



**25**  
Aniversario

**XXV** Congreso  
de la Sociedad  
Gallega  
de Urología



SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA

**PROGRAMA**

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

**MONFORTE DE LEMOS**  
29 y 30 de mayo de 2015



SERVIZO  
GALEGO  
de SAÚDE

Estrutura Organizativa de Xestión Integrada  
de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos







**SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA**

# **XXV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología**

**MONFORTE DE LEMOS  
29 y 30 de mayo de 2015**



**Estrutura Organizativa de Xestión Integrada  
de Lugo, Cervo e Monforte de Lemos**







**Nº Expediente:** SA301A 2015/6-2 **Denominación da actividade:** XXV Congreso da Sociedade Galega de Uroloxía

**Procedemento:** Recoñecemento de interese sanitario de **Lugar da celebración:** Parador Nacional de Monforte de Lemos (Lugo)

**Entidade organizadora:** Sociedade Galega de Uroloxía **Data de celebración:** 29 e 30 de maio de 2015

## RESOLUCIÓN DE RECOÑECIMENTO DE INTERESE SANITARIO

### ANTECEDENTES

- Con data 27/03/2015 tivo entrada no rexistro desta xefatura territorial (núm. de rexistro 4198), unha solicitude para o recoñecemento de interese sanitario, formulada pola Sociedade Galega de Exposicións e Congresos, para a actividade denominada *XXV Congreso da Sociedade Galega de Uroloxía*, organizada pola Sociedade Galega de Uroloxía.
- Con data 30/03/2015 o Servizo de Xestión formula proposta de recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico da actividade indicada.

### CONSIDERACIÓNS XURÍDICAS

Única regulación do recoñecemento sanitario.

A orde do 7 de maio de 1992 (DOG núm. 103, do 1 de xuño) regula a dita materia e no artigo 1 establece que poderá recoñecerse como de interese sanitario aqueles actos, reunións, cursos, congresos e xornadas que, organizados o ámbito xeográfico da Comunidade Autónoma de Galicia por corporacións, fundacións, asociacións e outras entidades de natureza pública ou privada que acrediten estar legalmente constituídas, teñan por obxecto o estudo, difusión, formación ou especialización das ciencias e técnicas relacionadas coa saúde. No artigo 5 establécense as facultades derivadas do citado recoñecemento.

No exercicio da competencia atribuída polo artigo 2 da mencionada Orde do 7 de maio de 1992 e o Decreto 41/2013 do 21 de febreiro, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade (DOG núm. 46, do 6 de marzo).

### RESOLVO:

- Outorgar o recoñecemento de interese sanitario para a actividade denominada XXV Congreso da Sociedade Galega de Uroloxía, organizada pola Sociedade Galega de Uroloxía, que se vai levar a cabo no Parador Nacional de Monforte de Lemos (Lugo) en data 29 e 30 de maio de 2015.
- Ordeno a súa inclusión no Rexistro de Actos, Reunións, Cursos, Congresos e Xornadas do Servizo de Xestión desta Xefatura Teritorial.
- A obriga, segundo o disposto no artigo 6º da orde citada, obriga para o comité organizador ou, en todo caso, os órganos de dirección da asociación ou entidade organizadora do acto, de remitir a este departamento territorial, no prazo de dous meses a partir da data do remate do acto, as conclusións ou acordos adoptados.

Contra esta resolución poderá interpoñer **recurso de alzada** perante a Conselleira de Sanidade no prazo de **1 mes**, contado a partir do día seguinte á súa notificación, de conformidade co estipulado nos arts. 114 e 115 da Lei 30/92, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común (BOE do 27 de xuño), modificada pola Lei 4/99 do 13 de xaneiro (BOE do 14 de xaneiro)

Lugo, 30 de marzo de 2015

A xefa territorial

P.S. A xefa do Servizo de xestión

(Decreto 33/2014 da Consellería de Sanidade do 18/03/2014)



Beatriz Roca Castro



# XXV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Comité Organizador

## **Presidente**

Dr. M. Alejandro Sousa Escandón

## **Vicepresidente**

Dr. Carlos Uribarri González

## **Secretario**

Dr. Ignacio Rodríguez Gómez

## **Vocales**

Dr. Francisco Javier Casas Nebra

Dra. Patricia Cordeiro González

Dr. Francisco José García Novio

Dra. Leticia López Rodríguez

Dr. Luis Mateo Cambón

Dra. Serenella Monagas Arteaga

Dr. José Antonio Mosteiro Ponce

Dr. Javier Neira Pampín

Dr. Ángel Núñez López

Dra. María Dolores de Paz Villasenín

Dra. María Luisa Suárez de Lis

Dra. Magdalena Verez Vivero



# Sociedad Gallega de Urología

## Junta Directiva

### **Presidente**

Dr. Venancio Chantada Abal

### **Vicepresidente**

Dr. Miguel Ángel Blanco Parra

### **Secretario general**

Dr. Javier Tato Rodríguez

### **Tesorero**

Dr. Enrique Cespón Outeda

### **Vocal de Actividades Científicas**

Dra. Elena López Díez

### **Vocales**

Dr. Luis Mateo Cambón

Dr. Julián Nieto García

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada

Dra. Luisa Suárez de Lis

Dr. Carlos Muller Arteaga

Dr. Daniel Adolfo Pérez Fentes

Dr. Higinio Rodríguez Núñez

Dra. Andrea Sánchez Vázquez

Dr. Rogelio Valbuena Álvarez

# XXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Profesores Invitados

**Dr. Ángel Máximo Castro Iglesias**

*Servicio de Urología del C.H.U. de Vigo*

**Dr. Venancio Chantada Abal**

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

**Dr. Antón Cimadevila García**

*Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*

**Dr. Juan Corredoira Sánchez**

*Unidad de Infecciosos del H.U. Lucus Augusti de Lugo*

**Dr. Ovidio Fernández Calvo**

*Servicio de Oncología del C.H.U. de Ourense*

**Dr. Alfonso Mariño Coteló**

*Servicio de Radioterapia del C.H.U. de A Coruña*

**Dr. Luis Martínez Piñeiro**

*Servicio de Urología del H.U. Infanta Sofía de Madrid*

**Dr. Enrique Míguez Rey**

*Unidad de Infecciosos del C.H.U. de A Coruña*

**Dr. Joan Palou Redort**

*Unidad Urología Oncológica de la Fundació Puigvert de Barcelona*

**Dr. Daniel Pérez-Fentes**

*Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*

**Dr. José Ignacio Rodríguez Gómez**

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

**Dr. Javier Sánchez Rodríguez-Losada**

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

**Dr. Eduardo Solsona Narbón**

*Servicio Urología del Instituto Valenciano de Oncología*

**Dr. Alejandro Sousa Escandón**

*Servicio de Urología del H. Comarcal de Monforte de Lemos*





## Información general

### **ORGANIZA**

Sociedad Gallega de Urología  
Servicio de Urología del Hospital Comarcal de Monforte de Lemos

### **FECHAS DEL CONGRESO**

Días 29 y 30 de mayo de 2015

### **SEDE DEL CONGRESO**

Parador Nacional de Monforte de Lemos  
Plaza Luis de Góngora y Argote, s/n

### **EXPOSICIÓN COMERCIAL**

Parador Nacional de Monforte de Lemos  
Plaza Luis de Góngora y Argote, s/n

### **HOTEL DEL CONGRESO**

Parador Nacional de Monforte de Lemos  
Plaza Luis de Góngora y Argote, s/n

Nota: En caso de superar las plazas hoteleras disponibles en el Parador, se alojará en hotel de similar categoría.

### **SECRETARÍA CIENTÍFICA**

Hospital Comarcal de Monforte de Lemos  
Servicio de Urología  
Corredoira s/n - 27400 Monforte de Lemos, Lugo  
Tel. 982 404 006

### **SECRETARÍA TÉCNICA**

Para cualquier información dirigirse a esta secretaría:  
GALLEGA DE EXPOSICIONES Y CONGRESOS, S.L.  
Muelle de Bouzas, Dársena Nº2, Local 52-B - 36208 Vigo  
Tels: 699 900 821 / 654 556 193 • Tel/Fax: 986 294 465  
congresos@gallegadecongresos.com  
www.gallegadecongresos.com





## Índice

RESUMEN DE PROGRAMA.....pág. 14-15

PROGRAMA .....pág. 16

RESÚMENES:

COMUNICACIONES ORALES (CO).....pág. 28

POSTERS (P) .....pág. 52

VÍDEOS (V) .....pág. 69

ENTIDADES COLABORADORAS .....pág. 75

# RESUMEN DE PROGRAMA

## Viernes día 29

### *Sesión de Mañana*

- 8:45 Apertura secretaria.  
Exposición permanente de posters  
Bienvenida: Dr. Alejandro Sousa Escandón – Presidente del Comité Organizador
- 9:00 Presentación de comunicaciones orales
- 11:00 Pausa para café
- 11:30 Mesa redonda:  
**RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO**
- 13:00 Simposio JANSSEN:  
**LA EXPERIENCIA CON ABIRATERONA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**
- 13:30 Comida de trabajo

### *Sesión de Tarde*

- 16:00 Presentación de comunicaciones posters
- 17:15 Inauguración oficial del Congreso
- 17:30 Mesa redonda:  
**PROBLEMÁTICA INFECCIOSA EN UROLOGÍA**
- 18:30 Simposio SANOFI:  
**AVANCES EN CÁNCER DE PRÓSTATA**
- 20:15 Salida en autocar al restaurante.
- 20:30 Cena Oficial del Congreso
- 00:00 Regreso al Hotel

## Sábado día 30

### *Sesión de Mañana*

- 8:45 Apertura Secretaría del Congreso
- 9:00 Presentación de comunicaciones en video
- 10:15 Mesa redonda:  
**QUIMIOHIPERTERMIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NMI**
- 11:45 Pausa para café
- 12:00 Presentación del libro:  
**VEJIGA NEURÓGENA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR**
- 12:30 Conferencia:  
**REVISIÓN CRÍTICA DE LA CIRUGÍA EN LA HBP**
- 13:00 Simposio ASTELLAS:  
**NOVEDADES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS STUI/HBP EN EL VARÓN**
- 13:40 Salida en autocares al restaurante.  
Comida de Clausura  
Entrega de Beca Astellas Pharma  
Entrega de premios de la Sociedad Gallega de Urología
- 17:00 Asamblea General de la S. G. U. 1º Convocatoria
- 17:30 Asamblea General de la S. G. U. 2º Convocatoria
- 18:00 Regreso al Parador.





---

## PROGRAMA / VIERNES 29 DE MAYO

---

8:45 Entrega de documentación en Secretaría del Congreso  
Parador Nacional de Monforte. Lugo

**Bienvenida:**

Dr. Alejandro Sousa Escandón  
*Presidente del Comité Organizador*

9:00 **Presentación de Comunicaciones Orales**

**Moderadores:**

Dr. José Antonio Mosteiro Ponce  
*Servicio de Urología del H.U. Lucus Augusti de Lugo*  
Dr. Dionisio López Bellido  
*Servicio de Urología del C.H.U. de Ourense*

**CO1 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL IMPLANTE SUBCUTÁNEO DE HISTRELINA**

Sousa, Alejandro; Uribarri, Carlos; Monserrat, Víctor\*;  
Aparici, Vicente\*; Neira, Pilar\*  
*Servicios de Urología y Farmacia\*. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos*

**CO2 - IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL TRATAMIENTO MEDIANTE QUIMIOHIPERTERMIA DEL CVNMI DE RIESGO MEDIO-ALTO COMPARADO FRENTE AL TRATAMIENTO CON BCG**

Sousa, Alejandro; Piñeiro, Idelfonso\*; Rodríguez, Silvia\*;  
Uribarri, Carlos; Monserrat, Víctor\*\*; Aparici, Vicente\*\*;  
Neira, Pilar\*\*  
*Servicios de Urología, Hospital de día\* y Farmacia\*\*. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos*

**CO3- TRATAMIENTO DE TUMORES RENALES INFERIORES A 4 CMS CON RADIOFRECUENCIA**

Sousa, Alejandro; Ruibal, Manuel\*\*; Uribarri, Carlos;  
Marey, Manuel\*; Hierro, Tania\*; Dorrego, Ramón\*;  
Lapeña, José Antonio\*  
*Servicios de Urología y Radiología\*. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Servicio de Urología del C.H.U. de Pontevedra\*\**

**CO4- FACTORES ASOCIADOS A LOS RESULTADOS CLÍNICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA.**

Rey Rey, Jorge; Ríos Reboredo, Ángel <sup>(1)</sup>; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Janeiro Pais, José Manuel; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés.  
*Servicio de Urología (\*) Servicio de Radiodiagnóstico C.H.U. de Ferrol*

**CO5- SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CÁNCER-RELACIONADA EN TUMORES RENALES TRATADOS CON NEFRECTOMÍA**

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Abeijón Piñeiro, Carla; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rey Rey, Jorge; Janeiro Pais, J. M.; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés  
*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**CO6- ¿ES EL TAMAÑO TUMORAL UN FACTOR PREDICTIVO DE MALIGNIDAD Y AGRESIVIDAD EN EL CÁNCER RENAL?**

Almuster Domínguez, S.; Carballo Quintá, M.; Rodríguez Socarrás, M.E.; Montero Fabuena, R.; Tortolero Blanco, L.; López García, S.; Barros Rodríguez, J.M.; Rodríguez Iglesias, B.; López Díez, E.; Ojea Calvo, A  
*Servicio de Urología C.H.U. de Vigo*

