo con agentes anticolinérgicos (93%) y cateterismos intermitentes (83%). A pesar de ello, el 90% mantenía pérdidas urinarias. 93% de los pacientes fueron sometidos a inyección intravesical de 300 UI de BTX-A distribuidos en 30 puntos, infiltrándose el trígono en 7 pacientes. Se observa una mejoría urodinámica significativa después del tratamiento en los siguientes parámetros: capacidad máxima cistométrica ($p = 0'017$), presión máxima del detrusor ($p = 0'028$) y compliance vesical ($p = 0'037$). El tiempo medio sin pérdidas de orina fue de 222 días, y no hubo diferencias estadísticamente significativas en la inyección de trígono. Se registraron 2 casos de infección del tracto urinario postratamiento.

Conclusiones:

La inyección intradetrusor de BTX-A es un tratamiento eficaz y seguro en los pacientes con vejiga hiperactiva neurógena refractaria. Esta terapia puede ser un tratamiento alternativo en pacientes con cateterismo difícil o contraindicaciones para otros procedimientos quirúrgicos.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL MEDIANTE URETROPLASTIA CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA ORAL

Teresa Mosquera Seoane, Javier Pereira Beceiro

Servicio de Urología, Área Sanitaria de Ferrol, La Coruña

Objetivos:

Analizar los resultados de la uretroplastia con injerto de mucosa oral en el tratamiento de la estenosis uretral de diferentes etiologías y localizaciones.

Material y Métodos:

Pacientes (n=14) a los que se practicó uretroplastia con injerto de mucosa oral en el Área Sanitaria de Ferrol entre abril de 2008 y octubre de 2011. Análisis estadístico: se realizó estudio descriptivo de todas las variables con medidas de centralización y dispersión, expresando las variables cuantitativas como media \pm desviación típica. El éxito de la cirugía se definió como mejoría uretrográfica, flujométrica y sintomática o exploratoria.

Resultados:

La media de edad fue $47,14 \pm 8,38$ años (35-61). La etiología de la estenosis fue manipulación uretral en 4 casos (28,57%), fistula uretral y estenosis tras cirugía de hipospadias en 3 pacientes (21,43%), traumática en 2 (14,29%), balanitis xerótica obliterante en 2 (14,29%), idiopática en 2 (14,29%) e infecciosa en 1 (7,14%). La longitud media de la estenosis uretral fue $3,09 \pm 0,88$ cm (1,80-4,00). La localización de la estenosis era bulbar en 8 casos (57,14%), pendular en 3 (21,43%), pendulo-glandular en 2 (14,29%) y bulbo-peneana en 1 (7,14%). Se realizó uretroplastia en un tiempo en 12 casos (85,71%), en dos tiempos en 1 caso (7,14%) y en tres tiempos en 1 (7,14%). Se empleó injerto doble ventral y dorsal en 7 casos (50,00%), injerto ventral en 5 pacientes (35,71%) e injerto ventral con tubulización posterior en 2 casos (14,29%). El Qmáx preoperatorio fue $5,85 \pm 4,76$ ml/s (0-14), siendo el último Qmáx postoperatorio medido de $16,78 \pm 6,39$ ml/s (6-28). La estancia postoperatoria media fue $6,64 \pm 2,43$ días (3-11). La sonda uretral se mantuvo tras la cirugía durante $21,07 \pm 4,71$ días (15-30). El seguimiento medio de los pacientes fue $27,38 \pm 15,79$ meses (6-49). De los 12 pacientes con cirugía planificada para un tiempo, 4 (33,33%) fueron reintervenidos una vez y uno dos veces (8,33%). La primera uretroplastia fue efectiva en 10/14 casos (71,43%). En total 12/14 pacientes obtuvieron un resultado satisfactorio con una o más uretroplastias (85,71%).

Conclusiones:

La mucosa oral resulta efectiva en el tratamiento de la estenosis de uretra de diversas etiologías y en diferentes localizaciones. El 85% de los pacientes presentan resultados satisfactorios desde el punto de vista clínico, uroflujométrico y uretrográfico, aunque el seguimiento medio de los pacientes es aún muy corto.

¿SE DEBE INDICAR LA PROSTATECTOMÍA RADICAL COMO TRATAMIENTO INICIAL EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO?

Daniel León Ramírez, Leonardo Tortolero Blanco, Manuel Carballo Quinta, Jacobo Freire Calvo, Sabela López García, José Manuel Barros Rodríguez, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo Xeral-Cies

Introducción:

En el varón el cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia más frecuente y la segunda causa de muerte oncológica. Hasta un tercio de los pacientes diagnosticados CaP tienen características de alto riesgo y suelen ser tratados con esquemas de radiación y hormonoterapia, existiendo controversia sobre la indicación de la prostatectomía radical en este grupo de pacientes

Objetivo:

Evaluar los resultados oncológicos a largo plazo de la prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo (CaPR) según la clasificación de D`amico

Material y Métodos:

Se revisaron 1028 prostatectomías radicales, seleccionándose 166 con criterios de CaPAR según la clasificación de D`amico (PSA ≤ 20 ng/ml, estadio clínico $\geq T2c$ o Gleason de la biopsia ≥ 7).

