

XXII Congreso ACLU

Sesión: Sesión 1 de comunicaciones (primera parte: Oncología)

Sala: ; Día: viernes 18 de octubre; Hora: 16:00-17:30

C-1: EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE LA INVASIÓN EXTRAPROSTÁTICA DETERMINADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Natal Alvarez, F.; Martin Martin, S.; Calleja Escudero, J.; De Castro Olmedo, CJ.; Calvo Gonzalez, R.; Pascual Samaniego, M.; Torrecilla Garcia-Ripoll, JR.; Conde Redondo, MC.; Diez Rodriguez, J.; Alonso Villalba, AJ.; Rivero Martinez, D.; Lara Perez, FM.; Ruano Mayo, A.; Zamora Horcajada, A.; Cuellar Martin, L.; Cortiñas Gonzalez, JR.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

C-2: Prostatectomía radical en cáncer de próstata de alto riesgo. Experiencia en nuestro centro

Polo López, Carlos Álvaro; Valverde Martínez, Lauro Sebastián; Martín Hernández, Mario; Grinard de León, Edwin Ariel; Prieto Nogal, Sara Belén; Gómez Tejeda, Luis Miguel

Complejo Asistencial de Ávila

C-3: PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA; RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES TRAS UN AÑO DE SU IMPLANTACIÓN.

Polvorinos Garcia, L; Miralles Ayuso, S; González Montesinos, MM; Portilla Mediavilla, L; Sánchez Estébanez, E; Manso Aparicio, C; Garcia Viña, A; Cepeda Delgado, M; Amón Sesmero, JH

Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid

V-4: Prostatectomia radical laparoscopica extraperitoneal .

Martinez Rodriguez,R.; Miralles Ayuso,S; Robles Samaniego,A; Amon Sesmero,H

Hospital Universitario Rio Hortega

C-5: INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON ACETATO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA

López Martínez, P.; Farrés Rabanal, A.; Gutiérrez Carrillo, G.; Fernández-Samos Fernández, D.; Lombardía González de Lera, C.; García Sanz, M.; Sanz Ruiz, A.; Alonso Prieto, M.A.

CAULE

C-6: QUIMIOHIPERTERMIA CON MMC EN LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO INTERMEDIO Y ALTO RIESGO

Adriazola Semino, M.A.; Pascual Fernández, A.; Gala Solana, L; Romaní Castro, R.; Godoy Álvaro, J.; Mediavilla Díez, E.; Campanario Pérez, F.

Servicio de Urología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

C-7: RATIO NEUTROFILO-LINFOCITO COMO FACTOR PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BCG EN TUMORES VESICALES NO MUSCULOINVASIVOS DE ALTO GRADO

Portilla Mediavilla L.; Martínez Rodríguez R.; Miralles Ayuso S.; González Montesinos M.; Polvorinos García L.; Sánchez Estébanez E.; Alonso Fernández D.; Rodríguez Tesedo V.; Cepeda Delgado M.; Amón Sesmero JH
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

V-8: Linfadenectomía laparoscópica en tumor vesical muscular invasivo.

Martínez Rodríguez, R.; Rodríguez Tesedo, V.; Miralles Ayuso, S.; Alonso Fernández, D.; Ruiz Serrano, M.; Amón Sesmero, H
Hospital Universitario Río Hortega

V-9: DISTORSIÓN ANATÓMICA EN LA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA SECUNDARIA A MÚLTIPLES PLASTIAS VAGINALES

Mediavilla Díez, E.; Gala Solana, L.; Romaní Castro, R.; Pascual Fernández, A.; Godoy Alvaro, J.E.; Adriazola Semino, M.A.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

V-10: Exéresis laparoscópica de leiomioma paravesical

Ulloa Espinel, J.M.; Avilleira García, L.; Becerra Piñero, R.; Herrero López, L.; Moya Villalvilla, I.; Bermúdez Villaverde, R.
Hospital general de Segovia

C-11: VIGILANCIA ACTIVA DE TUMORES DE RIÑÓN INFERIORES 4 CM

Adriazola Semino, M.A.; Gala Solana, L.; Pascual Fernández, A.; Romaní Castro, R.; Godoy Álvaro, J.; Mediavilla Díez, E.; Campanario Pérez, F.
Servicio de Urología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

V-12: Abordaje laparoscópico de los feocromocitomas adrenales.