**CO7- COMITÉ DE SUELO PELVICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

Muller Arteaga, Carlos <sup>(1)</sup>; Núñez, Roberto<sup>(2)</sup>; Araujo Fernández, José Esteban <sup>(2)</sup>; Rivas Duro, José Manuel<sup>(2)</sup>; Carballo, Elba <sup>(2)</sup>; López Vila, María Jesus <sup>(3)</sup>; López Bellido, D. <sup>(1)</sup>.  
*<sup>(1)</sup> Servicio de Urología, <sup>(2)</sup> Servicio de Ginecología y Obstetricia, <sup>(3)</sup> Servicio de Rehabilitación C.H.U. de Ourense*

**CO8- CREACIÓN Y DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE UROLOGÍA FUNCIONAL Y URODINÁMICA EN NUESTRO CENTRO. RESULTADOS EN EL PRIMER AÑO.**

Müller Arteaga, Carlos; Sabell Pérez-Salgado, Francisco;  
Cajide Montero, José; Rodríguez de la Rúa, Juan;  
Esteban Hernández, Óscar; López Bellido, Dionisio.  
*Servicio de Urología C.H.U. de Ourense*

**CO9- CONTRACCIÓN POST-MICCIONAL EN ESTUDIOS URODINÁMICOS. INCIDENCIA EN NUESTRO CENTRO Y SIGNIFICACION CLÍNICA.**

Müller Arteaga, Carlos; Portela Pereira, Paula,  
Freire Calvo, Jacobo; Valbuena Álvarez, Rogelio;  
de La Rosa Kermann, Manuel; López Bellido, Dionisio.  
*Servicio de Urología C.H.U. de Ourense*

**CO10- CABESTRILLO SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA DE ESFUERZO POSTQUIRÚRGICA.**

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan;  
Abeijón Piñeiro, Carla; Pereira Beceiro, Javier;  
González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar;  
Rey Rey, Jorge; Janeiro Pais, José Manuel;  
Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés  
*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**CO11- PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: REPERCUSIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL CIRUJANO EN ABORDAJE RETROPÚBICO.**

Almuster Domínguez, S; Carballo Quintá, M;  
Rodríguez Socarras, ME; Montero Fabuena, R;  
Tortolero Blanco, L; López Garcia, S; Castro Iglesias, A M;  
Comesaña Dávila, E; Jamardo González, D; Alonso Rodrigo, A;  
Benavente Delgado, J; Ojea Calvo, A.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo*

**CO12 - PERFIL DE AGRESIVIDAD EN CÁNCER DE PRÓSTATA:  
EVOLUCIÓN A LO LARGO DE 15 AÑOS DE  
PROSTATECTOMÍA RADICAL.**

Carballo Quintá, M.; Montero Fabuena, R.;  
Almúster Domínguez, S.; Rodríguez Socarrás, M.E.;  
Tortolero Blanco, L.; Rodríguez Iglesias, B.;  
Barros Rodríguez, J.M.; López García, S.; Cespón Outeda, E.;  
López Díez, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; La Hoz Sanz, T.;  
Fernández Larrañaga, A.; Ojea Calvo, A.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo*

**CO13- BRAQUITERAPIA DE RESCATE SOBRE BRAQUITERAPIA DE  
BAJA TASA PREVIA ANÁLISIS ONCOLÓGICO Y FUNCIONAL  
DE NUESTRA SERIE**

Bohorquez Cruz, M; Rodríguez Gómez; Mariño Cotelo, A;  
Álvarez Castelo, L; Candal Gómez, A; Sánchez Merino, JM;  
Aller Rodríguez, M; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología y Oncología Radioterápica C.H.U. de A  
Coruña Centro Oncológico de Galicia.*

**CO14- FOTOVAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DIODO.**

Rdz. Socarras, M.; Montero Fabuena, R.; Almúster Domínguez, S.;  
Tortolero Blanco, L.; Carballo Quintá, M.; López García, S.;  
Barros Rodríguez, J.M.; Cespón Outeda, E.;  
Martínez-Sapiña Llanas, I.; Castro Iglesias, A.M.;  
Jamardo González, D.; Ojea Calvo, A.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo.*

**CO15- TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO AÑOSO: ¿UNA  
ALTERNATIVA SEGURA?**

Barreiro Mallo, A; Rodríguez-Rivera García, J; Aller Rodríguez, M;  
Sánchez Vázquez, A.; Bohórquez Cruz, M; Ponce Díaz-Reixa, JL;  
Rodríguez Gómez, I; Suárez Pascual, G; Fernández Rivera, C\*;  
Alonso Herrero, A\*; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología. \*Servicio de Nefrología. C.H.U. de A Coruña*

---

## PROGRAMA / VIERNES 29 DE MAYO

---

- 11:00 Pausa para café
- 11:30 **Mesa redonda**  
**RADIOTERAPIA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO**  
Moderador:  
Dr. Carlos Müller Arteaga  
*Servicio de Urología del C.H.U. de Ourense*  
Panelistas:  
**PRIMEROS 2.000 IMPLANTES DE BRAQUITERAPIA**  
Dr. Alfonso Mariño Cotelo  
*Servicio de Radioterapia del C.H.U. de A Coruña*  
**BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA**  
Dr. Antón Cimadevila García  
*Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*  
**BRAQUITERAPIA EN CASOS BORDELINÉ**  
Dr. José Ignacio Rodríguez Gómez  
*Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*
- 13:00 **Simposio JANSSEN**  
**LA EXPERIENCIA CON ABIRATERONA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**  
Moderador:  
Dr. Andrés Rodríguez Alonso  
*Servicio de Urología del C.H.U. de Ferrol*  
Panelistas:  
**DESMONTANDO AL CPRC: DE LOS ENSAYOS A LA PRÁCTICA CLÍNICA**  
Dr. Daniel Pérez-Fentes  
*Serv. de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*  
**LA EXPERIENCIA EN GALICIA**  
Dr. José Ignacio Rodríguez Gómez  
*Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*
- 13:30 Comida de trabajo en el Restaurante O Grelo.

***Sesión de tarde***

16:00      Presentación de Comunicaciones Posters

**Moderadores:**

Dr. Ángel Vicente Núñez López  
*Serv. de Urología del Hospital da Costa de Burela*  
Dra. Serenella Monagas Arteaga  
*Servicio de Urología del H.U. Lucus Augusti de Lugo*

**P1- TUMORES GERMINALES DE TESTÍCULO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE 6 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.**

Fernández Baltar, Carlos; Chaves Santamaría, Mirian;  
Carrillo Zamora, César; Blanco Gómez, Benito;  
Pérez Fentes, Daniel Adolfo; García Freire, Camilo.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Santiago de Compostela*

**P2- ATAXIA DA COSTA DA MORTE: CORRELACIÓN CLÍNICO-URODINÁMICA**

Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Merino José M<sup>a</sup>;  
Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Aller Rodríguez, Marcos;  
Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel;  
Caramés Masana, Francisco; Álvarez Castelo, Luis;  
Chantada Abal, Venancio  
*Servicio de Urología. C.H.U. de A Coruña*

**P3- CIRUGÍA CONSERVADORA LAPAROSCÓPICA EN TUMORACIONES RENALES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD. ESTUDIO OBSERVACIONAL**

Bohórquez Cruz, M; Aller Rodríguez, M; Barreiro Mallo, A;  
Ponce Díaz-Reixa, J; Álvarez Castelo, L; Rodríguez-Rivera García, J;  
Rodríguez Gómez, I; Suárez Pascual, G; Barbagelata López, A;  
López García, D; Martínez Breijo, S; Sánchez Vázquez, A;  
Caramés Masana, F; Lamas Díaz, L; Vázquez Martull, D;  
Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología, C.H.U. de A Coruña*

**P4- NEFRECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER RENAL DE CÉLULAS RENALES. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO.**

Caramés Masana, F.; Villar Vázquez, N.; Villegas Piguave, D.; Aller Rodríguez, M.; Barreiro Mallo, A.; Bohórquez Cruz, M.; Lamas Díaz, L.; Rodríguez-Rivera García, J.; Álvarez Castelo, L.; Martínez Breijo, S.; López García, D.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Rodríguez Gómez, I.; Sánchez Rodríguez Losada, J.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de A Coruña.*

**P5- SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CÁNCER-RELACIONADA EN TUMORES RENALES CT1A TRATADOS CON CIRUGÍA DEL 2000-2013.**

Abeijon Piñeiro, Carla; Leon Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; Janeiro Pais, José Manuel; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.  
*Servicio de Urología, C.H.U. de Ferrol.*

**P6- RESULTADOS INICIALES EN DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA: REVISIÓN DE 10 PRIMEROS CASOS**

Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Valbuena Álvarez, Rogelio; Portela Pereira, Paula; Freire Calvo, Jacobo; Muller Arteaga, Carlos; López Bellido, Dionisio.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Ourense.*

**P7- CISTECTOMÍA RADICAL CON NEOVEJIGA ILEAL ORTOTÓPICA LAPAROSCÓPICA INTRACORPÓREA: VARIANTES TÉCNICAS.**

Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Valbuena Álvarez, Rogelio; Portela Pereira, Paula; Muller Arteaga, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; López Bellido, Dionisio.  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Ourense*

**P8- CARCINOMA “OAT CELL” DE VEJIGA Y ENFERMEDAD RENAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: UNA ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL.**

Chaves Santamaría, Mirian; Fernández Baltar, Carlos;  
Carrillo Zamora, César; Blanco Gómez, Benito;  
Pérez-Fentes, Daniel; García Freire, Camilo  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Santiago de Compostela.*

**P9- ANÁLISIS DESCRIPTIVO INICIAL DE NEUSTRA SERIE DE VIGILANCIA ACTIVA**

Aller Rodríguez, M; Martínez Breijo, S; Pertega Díaz, S;  
Barreiro Mallo, A; Vázquez Sanchez, A; Bohorquez Cruz, M;  
Chantada Abal, V  
*Servicio de Urología. C.H.U. de A Coruña*

**P10- ANÁLISIS DE MICROARNS CIRCULANTES EN TUMORES DE PRÓSTATA Y SUS DIANAS MOLECULARES**

Aller Rodríguez, M; Martínez Breijo, S; Medina Villaamil, V;  
Barreiro Mallo, A; Sanchez Vázquez, A; Bohorquez Cruz, M;  
Caramés Masana, F; Lamas Díaz, L; López García, D;  
Ponce Díaz Reixa, J; Vaquez Martul, D; Chantada Abal, V;  
*Servicio de Urología. C.H.U. de A Coruña*

**P11- UTILIDAD DE PHI PARA INDICAR 2º BIOPSIA DE PRÓSTATA**

Freire Calvo, J; Portela Pereira, P; Sabell Pérez-Salgado, F;  
Müller Arteaga, C; Valbuena Álvarez, R; Cajide Montero, J;  
Ramos García, M; Esteban Hernández, Óscar; De La Rúa, J;  
López Bellido, D  
*Servicio de Urología, C.H.U. de Ourense*

17:15 Inauguración oficial del Congreso

17:30 **Mesa redonda**  
**PROBLEMÁTICA INFECCIOSA EN UROLOGÍA**

**Moderador:**

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

**Panelistas:**

Dr. Enrique Míguez Rey  
*Unidad de Infecciosos del C.H.U. de A Coruña*

Dr. Juan Corredoira Sánchez  
*Unidad de Infecciosos del H.U. Lucus Augusti de Lugo*



---

## PROGRAMA / VIERNES 29 DE MAYO

---

- 18:30      Simposio SANOFI  
**AVANCES EN CÁNCER DE PRÓSTATA**  
Moderador: Dr. Camilo García Freire  
*Servicio de Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*  
Panelistas:  
**HETEROGENEIDAD DEL CPRCM: CLAVES PARA LA SELECCIÓN DE TRATAMIENTOS Y PACIENTES**  
Dr. Ignacio Rodríguez Gómez  
*Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*  
**PAPEL DE LA QUIMIOTERAPIA A LO LARGO DE LA EVOLUCIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA**  
Ovidio Fernández Calvo  
*Servicio de Oncología del C.H.U. de Ourense*
- 20:15      Salida en autocar al restaurante.
- 20:30      Cena Oficial del Congreso en el Salón Real del Parador.  
Homenaje a los ex presidentes de la SGU en conmemoración del 25 Aniversario
- 00:00      Regreso al Hotel

---

## PROGRAMA / SÁBADO 30 DE MAYO

---

8:45 Apertura Secretaría del Congreso

9:00 Presentación de Comunicaciones en Vídeo

### Moderadores:

Dra. Leticia López Martínez

*Servicio de Urología del H.U. Lucus Augusti de Lugo*

Dr. Luis Fariña Pérez

*Servicio de Urología de H. POVISA de Vigo*

### **V1- LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO PRIORIDAD: UN MODELO EXPERIMENTAL PARA LA CAPACITACIÓN EN ENDOUROLOGÍA CON ABORDAJE PERCUTÁNEO**

López García, D.; Aller Rodríguez, M.; Sánchez Vázquez, A.; Barreiro Mallo, A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Álvarez Castelo, L. M.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Suárez Pascual, G.; Bohórquez Cruz, M. A.; Lamas Díaz, L.; Lancina Martín, J. A.; Centeno Cortés, A.\*; Chantada Abal, V

*Servicio de Urología y Centro Tecnológico de Formación\*, C.H.U. de A Coruña*

### **V2- NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA RETROPERITONEAL SIN EXPERENCIA PREVIA EN ESTE ABORDAJE**

Barbagelata López, Alfonso; Martínez Breijo, Sara ; Aller Rodríguez, Marcos ; Barreiro Mallo , Aarón; Sanchez Vázquez, Andrea ; Rodríguez Gomez , José Ignacio ; Chantada Abal , Venancio .