Las variables analizadas fueron edad, tacto rectal, Gleason de la biopsia y pieza, PSA al diagnóstico, estadio clínico y patológico. Se excluyeron a los pacientes que recibieron tratamiento hormonal y radioterapia antes de la progresión bioquímica (PSA $\leq 0,2$ ng/ml)

Analizamos la probabilidad de progresión bioquímica, supervivencia cáncer específica y supervivencia global utilizando las pruebas Kaplan Meyer, Long Rank y la regresión logística de Cox

Resultados:

La mediana de edad fue 65(49-78) años; PSA (≤ 20 / >20) 106(63,9%) y 60(36,1%); estadio clínico ($\leq T2c$ / $\geq T2c$) 104(62,7%) y 62(37,3%); Gleason preoperatorio (≤ 7 / >7) 64(38,6%) y 102(61,4%); mediana de seguimiento 74(1-201) meses. 36,2%(60) tenían enfermedad organoconfinada.

A los 10 años la supervivencia libre de progresión bioquímica, supervivencia cáncer específica y supervivencia global fue del 41%, 94,6% y 92,2% respectivamente

El análisis univariante mostró que tanto estadio clínico ($\geq T2c$) como el score de Gleason (>7) estaban asociados a una mayor mortalidad por CaP ($p=0.024$ y $p=0.001$ respectivamente), pero no el PSA

La regresión logística de Cox muestra al Gleason de la biopsia (≥ 7) como el peor factor pronóstico y factor más influyente de recidiva bioquímica (OR=3,5; 95%IC:1,8-7,6;p=0.019) y muerte por CaP (OR=7,2; 95%IC:2,1-24,3;p=0.001).

Conclusión:

Los datos de nuestro estudio sugieren que la Prostatectomía Radical proporciona a largo plazo excelentes resultados oncológicos en un subconjunto de hombres con CaPAR, disminuyendo significativamente el uso precoz de terapia de deprivación androgénica.

Palabras claves: Prostatectomía Radical. Cáncer de próstata. Alto Riesgo.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE FRACASO DE LA ANASTOMOSIS URETEROILEAL EN DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Jacobo Freire Calvo, Daniel León Ramírez, Sabela López García, Angel Maximino Castro Iglesias, Juan Benavente Delgado, Antonio Ojea Calvo.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Hospital Xeral- Cíes.

Introducción:

La cistectomía radical y las diversas técnicas de derivación urinaria, presentan una considerable morbilidad, con un 64% de complicaciones totales durante los primeros 90 días post-cirugía. El fracaso de la anastomosis ureteroileal, en el caso de reservorio Bricker, es una complicación frecuente durante los primeros 10 días.

Material y Métodos:

Presentamos el caso de una paciente de 69 años diagnosticada de cáncer vesical T1G3, con fracaso a inmunoterapia, sometida a cistectomía radical y derivación tipo Bricker con anastomosis ureteroileal Wallace II. A los 10 días post-intervención presenta vómitos, distensión abdominal y rebote positivo en la exploración.

Pruebas complementarias. En UroTC se evidencia urinoma de 17x14x10 cm sin observarse fugas, por lo que se coloca catéter de drenaje percutáneo en urinoma. Tras una semana, persiste débito por el drenaje, y se produce empeoramiento de función renal, por lo que se realizan nefrostomías percutáneas bilaterales; en pielografía anterógrada se evidencia fuga a nivel de uréter distal izquierdo y en anastomosis ureteroileal.

Intervención quirúrgica. Dado que el riñón derecho muestra un parénquima atrófico y considerando la fuga en uréter distal izquierdo, se realiza nefrectomía derecha, exéresis de segmento distal de uréter izquierdo y anastomosis uretero-ureteral izquierda-derecha, utilizando el remanente ureteral derecho para realizar la anastomosis ureteroileal.

Evolución. La paciente presenta buena evolución clínica, con alta hospitalaria a los 14 días de la intervención. Al año se mantiene sin complicaciones y libre de enfermedad.

Anatomía patológica. Riñón derecho con hallazgos de nefroangioesclerosis. Uréter izquierdo con signos de necrosis.

Discusión:

La transureteroureterostomía es una técnica extendida para el tratamiento de lesiones de uréter distal cuando no es factible la realización de la anastomosis ureteroileal. En nuestro caso, se realizó transposición del segmento proximal sano del uréter

izquierdo al lado controlateral. Tras nefrectomía derecha por riñón no funcional, se aprovechó el remanente ureteral para completar la anastomosis ureteroileal, con un resultado satisfactorio.

Conclusiones:

La transposición ureteral es una técnica de utilidad ante el fracaso de la anastomosis ureteroileal secundaria a necrosis del segmento distal del uréter. La oportunidad de utilizar el remanente ureteral tras nefrectomía puede permitir realizar la anastomosis ureteroileal, conservándose el reservorio.

¿DE QUÉ MUEREN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA?