Valverde-Martínez, S.; Martín-Hernández, M.; Grinard-de-León, E.; Polo-López, C.; Prieto-Nogal, S.; Fraile-Sáez, A.*; Campos-Lobato, L.*; López-Guzmán y Guzmán, A.*; Gómez-Tejeda, LM.
*Servicio de Urología. *Servicio de Endocrinología. Complejo Asistencial de Ávila.*

C-13: Análisis del manejo y seguimiento en los tumores del tracto urinario superior en nuestro centro.

Domínguez Fernández, M.H.; Rivero Cárdenas, A.; Montero Torres, J.; Blanco Martín, E.; Alcubilla García, L.; Gutiérrez Minguez, E.
Hospital Universitario de Burgos

EVALUACIÓN Y COMPARACIÓN DE LA INVASIÓN EXTRAPROSTÁTICA DETERMINADA POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Natal Alvarez, F.; Martín Martín, S.; Calleja Escudero, J.; De Castro Olmedo, C.J.; Calvo Gonzalez, R.; Pascual Samaniego, M.; Torrecilla Garcia-Ripoll, J.R.; Conde Redondo, M.C.; Díez Rodríguez, J.; Alonso Villalba, A.J.; Rivero Martínez, D.; Lara Pérez, F.M.; Ruano Mayo, A.; Zamora Horcajada, A.; Cuellar Martín, L.; Cortiñas González, J.R.
Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:

La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) es utilizada tanto en el diagnóstico como en la estadificación local del cáncer de próstata, pudiendo detectar un tumor localmente avanzado y ayudando a la planificación de la cirugía. Nuestro objetivo es comparar los hallazgos de la RMmp previa a la cirugía y el estudio anatomopatológico de la pieza obtenida, centrándonos en la invasión extraprostática y los factores asociados.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Se analizaron 61 pacientes intervenidos de prostatectomía radical entre 2014 y 2019 en nuestro servicio en los que se realizó una RMmp previa. Estudio de las características clínico-epidemiológicas de la población, de las RMmp realizadas y del informe anatomopatológico de la pieza obtenida en la cirugía. Mediana de edad: 67 años (RIQ 9); mediana de PSA 8,76 (RIQ 7); siendo el tacto rectal sospechoso en el 47,5% de pacientes. El 36,07% de las resonancias realizadas fueron diagnósticas, el 63,93% para estadificación local. Se empleó un abordaje laparoscópico en 49 pacientes (80,33%), 12 (19,67%) fueron operados por cirugía abierta.

RESULTADOS:

Se detectaron 83 lesiones en RMmp: 36 PIRADS 5 (43,37%), 34 PIRADS 4 (40,96%) y 13 PIRADS 3 o inferior (15,66%). 53 (63,86%) de ellas situadas en zona periférica, 25 (30,12%) en zona transicional, 5 (6%) entre ambas. La RMmp determinó un estadio clínico cT3a en 21 pacientes (34,43%), presentando tras el estudio anatomopatológico 20 de ellos (95,24%) un estadio pT3a. La RMmp fue negativa para afectación extraprostática en 40 pacientes (65,57%), presentando posteriormente 9 de ellos (22,5%) un estadio pT3a. El valor predictivo positivo de invasión extraprostática determinado por RMmp fue 0,95 en nuestra muestra; la sensibilidad y especificidad 0,69 y 0,97 respectivamente. El número de pacientes con un estadio clínico cT3a que presentaron un estadio pT3a tras la cirugía fue mayor en aquellos con lesiones PIRADS en la zona periférica, siendo el valor de $p = 0,02$.