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

### **V3- LITIASIS PSEUDOCORALIFORME EN INJERTO RENAL: L ENDOUROLOGÍA COMO HERRAMIENTA GLOBAL PARA SU RESOLUCIÓN**

Aller Rodríguez, M.; López García, D.; Barreiro Mallo, A.; Sánchez Vázquez, A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Lancina Martín, J. A.; Bohórquez Cruz, M. A.; Caramés Masana, F.; Montes Couceiro, M. A.; Chantada Abal, V

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

### **V4- FOTOVAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DIODO: TÉCNICA Y RESULTADOS.**

Carballo Quintá, M.; Rodríguez Socarrás, M.E.;  
Almúster Domínguez, S.; Tortolero Blanco, L.; Montero Fabuena, R.;  
López García, S.; Barrós Rodríguez, J.M.; Rodríguez Iglesias, B.;  
Cespón Outeda, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; López Díaz, E.;  
Ojea Calvo, Antonio  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo*

### **V5- CISTOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO MITROFANOFF**

Sánchez García, Juan Francisco; Pérez-Fentes, Daniel;  
Blanco Gómez, Benito; García Freire, Camilo  
*Servicio de Urología. C.H.U. de Santiago de Compostela*

10:15

Mesa redonda:

### **QUIMIOHIPERTERMIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER VESICAL NMI**

Moderador:

Dr. Alejandro Sousa Escandón  
*Serv. de Urología del H. Comarcal de Monforte de Lemos*

Panelistas:

Dr. Luis Martínez Piñeiro  
*Serv. Urología H. Universitario Princesa Sofía de Madrid*  
Dr. Eduardo Solsona Narbón  
*Serv. de Urología del Instituto Valenciano de Oncología*  
Dr. Joan Palou Redort  
*Un. Urología Oncológica Fundació Puigvert de Barcelona*

11:45

Pausa para café

12:00

Presentación del libro:

### **VEJIGA NEURÓGENA EN EL PACIENTE LESIONADO MEDULAR**

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

12:30

Conferencia:

### **REVISIÓN CRÍTICA DE LA CIRUGÍA EN LA HBP**

Dr. Venancio Chantada Abal  
*Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña*

---

## PROGRAMA / SÁBADO 30 DE MAYO

---

- 13:00      Simposio ASTELLAS  
**NOVEDADES FARMACOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DE  
LOS STUI/HBP EN EL VARÓN**  
Moderador:  
Dr. Camilo García Freire  
*Servicio Urología del C.H.U. de Santiago de Compostela*  
Panelistas:  
Dr. Alejandro Sousa Escandón  
*Serv. Urología del H. Comarcal de Monforte de Lemos*  
Dr. Ángel Máximo Castro Iglesias  
*Servicio de Urología del C.H.U. de Vigo*
- 13:40      Salida en autocares al restaurante. Comida de Clausura  
Entrega de Beca Astellas Pharma  
Entrega de premios de la Sociedad Gallega de Urología
- 17:00      Asamblea General de la S. G. U. 1º Convocatoria
- 17:30      Asamblea General de la S. G. U. 2º Convocatoria
- 18:00      Regreso al Parador.



## CO1- EFICACIA Y SEGURIDAD DEL IMPLANTE SUBCUTÁNEO DE HISTRELINA

Sousa, Alejandro; Uribarri, Carlos; Monserrat, Víctor\*; Aparici, Vicente\*; Neira, Pilar\*

*Servicios de Urología y Farmacia\*. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos*

### **Introducción:**

La histrelina es un análogo sintético de la LHRH de administración única anual mediante la inserción de un implante subcutáneo. Presentamos nuestros resultados de eficacia y seguridad a 3 años con Vantas®

### **Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo de seguridad y eficacia a 3 años en 28 pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y metastásico tratados con histrelina. Se recogieron datos clínicos y analíticos semestrales de todos los pacientes.

### **Resultados:**

Todos los pacientes consiguieron niveles de castración (testosterona <50 ng/mL) y el 96.4% niveles inferiores a 20 ng/mL. Las cifras de PSA se volvieron indetectables (<0,008 ng/mL) en el 93% de los casos. En 10 pacientes se presentaron sofocos y sudoración (35%). En 2 casos se apreció atrofia testicular (7%). No hubo reacciones locales, ginecomastia, ni alteraciones gastrointestinales significativas. No aparecieron escapes de testosterona superiores a 50 ng/mL en los controles semestrales realizados a todos los pacientes

### **Conclusiones:**

La histrelina es un fármaco seguro y con elevada efectividad con escaso número de escapes.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO2- IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL TRATAMIENTO MEDIANTE QUIMIOHIPERTERMIA DEL CVNMI DE RIESGO MEDIO-ALTO COMPARADO FRENTE AL TRATAMIENTO CON BCG

Sousa, Alejandro; Piñeiro, Idelfonso\*; Rodríguez, Silvia\*; Uribarri, Carlos; Monserrat, Víctor\*\*; Aparici, Vicente\*\*; Neira, Pilar\*\*

*Servicios de Urología, Hospital de día\* y Farmacia\*\*. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos*

#### **Objetivo:**

Estudiar la relación de coste-efectividad e impacto presupuestario de un tratamiento de quimiohipertermia neoadyuvante del CVNMI de riesgo medio-alto frente al adyuvante estándar de BCG.

#### **Material y Métodos:**

Evalúamos los costos a 3 años de un grupo de 15 pacientes tratados con quimiohipertermia neoadyuvante recirculante a 43 °C frente a una extrapolación de costos que se hubiesen producido con BCG adyuvante estándar. Se incluyeron los costes reales disponibles correspondientes a fármacos y desechables y los publicados relativos a la RTU vesical, biopsia fría y riesgo de recidiva tumoral. Se descartaron del modelo los costes de pruebas diagnósticas y de seguimiento por no variar entre ambos grupos.

#### **Resultados:**

El modelo construido con datos de costes reales y publicados establece una diferencia favorable para el tratamiento neoadyuvante con quimiohipertermia en términos de coste a 3 años, todo ello con una mejora de la efectividad del tratamiento. De los 15 pacientes pretratados con quimiohipertermia, 11 de riesgo alto y 4 de riesgo medio, 9 han respondido de forma completa (ausencia de tumor residual) y 6 de forma parcial (reducción del tumor). El número de recurrencias esperadas se ha reducido de 8 a 2 y de progresiones de 3 a 0.

#### **Conclusiones:**

El tratamiento neoadyuvante con quimiohipertermia constituye una estrategia terapéutica coste-efectiva

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO3- TRATAMIENTO DE TUMORES RENALES INFERIORES A 4 CMS CON RADIOFRECUENCIA

Sousa, Alejandro; Ruibal, Manuel\*\*; Uribarri, Carlos; Marey, Manuel\*;  
Hierro, Tania\*; Dorrego, Ramón\*; Lapeña, José Antonio\*

*Servicios de Urología y Radiología\*. Hospital Comarcal de Monforte de Lemos. Servicio de Urología del C.H.U. de Pontevedra\*\**

#### **Introducción:**

El tratamiento estándar de las masas renales de pequeño tamaño es la tumorectomía y la nefrectomía parcial. La ablación con radiofrecuencia reduce los efectos secundarios de la resección quirúrgica convencional manteniendo resultados oncológicos similares.

#### **Material y Métodos:**

Presentamos nuestros resultados con 4 pacientes tratados mediante ablación por radiofrecuencia tanto de forma percutánea, laparoscópica y cirugía abierta

#### **Resultados:**

Se describen los casos clínicos comentándose los resultados y complicaciones. Uno de los pacientes presentaba 8 tumores (3 + 5) que fueron tratados en 2 tiempos y excelentes resultados.

#### **Conclusiones:**

La ablación de tumores renales con radiofrecuencia ha demostrado ser un tratamiento eficaz y con mínimas complicaciones

### CO4- FACTORES ASOCIADOS A LOS RESULTADOS CLÍNICOS, FUNCIONALES Y ONCOLÓGICOS DE LOS PACIENTES TRATADOS MEDIANTE NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA.

Rey Rey, Jorge; Ríos Reboredo, Ángel (\*); Abeijón Piñeiro, C.; León Mata, J.; Mosquera Seoane, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Janeiro Pais, José M.; Rodríguez Souto, P.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología (\*) Servicio de Radiodiagnóstico. C.H.U. de Ferrol*

#### **Palabras clave:**

Nefrectomía parcial, laparoscopia, carcinoma de células renales.

#### **Introducción:**

El objetivo de este trabajo es establecer los factores peroperatorios asociados a los resultados clínicos, funcionales y oncológicos de pacientes sometidos a nefrectomía parcial laparoscópica (NPL).

#### **Material y Métodos:**

Estudio observacional de cohorte retrospectivo y prospectivo formado por 79 pacientes sometidos a NPL entre 2006 y 2014.

Analizamos variables perioperatorias: demora en tratamiento, edad, sexo, tamaño tumoral, índice de comorbilidad de Charlson (ICC), PADUA y RENAL, variación de función renal, pérdida de hemoglobina (Hb), tiempo de isquemia, reconversión y deterioro de función renal y postoperatorias: estancia, categoría pT, histología, Fuhrman, márgenes, eventos cardiovasculares, complicaciones (gradación de Clavien-Dindo), recidiva en lecho, mortalidad cáncer específica y global.

Se realizó estudio descriptivo de las variables analizándolas mediante test Chi2, t-Student o U-de Mann-Whitney según procediese. Se realizó estudio de supervivencia mediante metodología de Kaplan-Meyer y regresión de Cox uni y multivariada. La capacidad predictiva de diversas variables fue analizada mediante curva ROC y su área bajo la curva (ABC).

#### **Resultados:**

Le media de edad fue  $64, \pm 14,26$  años, ICC medio:  $4,54 \pm 2,24$ , tamaño medio de la lesión al diagnóstico  $36,18 \pm 18,16$  mm, RENAL score medio:  $5,94 \pm 2$  y PADUA  $8 \pm 2$ , isquemia media:  $13,39 \pm 11,19$  mn, márgenes en 6 casos (7,59 %), recidiva en lecho 2 pacientes (2,5%) presentándose a los  $19,53 \pm 12,91$  meses, mortalidad cáncer específica 1 enfermo (1,3%) y mortalidad global 7 (8,9%). Con un seguimiento medio de  $27,65 \pm 23,93$  meses.



---

## COMUNICACIONES ORALES

---

El tamaño tumoral ( $p=0,007$ ), RENAL ( $p=0,004$ ) y PADUA ( $0,004$ ) se asociaron significativamente con la existencia de márgenes. Resulta significativo el valor preoperatorio de Hb con respecto a mortalidad ( $p=0,033$ )

El análisis multivariado de regresión de Cox ajustado por edad, tamaño tumoral, Hb preoperatoria, creatinina preoperatoria e ICC muestra relación independiente con la Hb preoperatoria (RR: 1,425, 95%IC2,2-1,11,  $p=0,048$ ) Las curvas ROC para tamaño tumoral y RENAL muestran un ABC de 0,778.

### Conclusiones:

Según los resultados de nuestra serie

1. Los factores preoperatorios: tamaño, RENAL y PADUA predicen existencia de márgenes positivos.
2. La edad no guarda relación con incremento de mortalidad, pérdida funcional, ni complicaciones.
3. El descenso de Hb preoperatoria se asocia a una mayor mortalidad a largo plazo.

### CO5- SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CÁNCER-RELACIONADA EN TUMORES RENALES TRATADOS CON NEFRECTOMÍA

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Abeijón Piñeiro, Carla; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rey Rey, J.; Janeiro Pais, J. M.; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Ferrol*

#### **Objetivos:**

Identificar factores relacionados con supervivencia global (SG) y cáncer-relacionada (SCR) en pacientes con tumores renales tratados con nefrectomía.

#### **Material y Métodos:**

Pacientes (n=220) tratados mediante nefrectomía por tumores renales entre 2007 y 2014. Las variables cuantitativas se expresaron como media±desviación típica y las cualitativas como valor absoluto (%), con 95%IC. Análisis univariado de SG y SCR mediante metodología Kaplan-Meier en variables cualitativas y regresión de Cox en variables cuantitativas. Análisis multivariado de regresión de Cox para determinar variables asociadas a SG y SCR.

#### **Resultados:**

La media de edad fue  $65,78 \pm 13,16$  años (28-90). 145 pacientes eran hombres (65,9%) y 75 mujeres (34,1%). El tamaño tumoral medio fue  $5,68 \pm 3,17$  cm (0.5-17). Se realizaron 140 nefrectomías laparoscópicas (63,6%). 73 pacientes (33,2%) fueron tratados mediante nefrectomía parcial. El 70,5% de los tumores eran carcinomas de células claras. La categoría pT1a fue la más frecuente, con 93 casos (42,3%). 17 (7,7%) pacientes presentaban adenopatías tumorales y 17 (7,7%) tenían metástasis, en el momento del diagnóstico. El seguimiento medio fue  $39,21 \pm 26,70$  meses (0.69-95,05). La SCR a los 95 meses fue 69,9% y la SG 56,9%.