Manuel Carballo Quintá, Leonardo Tortolero Blanco, Jacobo Freire Calvo, Daniel Leon Ramírez, Sabela López García, Ángel Maximino Castro Iglesias, Juan Benavente Delgado, Antonio Ojea Calvo.

Servicio de Urología. Hospital Xeral-Ciés . Complexo Hospitalario Universitario de Vigo.

Objetivos:

Analizamos las causas de muerte en pacientes a los que se les ha realizado prostatectomía radical (PR) tras diagnóstico de adenocarcinoma de próstata (CaP), evaluando si existe un patrón de causas de mortalidad diferente a la población de varones del mismo rango de edad en España (PE).

Material y Métodos:

Realizamos un estudio retrospectivo de 976 pacientes diagnosticados de CaP y tratados mediante PR entre 15/07/92 y 01/06/11. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 69.56 meses ($\pm 45,10$), con mediana de edad de 64 años (rango 60-68.05), mediana de psa 7 (rango 5-10) y mediana de Gleason de la pieza quirúrgica 7 (rango 6-7). Se ha realizado estandarización indirecta de tasas (población de referencia la PE) para el posterior análisis de las razones de mortalidad estandarizadas (RME) con intervalos de confianza del 95% (IC95%).

Resultados:

Se han registrado un 2.46 % de muertes por CaP (RME de 3,5 , IC95%: 2.37-5.26), un 2,36% de muertes por segundos tumores (RME 0.51, IC95%: 0.34-0.77), y un 2.25% de fallecimientos por otras patologías (RME 0.62, IC95%: 0.41-0.94). La mortalidad por CaP representa la causa individual más importante (35% de las muertes). Entre los fallecimientos por segundos tumores, el cáncer de pulmón representa el 26%, si bien presenta una RME de 0.32 (IC95%: 0.14-0.70), seguido por el cáncer de páncreas (17%) y el cáncer urotelial (17%). Entre las causas de muerte no oncológica, las más frecuentes son la enfermedad coronaria isquémica (32%) y las enfermedades crónicas broncopulmonares (27% y RME 0.33, IC95%: 0.14-0.81).

Conclusiones:

La principal causa de muerte de los pacientes con CaP tratados mediante PR es el propio cáncer de próstata. Estos pacientes no presentan con respecto a la PE, un aumento del riesgo de muerte por segundos tumores o por otras patologías no tumorales, incluyendo las derivadas de comorbilidad más frecuente en los grupos de mayor edad, especialmente enfermedades crónicas broncopulmonares. Asimismo, en consonancia con otras series de la literatura, se observa una menor frecuencia de muerte por cáncer de pulmón. Estos datos podrían evidenciar una adecuada selección de los pacientes candidatos a cirugía.

¿EXISTE ALGÚN CILINDRO QUE PRESENTE MAYOR RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN LA BIOPSIA DE PRÓSTATA?

Freire Calvo, Jacobo; Tortolero Blanco, Leonardo; Carballo Quintá, Manuel; León Ramírez, Daniel Hildebrando; Lopez García, Sabela; Berros Rodríguez, José Manuel; Castro Iglesias, Maximino; Ojea Calvo, Antonio

Hospital Xeral-Cies, Vigo

Objetivo:

Determinar si existe algún cilindro en el que se demuestre un mayor índice de positividad en el diagnóstico de cáncer de próstata. Analizamos además si existen diferencias entre biopsias positivas en un solo cilindro y biopsias con dos o más cilindros afectados.

Material y Métodos:

Se analizan 307 biopsias de próstata con resultado positivo para adenocarcinoma de próstata realizadas entre enero 2009 y noviembre 2011. Todas ellas se realizaron mediante un esquema de toma de muestras de 12 cilindros correspondientes con las zonas ápex, media externa e interna y base externa e interna. Se calcula en qué porcentaje se ven afectados cada uno de los cilindros. Estratificamos un subgrupo de 77 pacientes en los que sólo se ve afectado un cilindro de la muestra. Se analiza si existen diferencias entre pacientes con un solo cilindro positivo y pacientes con dos o más cilindros positivos. Se comparan los valores de PSA y porcentaje de PSA libre/PSA total entre ambos grupos. Características de los pacientes: Media edad (64 años), media PSA (8,04 ng/ml), media PSA L/T 15%, media Gleason (7). Se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias, medianas, desviaciones y rango para las cuantitativas. Las diferencias entre PSA se obtuvieron con T-Student.

Resultados:

Los cilindros que mayor índice de positividad presentaron fueron los correspondientes con base interna derecha (78,8%), base interna izquierda (78,2%) y ápex derecho (76,9%). En el grupo con sólo un cilindro positivo el más repetido fue el de media externa izquierda. No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($p=0,418$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos comparando valores de PSA y PSA L/T ($p=0,61$).

Conclusiones:

No hay evidencia de que exista algún cilindro que presente mayor rentabilidad diagnóstica para el cáncer de próstata. Los valores de PSA y PSA L/T en pacientes con biopsia positiva en un solo cilindro y pacientes con dos o más cilindros afectados no arrojan diferencias significativas.