CONCLUSIONES:

La RMmp ha demostrado en nuestra población una elevada especificidad para la detección de invasión extraprostática, siendo mayor el porcentaje de afectación en lesiones periféricas.

Prostatectomía radical en cáncer de próstata de alto riesgo. Experiencia en nuestro centro

Polo López, Carlos Álvaro; Valverde Martínez, Lauro Sebastián; Martín Hernández, Mario; Grinard de León, Edwin Ariel; Prieto Nogal, Sara Belén; Gómez Tejeda, Luis Miguel

Complejo Asistencial de Ávila

- **Introducción:** el cáncer de próstata de alto riesgo representa en torno al 20% de los tumores de próstata localizados. La elección del tratamiento más apropiado en la actualidad resulta un tema controvertido debido a la ausencia de estudios prospectivos.

- **Material y métodos:** se realizó un estudio retrospectivo descriptivo en el que se analizaron los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata de alto riesgo sometidos a prostatectomía radical en nuestro centro entre los años 2008 y 2018.

- **Resultados:** fueron intervenidos mediante prostatectomía radical 38 pacientes con una mediana de edad de 62,5 años (42-71). Se realizó linfadenectomía en el 89% de los casos (34/38). La tasa de márgenes positivos fue del 26%. La mediana de seguimiento fue 59 meses (12-113). Tras el tratamiento primario presentaron recidiva bioquímica 17 pacientes (45%) en un periodo medio de tiempo de 21 meses (1-65). Precisaron radioterapia de rescate 14 casos y bloqueo hormonal 3. Durante el seguimiento 2 pacientes desarrollaron metástasis (óseas y hepáticas) y se produjo un fallecimiento no relacionado con el tumor.

- **Conclusiones:** la prostatectomía radical con linfadenectomía es una opción de tratamiento válida para el cáncer de próstata de alto riesgo, a tener en cuenta dentro de un manejo multimodal.

PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA; RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES TRAS UN AÑO DE SU IMPLANTACIÓN.

Polvorinos Garcia, L; Miralles Ayuso, S; González Montesinos, MM; Portilla Mediavilla, L; Sánchez Estébanez, E; Manso Aparicio, C; Garcia Viña, A; Cepeda Delgado, M; Amón Sesmero, JH

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical es el tratamiento estándar del cáncer de próstata localizado, sin embargo los resultados funcionales tras la cirugía suponen un impacto en la calidad de vida de los pacientes. El constante desarrollo tecnológico junto con el avance en el estudio anatómico y la cualificación quirúrgica han permitido la reducción de las comorbilidades, sin detrimento del resultado oncológico deseado. El objetivo de este trabajo fue revisar nuestra experiencia inicial en prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos de forma retrospectiva a los pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica asistida por robot DaVinciX desde mayo de 2018 hasta mayo de 2019.

Se indicó prostatectomía radical robótica a aquellos pacientes diagnosticados de cáncer de próstata con tumores localizados y expectativa de vida > 15 años. Las cirugías fueron realizadas por 2 cirujanos expertos. Según el estadio clínico del paciente y función sexual previa se decide preservación intra-, inter- o extrafascial, en consenso con el paciente, y linfadenectomía extendida según criterios de las guías clínicas europeas (probabilidad de afectación ganglionar según nomograma de Briganti > 5%). La retirada de sonda se realiza de forma estándar entre el día 7º y 10º de la cirugía. Analizamos los resultados funcionales en la 3ª semana, y el primer control oncológico mediante determinación PSA entre la 6ª y 8ª semana tras el procedimiento.