Las variables asociadas a SG y SCR fueron: hallazgo incidental, tamaño tumoral, existencia de síntomas paraneoplásicos, presencia de masa palpable, hemoglobina y hematocrito pre y postoperatorios, número de plaquetas preoperatorio (NPP), demora terapéutica, tiempo de hospitalización, cT, cN, cM, pT, grado histológico, extensión tumoral, invasión vascular, necrosis tumoral, diferenciación sarcomatoides, desarrollo de metástasis, tratamiento adyuvante y de rescate.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para SG, ajustando por edad, sexo, categoría cT, hemoglobina preoperatoria, síntomas paraneoplásicos, NPP, presencia de metástasis, R.E.N.A.L, observando que las variables asociadas de forma independiente a SG eran: NPP, presencia de metástasis y categoría cT. Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para SCR, ajustando por las mismas covariables, observando que sexo, edad, NPP, existencia de metástasis y categoría cT se asociaban de forma independiente a SCR.

### **Conclusiones:**

NPP, la existencia de metástasis y la categoría cT predicen la SG. El sexo, NPP, la existencia de metástasis, síntomas paraneoplásicos y la categoría cT predicen la SCR.

### **Palabras clave:**

Tumor renal. Nefrectomía. Supervivencia.

### CO6- ¿ES EL TAMAÑO TUMORAL UN FACTOR PREDICTIVO DE MALIGNIDAD Y AGRESIVIDAD EN EL CÁNCER RENAL?

Almuster Domínguez, S.; Carballo Quintá, M.; Rodríguez Socarrás, M.E.; Montero Fabuena, R.; Tortolero Blanco, L.; López García, S.; Barros Rodríguez, J.M.; Rodríguez Iglesias, B.; López Díez, E.; Ojea Calvo, A

*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo*

#### Introducción

Con los nuevos métodos diagnósticos se diagnostica un porcentaje elevado de tumores renales incidentales (>50%), y cada vez de menor tamaño.

En este trabajo pretendemos estudiar si el tamaño tumoral es un valor predictivo de malignidad y agresividad de los tumores renales.

#### Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de las nefrectomías realizadas en nuestro servicio entre 2012 y 2014. Analizamos 249 pacientes, de estos, seleccionamos aquellos con un tamaño tumoral <7 cm, resultando un total de 142 pacientes.

De los 142 pacientes, 87 fueron varones (61.3%) y 55 mujeres (38,7%). La mediana de edad fue de  $69 \pm 13,2$  años. El tamaño medio tumoral fue de  $4,63 \pm 3,01$  cm

Con los resultados histológicos de los tumores formamos 2 grupos; Grupo A (98 pacientes) constituido por tumores de perfil histológico de alta agresividad (células claras, papilar tipo 2, tumor de los ductos y sarcomatoide) y Grupo B (44 pacientes) constituido por tumores de perfil histológico menor agresividad (papilar tipo 1 y cromóforo).

Evaluamos la influencia del tamaño tumoral en el grado de malignidad histológico. El análisis estadístico se realizó mediante Chi-cuadro, T-Student y regresión logística bivariada, utilizando el programa SPSS v.19.0.

#### Resultados

98 pacientes (69,1%) se incluyeron dentro del grupo A (perfil histológico de alta agresividad), mientras que 44(30,9%) dentro del grupo B (perfil histológico de menor agresividad).

Estratificando a los pacientes según tamaño tumoral, observamos diferencias estadísticamente significativas, de modo que los tumores menores de 4cm presentan en un 62,2% tipos histológicos de alta

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

agresividad frente a aquellos mayores o iguales a 4cm que presentan en un 78.7% tipos histológicos de alta agresividad. ( $p=0,044$ ).

El análisis mediante regresión logística bivariada demuestra que en nuestra serie por cada aumento de 1cm en el tamaño tumoral, el riesgo de agresividad histológica en la pieza aumenta un 15% ( $p=0.047$ ).

### **Conclusiones**

Podemos afirmar que el tamaño tumoral es factor predictivo de un perfil histológico más agresivo en los tumores renales. Pudiendo predecir incluso un perfil histológico más agresivo en función del aumento del tamaño tumoral.

---

# COMUNICACIONES ORALES

---

## CO7- COMITÉ DE SUELO PELVICO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Muller Arteaga, Carlos <sup>(1)</sup>; Nuñez, Roberto<sup>(2)</sup>; Araujo Fernández, José E. <sup>(2)</sup>; Rivas Duro, José Manuel <sup>(2)</sup>; Carballo, Elba <sup>(2)</sup>; López Vila, María Jesus <sup>(3)</sup>; López Bellido, Dionisio <sup>(1)</sup>.

*<sup>(1)</sup>Servicio de Urología, <sup>(2)</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia, <sup>(3)</sup>Servicio de Rehabilitación. C.H.U. de Ourense.*

### Introducción

La patología del suelo pélvico requiere un abordaje multidisciplinar. La discusión de casos entre los distintos especialistas permite la adecuada toma de decisiones en beneficio del mejor tratamiento para el paciente y limitar los tiempos de espera, sobretodo en pacientes complejos.

### Objetivo

Describir la organización, desarrollo y características del funcionamiento del comité de suelo pélvico en nuestro Centro.

### Material y Métodos

Se revisan de forma retrospectiva los casos presentados en el comité desde su inicio en Febrero de 2014 hasta Abril 2015 (15 meses). Se describen el número de casos, la patología implicada y otras variables.

El comité de suelo pélvico se reúne de forma periódica. En el mismo participan los Servicios de Urología, Ginecología y Obstetricia y Rehabilitación. Los casos son presentados con sus antecedentes, se revisan los estudios complementarios. Se discuten las opciones de tratamiento. La decisión final queda registrada en la historia informática del paciente.

### Resultados

En el periodo estudiado se han realizado un total de 77 presentaciones de casos en 26 sesiones (2 al mes) con un promedio de 2,96 pacientes por sesión. La gran mayoría han sido presentados por el servicio de Ginecología (90%). En un 39% se ha concluido la necesidad de realizar el estudio urodinámico previo a la decisión terapéutica. La complejidad o seguimiento de la patología ha requerido la presentación de casos más de 1 vez en 8 ocasiones.

### Conclusiones

La toma conjunta de decisiones en cuanto al diagnóstico y tratamiento del paciente es una herramienta fundamental en la práctica clínica. A través de estas sesiones se limitan los tiempos de espera, la duplicación de pruebas y consultas de seguimiento y, se establecen líneas comunes de orientación diagnóstica y terapéutica en las diferentes patologías del suelo pélvico.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO8- CREACIÓN Y DESARROLLO DE UNA UNIDAD DE UROLOGÍA FUNCIONAL Y URODINÁMICA EN NUESTRO CENTRO. RESULTADOS EN EL PRIMER AÑO.

Muller Arteaga, Carlos; Sabell Perez-Salgado, Francisco;  
Cajide Montero, José; Rodríguez de la Rúa, Juan; Esteban Hernández, Óscar;  
López Bellido, Dionisio.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Ourense.*

#### **Introducción**

La patología urológica funcional tiene gran repercusión en la calidad de vida, cada vez más obtiene un papel importante dentro de los servicios de urología. Nuestro Centro tiene un área de influencia propia y de 2 hospitales comarcales, siendo necesaria la atención de la patología funcional por su prevalencia e importancia.

#### **Objetivo**

Describir la creación, organización, desarrollo y características del funcionamiento de la Unidad de Urología funcional y Urodinámica en nuestro Centro.

#### **Material y Métodos**

Se describen la implantación y desarrollo de los procesos relacionados con la Urología funcional en nuestro servicio desde los estudios urodinámicos hasta el aumento de la cartera de servicios en relación con la urología funcional. Se revisan de forma retrospectiva y descriptiva los estudios urodinámicos realizados en el primer año de funcionamiento.

#### **Resultados**

En el periodo estudiado se han realizado 204 urodinámias, correspondiendo un 15% a pacientes hombres. En su mayoría han sido indicadas por el servicio de urología (57%). Las patologías con mayor prevalencia han sido la Hiperactividad idiopática del detrusor y la incontinencia urinaria de esfuerzo.

#### **Conclusiones**

La creación y desarrollo de una Unidad de urología funcional en nuestro Centro tiene una importancia relevante. La misma brinda soporte para el diagnóstico y tratamiento de diferentes patologías tanto para el Servicio de Urología como otros servicios (Ginecología, Neurología, Neurocirugía, etc.).

---

# COMUNICACIONES ORALES

---

## CO9- CONTRACCION POST-MICCIONAL EN ESTUDIOS URODINÁMICOS. INCIDENCIA EN NUESTRO CENTRO Y SIGNIFICACION CLÍNICA.

Müller Arteaga, Carlos; Portela Pereira, Paula, Freire Calvo, Jacobo; Valbuena Álvarez, Rogelio; de La Rosa Kermann, M.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Ourense.*

### Introducción

La contracción postmiccional en los estudios urodinámicos ha sido descrita desde hace más de 100 años; sin embargo, sus características, valoración y significación clínica no está del todo definida.

### Objetivo

Describir la incidencia de ondas de contracción postmiccional en los estudios urodinámicos realizados en nuestro Centro, sus características de acuerdo a las definiciones actuales y su posible significancia clínica. Se realiza una revisión de la literatura publicada.

### Material y Métodos

Se revisan de forma retrospectiva los estudios urodinámicos realizados en nuestro Centro. Los aumento de presión del detrusor posterior a completar el vaciado son recogidos, clasificados y relacionados con otras variables de forma descriptiva. Se realizan comparaciones con los datos publicados en la literatura

### Resultados

En el periodo estudiado se han realizado 204 urodinamias. Se han objetivado ondas de contracción postmiccional en 50 de los mismos (24%), siendo en su mayoría del tipo II. En 58% de los casos se presentan en casos con hiperactividad del detrusor.

### Conclusiones

Las ondas de contracción postmiccional no son un fenómeno aislado y están muy relacionadas con la hiperactividad del detrusor. Su incidencia es variable de acuerdo a los criterios de definición, así como su significado clínico. Se requiere un estudio con mayor número de casos para valorar su significancia clínica.



---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO10- CABESTRILLO SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA DE ESFUERZO POSTQUIRÚRGICA.

Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Abeijón Piñeiro, Carla; Pereira Beceiro, Javier; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, P.; Rey Rey, Jorge; Janeiro Pais, José Manuel; Bonelli Martín, Carlos; Rodríguez Alonso, Andrés

*Servicio de Urología. C.H.U. de Ferrol*

#### **Objetivos:**

Presentación de los resultados de pacientes a los que se les ha colocado cabestrillo suburetral no ajustable (AdVance) o ajustable (A.T.O.M.S), para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) postquirúrgica.

#### **Material y Métodos:**

Pacientes (n=36) tratados con AdVance (n=24) y A.T.O.M.S (n=12). Diseño: estudio observacional retrospectivo descriptivo. Período: 2009-2014. Definimos éxito como el abandono de la utilización de protector absorbente y mejoría, como una disminución de más del 50% en el número de absorbentes/día. Análisis estadístico: las variables cuantitativas se expresaron como media $\pm$ desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto (%), con 95%IC.

#### **Resultados:**

-ATOMS ®: La media de edad fue 67,01 $\pm$ 4,49 años (60,28-73,19). El I.M.C medio fue de 30,48 $\pm$ 5,28 (22,14-39,56). Los pacientes se siguieron durante 11,96 $\pm$ 10,60 meses (1,38-42,23). El 58,3% de los pacientes habían sido sometidos a prostatectomía radical laparoscópica. Ningún paciente había sido tratado previamente con radioterapia. El número medio de protectores/día previo a la intervención era 3,09 $\pm$ 0,94 (1-4). Al final del tiempo de seguimiento se realizaron 1,45 $\pm$ 2,62 ajustes por paciente (0-9). La tasa de mejoría y de curación a los 17 meses fue del 100%.

-AdVance®: La media de edad fue 69,98 $\pm$ 6,74 años (53,94-79,61). El I.M.C medio fue de 27,61 $\pm$ 3,93 (23,24-35,38). Los pacientes se siguieron durante 43,28 $\pm$ 19,47 meses (7,64-70,26). El 66,7% de los pacientes habían sido sometidos a prostatectomía radical abierta. El 20,8% de los pacientes habían sido tratados previamente con radioterapia. El número

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

medio de protectores/día previo a la intervención era  $3,96 \pm 1,68$  (1-8). Al final del tiempo de seguimiento, se realizaron  $1,45 \pm 2,62$  (0-9) ajustes por paciente. La tasa de mejoría a los 12, 48 y 60 meses fue de 100%, 93% y 26,7%, respectivamente. La continencia total a los 12, 48 y 60 meses fue del 100%, 76,3% y 19,1%, respectivamente.

### **Conclusiones:**

La colocación de cabestrillo suburetral es una opción terapéutica eficaz para la incontinencia urinaria de esfuerzo postquirúrgica. En nuestra serie, resultado quirúrgico fue satisfactorio en el 20 % de los pacientes tratados con AdVance y en el 100% de los tratados con ATOMS.

### **Palabras clave:**

Incontinencia urinaria masculina de esfuerzo. ATOMS®. AdVance®

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO11- PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: REPERCUSIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL CIRUJANO EN ABORDAJE RETROPÚBICO.

Almuster Dominguez, S; Carballo Quintá, M; Rodríguez Socarras, ME; Montero Fabuena, R; Tortolero Blanco, L; López García, S; Castro Iglesias, A M; Comesaña Dávila, E; Jamarido González, D; Alonso Rodrigo, A; Benavente Delgado, J; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo*

#### **Introducción.**

El abordaje laparoscópico se ha extendido en el campo de la prostatectomía radical, lo que ha derivado en un descenso del número de cirugías retropúbicas (PR) desarrolladas por el urólogo en formación en gran parte de los hospitales de nuestro país. La menor experiencia en abordaje abierto podría condicionar el aprendizaje del abordaje mínimamente invasivo.

#### **Material y Métodos.**

Realizamos un estudio retrospectivo sobre 308 pacientes de los cuales 292 han sido sometidos a PRL durante 2014 en nuestro centro. En 24 casos la cirugía es realizada por médicos residentes de tercer, cuarto o quinto año. La mediana GB es 6 (IQR 6-7), media de PSA  $7,69 \pm 5,64$  y mediana de edad en la cirugía 66 años (IQR 62-70). Evaluamos la repercusión de la experiencia previa del cirujano, analizando las posibles diferencias en cuanto a tiempo quirúrgico, márgenes afectados, tasa de continencia y complicaciones perioperatorias. Utilizamos análisis Chi-cuadrado, T-Student para estudio univariante y regresión logística para análisis multivariante.

#### **Resultados.**

Comparando el grupo de PRL realizadas por residentes con respecto al grupo de PRL realizadas por cirujanos con dilatada experiencia en PR y PRL, no observamos diferencias estadísticamente significativas en cuanto al porcentaje de complicaciones perioperatorias (Clavien III, 5,7% vs. 6,9%), márgenes quirúrgicos afectados (20.7% vs. 38.7%;  $p=0.069$ ) o tasas de continencia (97.8% vs. 96.6%;  $p=0.503$ ). Se observa un incremento del tiempo quirúrgico en el grupo de PRL realizadas por residentes ( $194,17 \pm 77,24$  vs.  $150,47 \pm 77,24$ ;  $p<0,001$ ). En análisis multivariante, únicamente PSA y Gleason prequirúrgico demuestran influencia independiente sobre los márgenes quirúrgicos ( $p=0,006$  y

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

p=0,004 respectivamente), siendo la edad la única variable prequirúrgica con influencia en la continencia (p=0,009). Mantiene influencia independiente sobre el tiempo quirúrgico, el Gleason prequirúrgico (p=0,045) y el hecho de que la cirugía sea realizada por residente (p<0,001).

### **Conclusiones.**

La PRL puede ser realizada por residentes de urología, tras un adecuado y extenso entrenamiento previo. La menor experiencia en abordaje abierto no empeora los resultados en términos de complicaciones perioperatorias, resultados oncológicos y funcionales.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO12- PERFIL DE AGRESIVIDAD EN CÁNCER DE PRÓSTATA: EVOLUCIÓN A LO LARGO DE 15 AÑOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Carballo Quintá, M.; Montero Fabuena, R.; Almúster Domínguez, S.; Rodríguez Socarrás, M.E.; Tortolero Blanco, L.; Rodríguez Iglesias, B.; Barros Rodríguez, J.M.; López García, S.; Cespón Outeda, E.; López Díez, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; La Hoz Sanz, T.; Fernández Larrañaga, A.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo*

#### **Introducción.**

Desde la introducción del PSA como herramienta para el diagnóstico del cáncer de próstata, el cribado oportunista ha derivado en un sustancial aumento de casos detectados precozmente. La intensificación del diagnóstico en los últimos años puede haber derivado en un cambio del perfil de riesgo de estos tumores.

#### **Material y Métodos.**

Realizamos un estudio retrospectivo de 2196 pacientes sometidos a prostatectomía radical en nuestro centro entre 2000 y 2014, con abordaje laparoscópico en 1246 casos. La mediana de edad en la cirugía es de 65 años (IQR 60-69) y la media de PSA  $8,02 \pm 8,92$ . Siguiendo clasificación NCCN, 1015 pacientes (46,2%) reúnen criterios de bajo riesgo, 911 (41.5%) riesgo intermedio y 266 (12.1%) alto riesgo. Estratificamos a los pacientes en 3 grupos temporales, homogéneos en número, en función hayan sido intervenidos con anterioridad a abril de 2008 (Grupo A), entre abril de 2008 y diciembre de 2011 (Grupo B) o desde diciembre de 2011 hasta diciembre de 2014 (Grupo C). Evaluamos posibles diferencias en estratificación de riesgo y perfil patológico entre los estratos. Aplicamos análisis ANOVA y Chi-cuadrado.

#### **Resultados:**

Los pacientes intervenidos en los últimos años (Grupo C) presentan mayor edad ( $65.41 \pm 6.08$ ;  $p < 0.001$ ) y menor PSA ( $7.32 \pm 4.55$ ;  $p = 0.003$ ) que el resto de pacientes (edad  $63.91 \pm 6.3$ ; PSA  $8.88 \pm 6.76$ ). Si bien no existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a estratificación de riesgo quirúrgica ni Gleason de biopsia, observamos un aumento del grado de Gleason en la pieza quirúrgica en los dos grupos más recientes, a expensas de un incremento de los tumores Gleason 7 (54.1% el grupo C, 59.5% el grupo B frente a 41.5%

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

el grupo A;  $p < 0.001$ ) lo que deriva en un incremento de la infragradação en biopsia en los grupos C (28,9%) y B (31%) con respecto al grupo de pacientes intervenidos en años anteriores (grupo A 14.9%;  $p < 0.001$ ).

### **Conclusiones.**

Pese a la intensificación en el diagnóstico del cáncer de próstata, los tumores diagnosticados en los últimos años se muestran menos accesibles a la correcta estratificación prequirúrgica, presentando un perfil de mayor agresividad en la pieza de prostatectomía radical.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO13- BRAQUITERAPIA DE RESCATE SOBRE BRAQUITERAPIA DE BAJA TASA PREVIA ANÁLISIS ONCOLÓGICO Y FUNCIONAL DE NUESTRA SERIE

Bohorquez Cruz, M.; Rodríguez Gomez, I.; Mariño Cotelo, A.;  
Álvarez Castelo, L.; Candal Gómez, A.; Sánchez Merino, J.M.;  
Aller Rodríguez, M.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología y Oncología Radioterápica. C.H.U. de A Coruña.  
Centro Oncológico de Galicia.*

#### Introducción

Los tratamientos de rescate ante el fracaso de una técnica con intención curativa suponen siempre un reto para el urólogo. Presentamos nuestra serie de braquiterapia de rescate sobre fracaso de braquiterapia previa.

#### Material y Métodos

Estudio retrospectivo, observacional de 7 pacientes que desde el 2010 se someten a braquiterapia de rescate de baja tasa tras recidiva de cáncer de próstata tratado previamente con braquiterapia.

Edad promedio al primer implante fue de 70 años (62-80), con un PSA medio al diagnóstico de 10,84 ng/ml(6,8-11,7). El Gleason predominante en la biopsia fue 6. Todos los implantes se realizaron con semillas de I-125 para alcanzar una dosis de 144 Gy. Se implantaron una media de 74 semillas (52-120), con 28 agujas de promedio (18-43). No se evidenciaron toxicidades gastrointestinales superiores a 1 de la RTOG; en la esfera genitourinaria destaca la presencia de disfunción eréctil severa en 3 pacientes. El PSA a 2 años medio fue de 4.22 ng/ml (0,67-15,9). Ante la progresión bioquímica se realizó confirmación de la misma mediante biopsia, estudio de extensión, colonoscopia y cistoscopia para valorar toxicidad rádica previa. Se utilizó en todos los casos la técnica de implante en tiempo real, con dosis de 144 Gy. El PSA medio al rescate fue de 9,8 ng/ml (6-19). Se utilizaron de media 21 agujas (19-24) y 71 semillas (53-94).

#### Resultados

Toxicidad digestiva, 2 pacientes presentaron rectorragias importantes, 1 paciente cuadro de tenesmo y síndrome diarreico severo y 1 paciente presentó fístula rectouretral que precisó colostomía y catéter suprapúbico.

En la toxicidad genitourinaria, 3 pacientes presentaron hematuria por

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

cistouretropatía rdica, 1 paciente urgencia-incontinencia severa y 1 paciente ya citado fístula rectouretral. Mantienen la continencia urinaria 4 pacientes, pero todos ellos presentan disfunción eréctil. Seguimiento medio de 51 meses, 1 exitus por causa no relacionada.

### Conclusiones

El rescate con braquiterapia sobre braquiterapia previa presenta aceptables resultados oncológicos, pero con elevada toxicidad. Ello exige una selección adecuada y una información precisa de los pacientes.



---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO14- FOTOVAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DIODO.

Rdz. Socarras, M.; Montero Fabuena, R.; Almuster Domínguez, S.; Tortolero Blanco, L.; Carballo Quintá, M.; López García, S.; Barros Rodríguez, J.M.; Cespón Outeda, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; Castro Iglesias, A.M.; Jamardo González, D.; Ojea Calvo, A.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Vigo.*

#### **Introducción:**

El tratamiento estándar para la HBP cuando las medidas farmacológicas fallan es la RTU; el tratamiento con láser se ha convertido en una excelente opción con menos morbilidad, menor estancia hospitalaria y menor tasa de sangrado.

#### **Material y Método:**

Se estudiaron 76 pacientes consecutivos operados utilizando Láser diodo de 180W, longitud de onda 980nm.

Se analizaron pre y postoperatoriamente las variables de Volumen prostático, PSA, Qmax, FMN, IPSS prequirúrgico y a los 6 meses, grado de satisfacción; ASA, Tiempo quirúrgico, Complicaciones según escala de Clavien, duración de síntomas irritativos. Los datos se procesaron utilizando el paquete estadístico SPSS v19.0, se aplicó T de Student y Chi cuadrado, análisis de supervivencia (método de Kaplan Meier) y regresión logística. Las características basales son: Edad  $70.5 \pm 8,19$  años volumen prostático  $61,57 \pm 26,55$  gr, PSA  $3,99 \pm 2,39$  ng/dl, Qmax  $8,18 \pm 2,2$ ; IPSS  $19,78 \pm 5,88$ , Portadores de sonda: 25,3%.

#### **Resultados:**

Se analizaron 76 procedimientos, el tiempo quirúrgico  $58,08 \pm 15$  min. El PSA postquirúrgico  $2,07 \pm 1,52$  (reducción 48,13%  $p < 0,005$ ), Volumen prostático postquirúrgico  $34,42 \pm 15,31$  g (Reducción 44,1%  $p < 0,005$ ), Qmax 6 meses  $19,05 \pm 4,38$  ml/seg ( $p < 0,005$ ) IPSS  $5,88 \pm 4,6$  ( $p < 0,005$ ); satisfacción 64,5 % ( $p < 0,005$ ). La tasa de complicaciones según la escala de Clavien fue de 21,1%, tasa de transfusiones de 0. Los síntomas irritativos se presentaron en 30,9% de los pacientes. La mediana de tiempo hasta la desaparición síntomas irritativos (SI) es de 45 días; estos desaparecen en el 30%, 60% y 90% de los pacientes a los 30, 60 y 90 días respectivamente. Las variables estudiadas (Volumen prostático, IPSS, PSA, FMN, T.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

quirúrgico...) no guardaron relación como predictores de la aparición de los SI, tampoco hay diferencia en la satisfacción de los pacientes con y sin SI a los 6 meses (p 0,54).

### **Conclusión:**

La fotovaporización prostática con láser diodo produce mejoría clínica, en el Qmax, PSA, IPSS.

Los síntomas irritativos representan un efecto secundario frecuente y transitorio (30,9% de los pacientes) sin embargo a los 6 meses los pacientes con SI se encuentran igual de satisfechos que los pacientes que no presentaron SI.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### CO15- TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO AÑOSO: ¿UNA ALTERNATIVA SEGURA?

Barreiro Mallo, A; Rodríguez-Rivera García, J; Aller Rodríguez, M; Sánchez Vázquez, A.; Bohórquez Cruz, M; Ponce Díaz-Reixa, JL; Rodríguez Gómez, I; Suárez Pascual, G; Fernández Rivera, C\*; Alonso Herrero, A\*; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología. \* Servicio de Nefrología. C.H.U. de A Coruña*

#### **Objetivo:**

El trasplante renal de donante vivo (TRDV) supone una fuente creciente de injertos renales y proporciona una alta probabilidad de éxito para los receptores. El incremento progresivo del número de donaciones procedentes de pacientes de avanzada edad obliga a analizar las implicaciones que esto supone en cuanto a función del injerto, supervivencia global, complicaciones, etc. El objetivo de nuestro estudio es conocer los resultados funcionales de los TRDV con donante mayor de 60 años de nuestra serie.

#### **Material y Métodos:**

Estudio retrospectivo de TRDV realizados entre los años 2003 y 2015 seleccionando aquellos en los que el donante tenía 60 o más años. Analizamos características generales de donantes y receptores, así como función inicial, supervivencia del injerto y global.

#### **Resultados:**

En nuestra serie de 180 TRDV identificamos 39 casos (21.7%) que cumplen el criterio con una mediana de edad de 64 años (rango 60-77), siendo 24 mujeres (61.5%) y 15 hombres (38.5%). El grupo de receptores presentaba una mediana de edad de 53 años (22-70) siendo 17 mujeres (43.6%) y 22 hombres (56.4%). Para 34 receptores (87.2%) suponía su primer trasplante y en 12 casos (30.8%) se presentaba algún tipo de incompatibilidad (HLA, ABO o ambas) realizándose desensibilización previa. La tasa de injerto inicialmente funcionante fue del 87.2% (34 casos) y la función de injerto retardada del 7.7% (3).