RESULTADOS: Intervenimos a 80 pacientes con una edad media de 63,89 años (+/- 6,07). El estadio clínico principal al diagnóstico fue cT1c (77,5%) con una cifra de PSA medio de 7,27 ng/dl. Se practicó preservación neurovascular intrafascial, 45%; interfascial, 17.5% y extrafascial en el 37,5%. El 85% de los pacientes no precisó tratamiento adyuvante al procedimiento quirúrgico, con una mediana de PSA de 0,02 ng/dl. A nivel funcional, el 85% de los pacientes presentaron continencia precoz (definida como ausencia de absorbentes a la retirada de sonda); el 89.7% de los pacientes con preservación intrafascial presentaron erección satisfactoria tras la cirugía, así como el 75% de los pacientes con preservación interfascial.

CONCLUSIÓN: La prostatectomía radical asistida por robot permite un buen resultado oncológico con escasa comorbilidad funcional en manos expertas

V-4

XXII Congreso ACLU. Ávila. 2019. 18 y 19 de Octubre de 2019

Presentación: Vídeo

Prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal .

Martínez Rodríguez,R.; Miralles Ayuso,S; Robles Samaniego,A; Amon Sesmero,H

Hospital Universitario Río Hortega

Presentamos el caso de paciente con adenocarcinoma de próstata sometido a prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal con preservación de estructuras implicadas en recuperación funcional.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON ACETATO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA

López Martínez, P.; Farrés Rabanal, A.; Gutiérrez Carrillo, G.; Fernández-Samos Fernández, D.; Lombardía González de Lera, C.; García Sanz, M.; Sanz Ruiz, A.; Alonso Prieto, M.A.

CAULE

INTRODUCCIÓN

El acetato de abiraterona y la enzalutamida son fármacos aprobados para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración.

Ambos fármacos se metabolizan en el hígado, y pueden actuar como inductores o inhibidores de numerosas enzimas hepáticas.

Debido a su farmacocinética ambos fármacos pueden sufrir múltiples interacciones medicamentosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan los tratamientos de 26 pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración que iniciaron tratamiento con enzalutamida o acetato de abiraterona entre octubre de 2014 y septiembre de 2017 y se analizan las interacciones medicamentosas entre ellos.

RESULTADOS

Se identificaron 13 pacientes en tratamiento con abiraterona y 13 en tratamiento con enzalutamida.

En el grupo de los pacientes tratados con abiraterona se observó que hubo interacciones medicamentosas en el 38% de ellos. Se observaron 6 interacciones, de las cuales un 83% fueron de tipo C y 17% D.

En el grupo de los pacientes tratados con enzalutamida se observó que hubo interacciones medicamentosas en el 84% de ellos. Se observaron 33 interacciones, de las cuales un 85% fueron de tipo D y 17% X.

DISCUSIÓN

El acetato de abiraterona y la enzalutamida afectan a algunas de las enzimas hepáticas más implicadas en el metabolismo de los fármacos, como CYP2D6 en el caso de la abiraterona y CYP3A4 en el caso de la enzalutamida, teniendo esta última más potencial para sufrir interacciones medicamentosas.

QUIMIOHIPERTERMIA CON MMC EN LOS TUMORES VESICALES DE RIESGO INTERMEDIO Y ALTO RIESGO

Adriazola Semino, M.A.; Pascual Fernández, A.; Gala Solana, L; Romaní Castro, R.; Godoy Álvaro, J.; Mediavilla Díez, E.; Campanario Pérez, F.

Servicio de Urología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

INTRODUCCIÓN

En España se estima que en 2019 aparecerán más de 23.000 nuevos casos de tumores vesicales, siendo el 75-85% tumores no músculo-invasivos. De estos, entre el 14-61%, en función del tipo de riesgo, presentaran recidivas en el primer año.

El tratamiento convencional de los tumores vesicales no músculo-invasivos consiste en RTU más quimioterapia intravesical con MMC o BCG en los tumores de alto grado.

En las terapias con MMC la quimiohipertermia facilita una mayor penetración, aumentando la citotoxicidad local.