Con una mediana de seguimiento de 38 meses (1-108) y tras monitorización de función renal, observamos una tasa de supervivencia de injerto del 94.8% (37) con cese de función en 2 casos (5.1%), uno por rechazo y otro por trasplantectomía. Se registró un único éxitus (2.6%) que presentaba injerto funcionante.

---

## COMUNICACIONES ORALES

---

### **Conclusiones:**

El trasplante realizado con injertos renales procedentes de donantes vivos añosos supone una técnica segura y con buenos resultados funcionales en concordancia con las series publicadas. Estos datos nos hacen afrontar con optimismo el futuro próximo, dado el peso relativo cada vez mayor de este tipo de donantes, y seguir promoviendo este tipo de donación.





## **P1- TUMORES GERMINALES DE TESTÍCULO: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE 6 AÑOS EN EL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.**

Fernández Baltar, Carlos; Chaves Santamaría, Mirian; Carrillo Zamora, César; Blanco Gómez, Benito; Pérez Fentes, Daniel Adolfo; García Freire, Camilo.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Santiago de Compostela*

### **Introducción**

El cáncer de testículo es la neoplasia más frecuente en varones de entre 20 y 40 años. Aunque variable entre regiones y razas, parece haber un aumento de incidencia a nivel mundial en las últimas décadas. El objetivo del estudio es presentar las características epidemiológicas y de supervivencia de nuestros pacientes diagnosticados de tumores germinales de testículo (TGT).

### **Pacientes y Método**

Estudio retrospectivo de 58 pacientes diagnosticados de TGT entre diciembre de 2006 y diciembre de 2012.

Se determina la incidencia de TGT, se describen las características demográficas de los pacientes al diagnóstico, el tratamiento recibido y se estima la supervivencia global y cáncer-específica. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS v.20

### **Resultados**

La incidencia de TGT fue de 4,4 casos/100.000 varones y año. Edad media al diagnóstico de 33 años (rango 17-56), variando de forma significativa entre tumores seminomatosos y no-seminomatosos (37 vs. 28 años,  $p < 0,05$ ).

La frecuencia de tumores seminomatosos resultó similar a la de no-seminomatosos (29 pacientes en cada grupo, 50%). La mayoría de los tumores seminomatosos fueron seminoma clásico (27 pacientes), mientras que de los tumores no-seminomatosos, la mayoría (18 pacientes) resultaron tumores mixtos.

El estadio de los pacientes al diagnóstico fue: I en un 84%, II en un 4% y III en un 12%.

El tratamiento se realizó con orquiectomía radical en todos los pacientes. En estadio I, un 40% recibieron quimioterapia adyuvante y en un 60% se decidió vigilancia. En estadio II y III, todos recibieron quimioterapia.

Se observaron 3 casos de recidiva, tratados inicialmente con quimioterapia. En 2 de ellos se realizó linfadenectomía de rescate.

La supervivencia general y cáncer específica fueron del 95% y 98%, respectivamente, con una mediana de seguimiento de 62 meses.

---

## PÓSTERS

---

### Conclusiones

Nuestra incidencia de TGT es similar a la publicada en la literatura. Los TGT afectan fundamentalmente a individuos jóvenes en edad laboral y reproductiva.

La mayoría de los pacientes se diagnostican en estadios precoces, donde la adyuvancia con quimioterapia ha claramente desplazado a la linfadenectomía retroperitoneal. Globalmente, la supervivencia cáncer-específica de los TGT es alta.

## P2- ATAXIA DA COSTA DA MORTE: CORRELACIÓN CLÍNICO-URODINÁMICA

Barreiro Mallo, Aarón; Sánchez Merino, J. M<sup>a</sup>; Sánchez Rodríguez-Losada, J.; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Vázquez, Andrea; Bohórquez Cruz, Manuel; Caramés Masana, Francisco; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio

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

### Objetivo:

La Ataxia o Síndrome cerebeloso “da Costa da Morte” es una enfermedad heredodegenerativa autosómica dominante, de inicio tardío y lenta progresión. Es considerada como la más prevalente de Galicia dentro del grupo de las ataxias espinocerebelosas. Se calcula que hasta un centenar de pacientes pueden sufrir esta patología en nuestra comunidad. Pretendemos conocer qué espectro de alteraciones del tracto urinario inferior y que correlación clínico-urodinámica podemos esperar en esta condición neurológica.

### Material y Métodos:

Estudio de los casos de pacientes diagnosticados con Ataxia da Costa de Morte que son seguidos en nuestra unidad de Urología Funcional y Urodinamia con revisión de clínica, estudio urodinámico, tratamiento y seguimiento.

### Resultados:

Hasta el momento hemos registrado 6 pacientes con este tipo de Ataxia y sintomatología miccional asociada. Todos proceden de municipios ubicados en la comarca de A Costa da Morte.

Caso	Edad	Sexo	Evolución (años)	Síntomas	EUD	Tratamiento
1	63	V	8	Llenado y vaciado (retención urinaria)	Obstrucción infravesical	RTU próstata
2	71	M	18	Llenado	Hiperreflexia/ disinergia vesicoesfinteriana	Anticolinérgicos/ Agonista B3
3	74	M	28	Llenado	Hiperreflexia	Anticolinérgicos
4	68	V	7	Llenado y vaciado	Hiperreflexia / obstrucción infravesical	Anticolinérgicos Agonista B3 Alfa-bloqueador
5	67	M	17	Llenado	Incontinencia de esfuerzo	Ninguno
6	77	M	12	Llenado	Incontinencia de esfuerzo	Anticolinérgicos

*EUD: estudio urodinámico; V: varón; M: mujer.*

---

## PÓSTERS

---

### **Conclusiones:**

El patrón urodinámico de estos pacientes es heterogéneo, aunque predomina la hiperreflexia del detrusor, con buena correlación clínica.

Debido a la presentación tardía de la enfermedad, otras patologías como la hiperplasia benigna de próstata pueden conducir a falsos diagnósticos de disfunción vesicouretral neurógena. Por el contrario, estaríamos obligados a descartar el origen neurogénico de los síntomas en aquellos pacientes con sintomatología del tracto urinario inferior y antecedentes familiares de ataxia cerebelosa.

Por último, sería recomendable descartar la presencia de patología del tracto urinario inferior de origen neurológico en los familiares de los pacientes diagnosticados de ataxia cerebelosa.



### P3- CIRUGÍA CONSERVADORA LAPAROSCÓPICA EN TUMORACIONES RENALES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD. ESTUDIO OBSERVACIONAL

Bohórquez Cruz, M; Aller Rodríguez, M; Barreiro Mallo, A; Ponce Díaz-Reixa, J; Álvarez Castelo, L; Rodríguez-Rivera García, J; Rodríguez Gómez, I; Suárez Pascual, G; Barbagelata López, A; López García, D; Martínez Breijo, S; Sánchez Vázquez, A; Caramés Masana, F; Lamas Díaz, L; Vázquez Martull, D; Chantada Abal, V.

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

#### **Objetivo:**

Analizar los resultados de la cirugía laparoscópica en el tratamiento quirúrgico de las lesiones renales sospechosas de malignidad.

#### **Material y Métodos:**

Se realiza un estudio observacional retrospectivo en nuestro centro. Desde el año 2003 al 2014, 75 pacientes son diagnosticados de lesión renal sospechosa de malignidad y tratados mediante cirugía renal conservadora, por vía laparoscópica transperitoneal. Hemos valorado resultados clínicos, quirúrgicos, complicaciones perioperatorias, hallazgos histopatológicos, tasa de márgenes positivos, recurrencia y supervivencia. Edad (media) 62,2 (32-82) años. 66,7% hombres. Charlson 3,5 (0-8). Demora operatoria 154,8 días.

#### **Resultados:**

Tiempo operatorio 189,4(120-310) minutos. Clampaje arterial 50,7%, con isquemia caliente media de 27 minutos. Sangrado estimado 400(50-1500)cc. Transfusión 6,7%. Complicaciones postoperatorias 25,3%, Clavien I 78,9% y Clavien II 21,1%. Histología tumoral 77,3%, fundamentalmente CCR claras (66,7%). Márgenes afectados 14%. Tamaño patológico 28,1 mm. Estadio pT1a 83,9%, pT1b 12,5% y pT2a 3,6%. Oncocitoma más frecuente en patología benigna (44,4%). Estancia postoperatoria 3,6 (1-14) días. Seguimiento medio 19,9 meses No alteraciones función renal previa y postoperatoria. Recidiva tumoral en el 1%. Mortalidad global 4%, cáncer específica de 1,3%.

#### **Conclusiones:**

La cirugía renal conservadora laparoscópica es una técnica segura y efectiva para el manejo de lesiones renales sospechosas de malignidad, con resultados oncológicos y funcionales adecuados y mantenidos en el seguimiento.

#### **Palabras clave:**

Nefrectomía parcial laparoscópica, nefrectomía, laparoscopia.

### **P4- NEFRECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER RENAL DE CÉLULAS RENALES. CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO.**

Caramés Masana, F.; Villar Vázquez, N.; Villegas Piguave, D.; Aller Rodríguez, M.; Barreiro Mallo, A.; Bohórquez Cruz, M.; Lamas Díaz, L.; Rodríguez-Rivera García, J.; Álvarez Castelo, L.; Martínez Breijo, S; López García, D; Ponce Díaz-Reixa, José Luis; Rodríguez Gómez, I; Sánchez Rodríguez Losada, J; Chantada Abal, V.

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

#### **Introducción:**

El cáncer renal representa actualmente un 3% de todos los cánceres, con un incremento del 2% en el diagnóstico en las últimas décadas, debido al diagnóstico incidental por imagen. La nefrectomía sigue siendo el tratamiento de elección.

Nuestro objetivo es analizar los procedimientos de nefrectomía asociado a cáncer renal.

#### **Material y Método:**

425 pacientes sometidos a cirugía renal con resultado anatomopatológico de carcinoma de células renales (CCR), entre 1994-2008, con un seguimiento mínimo de

6 años. Hemos analizado edad, sexo, clínica, estadiaje y resultados patológicos, oncológicos y funcionales. Edad (media) 62,7(23-95) años. 83,8% menores de 75 años.

70,1% hombres. Presentación mayormente incidental (61,7%). Estadio clínico cT1a(30%), cT1b(24,5%), cT2(25,2%); cT3a(7,4%), cT3b(10,2%), cT3c(0,4%) y cT4(1,9%). 8,8% presentaban ganglios en el TAC.

#### **Resultados:**

Se realizó nefrectomía radical unilateral (83,1%), parcial (14,6%), nefrectomía bilateral (0,3%), radical y bilateral (0,8%). Cirugía abierta (89%) y laparoscópica

(11%). Incisión subcostal anterior (62,7%), lumbotomía (18,3%). Estancia postoperatoria 9,1 (1-61) días. Complicaciones postoperatorias 12%. Histología predominante el subtipo células claras (83,5%), papilar (7,3%), cromóforo (2,8%), conductos colectores (0,9%) y formas mixtas (2,8%). Estadio pT1a(28,3%), pT1b(18,8%), pT2(16,9%), pT3a(17,3%), pT3b(14%), pT3c(1,7%) y pT4(3,1%).

---

## PÓSTERS

---

Diferenciación nuclear Fuhrman I(12,9%); II(49,7%), III(30,6%) y IV(6,8%). Seguimiento medio 84,4 meses. Función renal mantenida Progresión de enfermedad (28,5%): local(15,9%), distancia(82,3%). Adyuvancia con radioterapia(3,3%), inmunoterapia(6,7%), quimioterapia(1,4%) y combinación(6%). Mortalidad 52,7% (cáncer específica 40,4%).

### **Conclusiones:**

El aumento del diagnóstico de cáncer de células renales incidental, ha hecho posible una mejora en el tratamiento quirúrgico con intención curativa. Con un seguimiento a largo plazo, la mortalidad depende fundamentalmente del estadio clínico y la presencia de síntomas al diagnóstico.

### **P5- SUPERVIVENCIA GLOBAL Y CÁNCER-RELACIONADA EN TUMORES RENALES CT1A TRATADOS CON CIRUGÍA DEL 2000-2013.**

Abeijon Piñeiro, Carla; León Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoanne, Teresa; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; Janeiro Pais, José Manuel; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

*Servicio de Urología. C.H.U. de Ferrol.*

#### **Introducción:**

Identificar factores relacionados con supervivencia global (SG) y cáncer-relacionada (SCR) en pacientes con tumores renales cT1a tratados del (TRcT1a) 2000 al 2013.

#### **Material y Métodos:**

Pacientes (n=82) tratados por TRcT1a entre los años 2000-2013. Las variables cuantitativas se expresaron como media±desviación típica y las cualitativas como valor absoluto (%), con 95%IC. Análisis univariado de SG y SCR mediante metodología Kaplan-Meier en variables cualitativas y regresión de Cox en variables cuantitativas. Análisis multivariado de regresión de Cox para determinar variables asociadas a SG y SCR.

#### **Resultados:**

La media de edad fue  $66.42 \pm 13.45$  años (26-90). 60 pacientes eran hombres (73.2%). El diagnóstico se realizó como hallazgo incidental en el 86.6%. La creatinina preoperatoria media fue  $1.14 \pm 0.55$  (0.55-5.28) y postoperatoria  $1.59 \pm 1.40$  (0.5-9.25). El tamaño tumoral medio fue por pruebas de imagen de  $3.12 \pm 0.77$  cm (1-4) y en las piezas quirúrgicas de  $3.10 \pm 0.81$  (1.2-5.4). Se realizaron 46 (56.1%) nefrectomías radicales, 36 (43.9%) nefrectomías parciales. Los procedimientos laparoscópicos representaron el 50%. Los márgenes fueron positivos en 7 pacientes (8.5%). El grado G1 se presentó en 38 tumores (46.3%), G2 en 35 tumores (43,8%). Los adenocarcinomas de células claras fueron el 74.4%, seguidos de los papilares con 18.3%. El seguimiento medio fue  $53.91 \pm 41.34$  meses (0.59-157.21). La SG a los 12, 36 y 157 meses fue de 92,6%, 86% y 53,6% (respectivamente), y para la SCR fue de 88,9%, 82,5% y 68,8%. En el periodo estudiado se presentaron 19 (23.2%) muertes por todas las causas, y 5 (6,1%) muertes fueron cáncer relacionadas.

Las variables asociadas significativamente con la SG y SCR fueron: La edad al diagnóstico  $\geq 75$  años y el grado tumoral. Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox para SG, ajustando por edad, sexo, grado, presencia

---

## PÓSTERS

---

de necrosis, presencia de extensión, RENALscore  $\geq 8$ , observando que las variables asociadas de forma independiente a SG eran: edad al diagnóstico y grado tumoral.

### **Conclusiones:**

La edad al diagnóstico  $\geq 75$  años y el grado tumoral son las variables que predicen la SG y SCR en pacientes con TRcT1a tratados con cirugía.

### **Palabras Clave:**

ADENOCARCINOMA. RIÑÓN. NEFRECTOMÍA.

---

## PÓSTERS

---

### **P6- RESULTADOS INICIALES EN DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA: REVISIÓN DE 10 PRIMEROS CASOS**

Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Valbuena Álvarez, R.; Portela Pereira, P;  
Freire Calvo, Jacobo; Muller Arteaga, Carlos; López Bellido, Dionisio.

*Servicio de Urología, C.H.U. de Ourense.*

#### **Objetivo:**

La cistectomía radical con derivación urinaria es una técnica urológica compleja. La cirugía laparoscópica ha hecho posible que este procedimiento sea menos invasivo y con mayores ventajas perioperatorias. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados iniciales de nuestros 10 primeros pacientes sometidos a cistectomía radical con derivación urinaria intracorpórea.

#### **Material y Métodos:**

Se realiza análisis retrospectivo de los 10 primeros pacientes intervenidos en nuestro centro y se revisan aspectos de comorbilidad, técnica quirúrgica, resultados oncológicos y funcionales.

#### **Resultados:**

La técnica laparoscópica con creación intracorpórea de la derivación urinaria permite una disección meticulosa y una reproducción de la técnica abierta habitual manteniendo los principios oncológicos y logrando un menor sangrado y una mejor recuperación postoperatoria.

#### **Conclusiones:**

La realización de la neovejiga ileal ortotópica de manera laparoscópica intracorpórea es una cirugía compleja pero factible. Este abordaje posibilita la realización de las distintas anastomosis con seguridad y con las ventajas perioperatorias de los procedimientos mínimamente invasivos.

### **P7- CISTECTOMÍA RADICAL CON NEOVEJIGA ILEAL ORTOTÓPICA LAPAROSCÓPICA INTRACORPÓREA: VARIANTES TÉCNICAS.**

Sabell Pérez-Salgado, Francisco; Valbuena Álvarez, R.; Portela Pereira, P.; Muller Arteaga, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; López Bellido, Dionisio.

*Servicio de Urología, C.H.U. de Ourense.*

#### **Objetivo:**

La cistectomía con linfadenectomía laparoscópica es una técnica incorporada completamente a los procedimientos urológicos mínimamente invasivos. La derivación urinaria intracorpórea añade cierta complejidad al procedimiento, requiriendo de cierta habilidad quirúrgica para el resultado exitoso

#### **Material y Métodos:**

Presentamos la técnica llevada a cabo actualmente en el Complejo Universitario de Ourense y las variantes técnicas utilizadas en la derivación urinaria ortotópica.

1. En primer lugar realizamos linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral ampliada con posterior cistoprostatectomía radical según técnica habitual.
2. Se realiza anastomosis uretro-ileal y fijación del asa de la neovejiga.
3. Posteriormente seccionamos el asa con GIA y realizamos reconstrucción del tránsito intestinal latero-lateral con sutura continua con V-loc.
4. Realizamos destubulización del asa ileal y comenzamos la sutura continua de cara posterior de la neovejiga.
5. Suturamos de forma continua de la cara anterior en su tercio distal y colocamos en este momento los catéteres ureterales para su tutorización, describiendo en este paso tres variantes técnicas:
  - Colocación por contraíncisión
  - Colocación transuretral
  - Cateterización con “dobles J”
6. Por último, realizamos la sutura de la cúpula neo-vesical y la anastomosis uretero-ileal directa.

#### **Resultados:**

La cistectomía radical laparoscópica con neovejiga ileal es un procedimiento técnicamente viable pudiendo realizarse todo el procedimiento con suturas intracorpóreas. Es imperativo que, en un procedimiento laborioso como este, el cirujano siga una técnica protocolizada de todos los pasos quirúrgicos para asegurar los resultados óptimos.

#### **Conclusiones:**

Con un conocimiento quirúrgico adecuado, la derivación ortotópica se puede realizar con seguridad y con tiempos quirúrgicos competitivos de forma intracorpórea.

### **P8- CARCINOMA "OAT CELL" DE VEJIGA Y ENFERMEDAD RENAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA: UNA ASOCIACIÓN EXCEPCIONAL.**

Chaves Santamaría, Mirian; Fernández Baltar, Carlos; Carrillo Zamora, César; Blanco Gómez, Benito; Pérez-Fentes, Daniel; García Freire, Camilo

*Servicio de Urología. C.H.U. de Santiago de Compostela.*

#### **Introducción**

El carcinoma "oat cell" vejiga es un tumor poco frecuente, de comportamiento extraordinariamente agresivo y con un pronóstico nefasto. La enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal glomerular (MBG) es un trastorno autoinmune caracterizado por la presencia de anticuerpos circulantes anti-MBG y por glomerulonefritis progresiva. Existen pocos casos en la literatura en los que ambas entidades se presentan de forma sincrónica.

#### **Paciente y Método**

Varón de 74 años, ex-fumador, bebedor moderado, EPOC y obeso. RTU vesical en dos ocasiones, por carcinoma de células transicionales no músculo-invasivo de alto grado, por el que recibió adyuvancia con BCG. .

Ingreso urgente por macrohematuria e insuficiencia renal aguda (creatinina plasmática de 9.1 mg/dL). En TC abdomino-pélvica se evidencia lesión de aspecto sólido en divertículo vesical con invasión extramural y posible atrapamiento del uréter izquierdo, sin lesiones a distancia. Se practica nefrostomía izquierda, sin mejoría de la función renal, por lo que se solicita valoración por nefrología.

#### **Resultados**

Se inicia hemodiálisis y se realiza biopsia renal, que muestra hallazgos indicativos de enfermedad renal por anticuerpos anti-MBG. Dada la sintomatología del paciente, se decide cistoprostatectomía radical paliativa con ureterostomía cutánea, con resultado anatomopatológico de carcinoma "oat cell" vesical de 13 cm, estadio pT3. Al 5º día postoperatorio el paciente es éxitus.

#### **Conclusiones**

La asociación de insuficiencia renal rápidamente progresiva por anticuerpos anti-MBG y tumores sólidos es infrecuente, no existiendo hasta la fecha ningún caso publicado asociado a carcinoma vesical. La relación entre ambas entidades es posible, pero no está claramente demostrada en la literatura. El carcinoma "oat cell" vesical tiene un comportamiento muy agresivo, con mal pronóstico. La cistectomía es en la mayoría de los casos el tratamiento de elección, requiriendo generalmente adyuvancia con quimioterapia y/o radioterapia.



### P9- ANÁLISIS DESCRIPTIVO INICIAL DE NUESTRA SERIE DE VIGILANCIA ACTIVA

Aller Rodríguez, M; Martínez Breijo, S; Pertega Díaz, S; Barreiro Mallo, A; Vázquez Sánchez, A; Bohorquez Cruz, M; Chantada Abal, V.

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

#### Introducción:

La Vigilancia activa (VA) es una modalidad de tratamiento recogida en las diferentes guías clínicas de la comunidad urológica. Nace como opción terapéutica ante el conocimiento de la historia natural del Cáncer de próstata (CaP) que demuestra un sobretratamiento en el grupo de bajo riesgo. Comunicamos nuestros resultados iniciales.

#### Material y Métodos:

Analizamos 66 pacientes diagnosticados de CaP mediante biopsia transrectal de 10 cilindros entre agosto de 2010 y septiembre de 2014. Nos adherimos al protocolo PRIAS de VA con criterios de inclusión cT1C/T2, PSA 10 ng/ml, PSA densidad (PSA-D) <0.2 ng/ml, 1 o 2 cilindros positivos, y Gleason 6.

El protocolo de seguimiento fue control PSA cada 3 meses los dos primeros años y cada 6 meses a partir del año 2. El esquema de repetición de biopsia fue al primer año o si PSA double time entre 3 y 10 años.

Los criterios para tratamiento activo fueron Gleason > 6 o >3 cilindros positivos.

Realizamos un análisis descriptivo nuestra serie.

#### Resultados:

Un 84.8% cumplían criterios PRIAS, el 15.2% no de forma estricta pero fueron incluidos a elección del paciente.

Variables clínicas	Edad	PSA	PSA-D	Volumen prostático	Charlson
Media al diagnóstico	67	4.89 ng/ml	0.12	51	3,3

75% de pacientes presentaron 1 cilindro positivo, 23.4% 2 cilindros y 1.6% presentaron 3 cilindros y Gleason 6 en el 100% de los casos.

El tiempo medio hasta la biopsia de reevaluación fue de 13 meses con un seguimiento medio de la serie de 29 meses (5-53 meses) con un 48.5%

---

## PÓSTERS

---

de pacientes tratados, de los cuales un 25% fue por decisión del paciente, 71.9% por progresión patológica demostrada y 3.1 por progresión de PSA. La media de meses hasta tratamiento fue de 20 (5-42).

Un paciente falleció por una causa no relacionada con CaP y ninguno presentó metástasis en el seguimiento

### **Conclusiones:**

Nuestros resultados presentan discordancia con la bibliografía más relevante en cuanto al número de pacientes tratados. Posibles causas son el mayor número de pacientes que solicitan tratamiento sin progresión y la ausencia de biopsia de reevaluación a 6 meses.

### P10- ANÁLISIS DE MICROARNs CIRCULANTES EN TUMORES DE PRÓSTATA Y SUS DIANAS MOLECULARES

Aller Rodríguez, M; Martínez Breijo, S; Medina Villaamil, V; Barreiro Mallo, A; Sánchez Vázquez, A; Bohorquez Cruz, M; Caramés Masana, F; Lamas Díaz, L; López García, D; Ponce Díaz-Reixa, J; Vaquez Martul, D; Chantada Abal, V.

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

#### **Objetivos:**

Los microARNs (miARN) son pequeñas moléculas que pueden regular la expresión de genes a nivel post-transcripcional bloqueando la traducción y/o induciendo la degradación del ARN mensajero (ARNm). Entre sus dianas están ARNm que codifican para diversas proteínas implicadas en cáncer. Estudios previos de nuestro grupo identifican a los miARNs 218, 337-3p y 339-3p como nuevos candidatos sanguíneos para la detección de tumores de próstata (TP). El objetivo ahora es conocer sobre qué genes están actuando estos miARNs.

#### **Métodos:**

El diagnóstico fue obtenido por biopsia transrectal ecodirigida de 10 cilindros, PSA y tacto rectal realizados previamente. Los pacientes no recibieron tratamiento previo a la extracción sanguínea. Niveles circulantes de diferentes miARNs (miR-337-3p, miR-339-3p y miR-218), fueron determinados mediante qRT-PCR en sangre de 70 pacientes con TP (estratificados por grupos de riesgo (R): altoR26, Rintermedio 20 y bajoR 24) y 21 controles sanos (CS). Se utilizó el área bajo la curva (AUROC) para comparar la sensibilidad y especificidad de cada biomarcador. Las bases de datos miRTarBase, microRNA.org, miRDB, MIRanda, y TargetScan 5.1 permitieron obtener un listado de dianas génicas (DG) relacionadas con TP analizando scores de asociación y puntuación estadística de la misma.

#### **Resultados:**

El nivel de miR-339-3p permitió discriminar pacientes con TP de altoR y CS con fuerte especificidad (78,9 %; AUC: 0,783, IC 95%, 0,635 – 0,931). El punto de corte del miR-339-3p (2,23) se determinó utilizando el índice de Youden (0,572). Entre las DG encontradas destacar para el miR-337-3p: ZBTB10(relacionado con resistencia a drogas), STAT3(transductor de señales y activador de la transcripción) y CDC14A (posible regulador de p53); para el miR-339-3p: NR3C1(receptor

---

## PÓSTERS

---

glucocorticoide), USP25(proteasa) y NOL3(represor de la apoptosis); para el miR-218: VASH2(promueve angiogénesis), VOOPI (antiapoptótico sobreexpresado en cáncer) y TDP52 (sobreexpresado en cáncer).

### **Conclusiones:**

Nuestros resultados sugieren a miR-337-3p, miR-339-3p y miR-218 como nuevos marcadores sanguíneos para la detección de TP. El abordaje bioinformático como primer paso para identificar nuevos fenotipos tumorales es una herramienta útil. El conocimiento de la verdadera implicación de los miARNs en la fisiopatología de los TP, permitirá ampliar sus supuestas aplicaciones clínicas a la determinación del pronóstico de la enfermedad neoplásica. Trabajo financiado por la Fundación para Investigación en Urología (FIU).

---

## PÓSTERS

---

### P11- UTILIDAD DE PHI PARA INDICAR 2º BIOPSIA DE PRÓSTATA

Freire Calvo, J; Portela Pereira, P; Sabell Pérez-Salgado, F; Müller Arteaga, C; Valbuena Álvarez, R; Cajide Montero, J; Ramos García, M; Esteban Hernández, O; De La Rúa, J; López Bellido, D

*Servicio de Urología, C.H.U. de Ourense*

#### **Objetivo:**

Evaluar pacientes sometidos a 2º biopsia de próstata y analizar cuáles podrían haberse evitado.

#### **Material y Métodos:**

50 pacientes sometidos a 2º biopsia de próstata.

PSA entre 4-10, tacto rectal normal.

Se analiza -2proPSA y phi (prostate health index).

#### **Resultados:**

La 2º biopsia fue positiva en 7 pacientes.

Podríamos haber evitado la 2º biopsia en 27 pacientes.

Habríamos dejado de diagnosticar a un paciente.

#### **Conclusiones:**

El uso de phi puede ser útil en el diagnóstico de cáncer de próstata evitando biopsia innecesarias.

El tamaño de la muestra no permite sacar conclusiones estadísticas significativas.



## V1- LA SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO PRIORIDAD: UN MODELO EXPERIMENTAL PARA LA CAPACITACIÓN EN ENDOUROLOGÍA CON ABORDAJE PERCUTÁNEO

López García, D.; Aller Rodríguez, M.; Sánchez Vázquez, A.; Barreiro Mallo, A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Álvarez Castelo, L. M.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Suárez Pascual, G.; Bohórquez Cruz, M. A.; Lamas Díaz, L.; Lancina Martín, J. A.; Centeno Cortés, A.\*; Chantada Abal, V

*Servicio de Urología y Centro Tecnológico de Formación\*, C.H.U. A Coruña*

### **Introducción y Objetivos:**

La curva de aprendizaje de las técnicas quirúrgicas complejas, como la nefrolitotomía percutánea (NLP) son largas e incluyen riesgo de complicaciones. Entre otras cosas, la laparoscopia nos ha enseñado que estas curvas pueden acortarse, mejorando los resultados y la seguridad de los procedimientos en el humano con el entrenamiento previo en el quirófano experimental. El objetivo de este trabajo es mostrar el desarrollo en nuestro Centro de un modelo animal para el adiestramiento y la docencia de las técnicas de cirugía renal percutánea.

### **Métodos:**

La formación experimental en laparoscopia está asentada y estandarizada en nuestro Centro, y todos los residentes participan de ella. La hemos adaptado para crear un modelo de NLP similar a la técnica habitual en nuestra quirófano, de la siguiente manera: durante el adiestramiento en laparoscopia se provoca una uropatía obstructiva bilateral, parcial en un lado y total en el contralateral, para posteriormente entrenar de manera escalonada los pasos clave en la NLP: ecografía renal, punción percutánea, dilatación del trayecto y creación del acceso, exploración endoscópica de las cavidades renales y manipulación. Para objetivar y especificar esta adquisición de habilidades, hemos instaurado un score con varios parámetros de dificultad creciente en cada paso, que deben ser superados antes de ensayar el siguiente. El entrenamiento finaliza al completar ininterrumpidamente todos los pasos de la técnica.

### **Conclusiones:**

Tal modelo nos permite ampliar la formación quirúrgica experimental en nuestro Centro sin apenas demandar más recursos, al vincular la formación laparoscópica ya existente con la de la NLP, y llevar a cabo esta última de forma secuencial, de manera que no se accede al siguiente paso clave sin dominar el anterior. Este planteamiento docente busca alcanzar la competencia en NLP de manera más rápida y antes del contacto con la clínica, para que cuando éste llegue sea con la mayor seguridad posible para los pacientes; el desarrollo de este proyecto y las primeras percepciones de resultados nos han llevado a preguntarnos si métodos de este tipo son un lujo o deben ser considerados una necesidad.



---

## VÍDEOS

---

### V2- NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA RETROPERITONEAL SIN EXPERIENCIA PREVIA EN ESTE ABORDAJE

Barbagelata López, Alfonso; Martínez Breijo, Sara; Aller Rodríguez, Marcos; Barreiro Mallo, Aarón; Sanchez Vázquez, Andrea; Rodríguez Gomez, J. I.; Chantada Abal, Venancio.

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

#### **Objetivo:**

Valorar la factibilidad del abordaje laparoscópico retroperitoneal sin experiencia previa en este abordaje.

#### **Material y Métodos:**

Se presenta el caso clínico de un varón de 63 años, insuficiente renal, en diálisis peritoneal, que presenta una masa de 4 cm que asienta en polo superior de riñón izquierdo sospechosa de malignidad. Para intentar preservar la integridad del peritoneo, con la finalidad de mantener vía de diálisis, se realiza abordaje retroperitoneal con tres puertos.

#### **Resultados:**

Se realizó cirugía sin complicaciones, con sangrado intraoperatorio inferior a 100 cc y en un tiempo de 120 minutos.

#### **Conclusiones:**

La nefrectomía retroperitoneal laparoscópica sin experiencia previa en dicho abordaje puede ser acometida basándose en los conocimientos anatómicos y la destreza del manejo instrumental adquirida en otras vías de abordaje. Pudiendo resultar provechosa para mantener la integridad del peritoneo con distintos objetivos o finalidades.

### V3- LITIASIS PSEUDOCORALIFORME EN INJERTO RENAL: L ENDOUROLOGÍA COMO HERRAMIENTA GLOBAL PARA SU RESOLUCIÓN

Aller Rodríguez, M.; López García, D.; Barreiro Mallo, A.; Sánchez Vázquez, A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Lancina Martín, J. A.; Bohórquez Cruz, M. A.; Caramés Masana, F.; Montes Couceiro, M. A.; Chantada Abal, V

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

|

#### **Introducción:**

La enfermedad litiasica en el injerto renal es una patología infrecuente, que afecta aproximadamente al 0,7 a 1,2% de los órganos, y que necesariamente presenta un manejo complejo. Por estas circunstancias, existen escasas referencias de esta condición en la literatura. Por las características especiales de este tipo de pacientes, el abordaje terapéutico suele ser conservador; si fracasa la alternativa médica o la litotricia, se tiende a buscar la técnica quirúrgica menos invasiva que permita la resolución. Presentamos un caso de litiasis pseudocoraliforme en injerto renal tratado mediante un abordaje endourológico combinado

#### **Material y Métodos:**

Mujer de 50 años con IRC secundaria a nefropatía diabética, sometida a trasplante combinado sincrónico de páncreas y riñón en 2009, siendo ambos injertos funcionantes, con diagnóstico incidental de litiasis pseudocoraliforme en cáliz inferior y pelvis del injerto renal. Se inicia la intervención con un abordaje endourológico retrógrado mediante vaina ureteral y ureterorenoscopia (URS) flexible y litotricia con láser Ho-Yag. Es precisa la conversión a nefrolitotomía percutánea por fallo mecánico de URS: se realiza un acceso al cáliz superior por punción ecodirigida para posteriormente introducir vaina de Amplatz de 26F; se completa desde el abordaje anterógrado la litotricia con fuente de fragmentación balística. Finalmente se comprueba la ausencia de restos litiasicos con nefroscopio flexible y se colocan catéter ureteral doble J 7x16, nefrostomía percutánea 16F y sonda vesical 16F. Tiempo quirúrgico: 195 minutos

#### **Resultados:**

Análisis cualitativo de la litiasis: fosfato amónico magnésico y carbonato cálcico. Descenso de Hb postoperatorio: 1,2 g/dl (Hb preoperatoria: 11,6 g/dl, Hb postoperatoria: 10,4 g/d). La paciente no presentó complicaciones ni



---

## VÍDEOS

---

deterioro de la función del injerto en el postoperatorio inmediato. Hallazgo de calcificación precoz del catéter doble J, que no impide su extracción sin incidencias, y cultivo de orina con crecimiento de *Proteus mirabilis*.

### **Conclusiones:**

La disponibilidad de distintas alternativas endourológicas permitió completar el tratamiento y resolver el caso mediante técnicas mínimamente invasivas y sin complicaciones. A pesar de la dificultad técnica, con la experiencia adecuada este enfoque terapéutico puede considerarse reproducible con efectividad y seguridad.

### V4- FOTOVAPORIZACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DIODO: TÉCNICA Y RESULTADOS.

Carballo Quintá, M.; Rodríguez Socarrás, M.E.; Almúster Domínguez, S.; Tortolero Blanco, L.; Montero Fabuena, R.; López García, S.; Barrós Rodríguez, J.M.; Rodríguez Iglesias, B.; Cespón Outeda, E.; Martínez-Sapiña Llanas, I.; López Díaz, E.; Ojea Calvo, Antonio

*Servicio de Urología, C.H.U. de Vigo*

|

#### **Introducción.**

Durante los últimos años diferentes sistemas de vaporización láser se han presentado como alternativa a la resección transuretral convencional, con la finalidad de poder abordar mayores volúmenes prostáticos, disminuir morbilidad y alcanzar una recuperación precoz. Presentamos la técnica y resultados obtenidos en nuestro servicio mediante la fotovaporización prostática con láser diodo.

#### **Material y Métodos.**

Exponemos la técnica de fotovaporización láser, utilizando láser diodo de 180 W y una longitud de onda de 980 nm. Empleamos un modelo de fibra de emisión lateral que cuenta con una mayor superficie de contacto que diseños anteriores. Esta disposición permite evitar una excesiva necrosis tisular en profundidad vinculada a otros sistemas de láser diodo. Presentamos resultados obtenidos en nuestra serie de 76 pacientes intervenidos en el último año, con una media de edad de  $70.50 \pm 8.19$  años y un tiempo quirúrgico medio de  $58.08 \pm 15$  min.

#### **Resultados.**

La técnica de resección con láser diodo y fibra de superficie ampliada permite obtener una elevada tasa de ablación tisular, proporcionando una excelente hemostasia. La similitud de los movimientos del instrumento de trabajo con los realizados en la RTU, el adecuado control hemostático y la buena visibilidad durante el procedimiento permiten una vaporización prostática efectiva incluso en próstatas de elevado tamaño. En nuestra serie, se ha obtenido un descenso medio de  $13,9 \pm 1,28$  en IPSS y un aumento medio del Qmax de  $10,87 \pm 2,18$  ml/seg. Asimismo, hemos observado una progresiva regresión del tamaño prostático durante el primer mes tras la cirugía.

#### **Conclusión.**

La fotovaporización prostática con láser diodo es una opción segura y eficaz para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. Mediante esta técnica es posible abordar próstatas de elevado tamaño, con excelente control hemostático, recuperación precoz y óptimos resultados funcionales.

### V5- CISTOLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTE CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO MITROFANOFF

Sánchez García, Juan Francisco; Pérez Fentes, Daniel; Blanco Gómez, B.;  
García Freire, Camilo

*Servicio de Urología. C.H.U. de Santiago de Compostela*

#### **Introducción:**

Presentamos el caso de una mujer de 33 años de edad con múltiples litiasis vesicales, en el contexto de una ampliación vesical tipo Mitrofanoff. Entre sus antecedentes destaca Espina bífida con ampliación vesical tipo Mitrofanoff realizada en el 2002, cirugías en ambos miembros inferiores, 4 cistolitotomías percutáneas vesicales.

En las pruebas de imagen podemos ver múltiples litiasis vesicales.

La resolución del caso fue llevado a cabo íntegramente de forma endourológica con estancia hospitalaria de 24 horas.

#### **Técnica:**

Colocamos a la paciente en posición decúbito supino. Se realizan dilataciones del orificio de Mitrofanoff, hasta 18 Fr, para permitir el paso del cisto-nefrosocopia flexible. Se realiza punción con aguja de 16G guiada por imagen endoscópica de vejiga. Se prosigue con el paso de guía y la dilatación con dilatadores de Amplatz hasta 30Fr, para permitir el paso de la vaina. Bajo visión del nefrosocopia rígido se realiza extracción de litiasis vesicales con cesto N-Perc. Para terminar se realiza una revisión exhaustiva de toda la vejiga, y se finaliza colocando sonda vesical en orificio de Mitrofanoff, y cierre de la herida quirúrgica con seda.

#### **Conclusión:**

Una de las complicaciones más frecuentes de este tipo de derivación urinaria es la litiasis vesical recidivante. Es importante intentar abordar esta complicación de manera endourológica, con el fin de disminuir morbilidad y estancia hospitalaria.

# XXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología Colaboraciones

Nuestro más sincero agradecimiento a

## **EMPRESAS PATROCINADORAS**

ASTELLAS PHARMA  
COVIDIEN SPAIN  
GLAXOSMITHKLINE  
GSA GALLEGA  
JANSSEN-CILAG  
LABORATORIOS FARMACEUTICOS ROVI  
SANOFI AVENTIS

## **EMPRESAS COLABORADORAS**

ALMIRALL  
AMERICAN MEDICAL SYSTEMS  
AMGEN  
CASEN RECORDATI  
CLÍNICA Y CONTROL  
GEBRO PHARMA  
LABORATORIOS INIBSA  
PRESURGY  
Q PHARMA





**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) 654 556 193 / 699 900 821  
[www.gallegadecongresos.com](http://www.gallegadecongresos.com)