OBJETIVO

Analizar la tasa de recidiva de los tumores superficiales de vejiga tratados mediante quimiohipertermia con MMC transcurridos más de 12 meses desde la finalización del tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el periodo entre junio de 2016 a agosto 2019 se incluyeron en el programa de Quimiohipertermia post RTU con el sistema COMBAT BRS 40mg, un total de 51 pacientes.

Se revisaron 19 pacientes que habían finalizado el tratamiento de QHT con MMC antes de septiembre de 2018, con revisiones según protocolo.

RESULTADOS

De los 19 pacientes 2 no completaron el tratamiento de QHT con MMC, uno de ellos por intolerancia y en el otro caso por complicaciones de otra patología tumoral.

De todos los pacientes que completaron el tratamiento están libres de recidiva el 70,6%.

En el grupo de pacientes con tumores primarios y riesgo intermedio, el 100% están libres de recidiva.

En el grupo de pacientes con tumores recurrentes (10 pacientes), se encontró recidiva en el 50% (3 de estos pacientes eran de alto riesgo).

COMENTARIOS

La Quimiohipertermia con MMC puede ser una herramienta de ayuda en los tumores de riesgo intermedio primarios y recurrentes.

En los tumores de alto riesgo la BCG sigue siendo la primera opción de tratamiento.

RATIO NEUTROFILO-LINFOCITO COMO FACTOR PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON BCG EN TUMORES VESICALES NO MUSCULOINVASIVOS DE ALTO GRADO

Portilla Mediavilla L.; Martínez Rodríguez R.; Miralles Ayuso S.; González Montesinos M.; Polvorinos García L.; Sánchez Estébanez E.; Alonso Fernández D.; Rodríguez Tesedo V.; Cepeda Delgado M.; Amón Sesmero JH
HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Objetivos:

Evaluar la ratio neutrófilo-linfocito como factor predictor de respuesta al tratamiento con terapia BCG intravesical, en tumores vesicales no musculo-invasivos de alto grado.

Material y métodos:

Analizamos pacientes sometidos a instilaciones con BCG entre marzo de 2015 y 2018. De los 42 pacientes iniciales, analizamos únicamente aquellos con tumores primarios e iniciales (AGTa/T1) intervenidos en nuestro centro y de estirpe urotelial pura.

Instilamos dosis completa de BCG (81mg) con pauta de inducción (6 dosis) y mantenimiento (9 dosis) durante un año.

Se recoge edad, sexo, anatomía patológica, CIS asociado, y Ratio neutrófilo/linfocito (RNL) previa al tratamiento.

Definimos respuesta al tratamiento como ausencia de recidiva y/o progresión. Se recoge tiempo libre de enfermedad (hasta recidiva) y la anatomía patológica de la misma.

Se realiza curva de supervivencia y análisis estadístico mediante t de Student y Chi cuadrado.

Resultados:

Cohorte del estudio: 7 mujeres y 20 varones; edad media 67,6 años; 8 AGTa (29,6%) y 19 AGT1 (70,4%); 5 con CIS asociado (18,5%).

Diez pacientes sufrieron recidiva (37%) durante el seguimiento, con una mediana de tiempo hasta recidiva de 33,92 meses y una media de 13,5 meses; de los cuales 6 pacientes presentaron recidiva durante las instilaciones con BCG el primer año de seguimiento. Un 63% (17p) finalizaron el tratamiento completo sin signos de recidiva tumoral.

La media del RNL de los pacientes fue de 2,15, con una desviación típica de 1,16. El 40% de los pacientes con un RNL < 2,88 presentaron una recidiva, frente al 28,6% de los que tenían un RNL > 2,88.

En el análisis multivariante, no encontramos significación estadística entre la recidiva tumoral y los datos analizados.

Conclusión:

Pese a lo descrito en la literatura, no hemos encontrado significación estadística en la RNL como predictor de respuesta al tratamiento con BCG en tumores vesicales no musculo invasivos. El carácter retrospectivo del estudio y el limitado tamaño muestral obligan a considerar los resultados con cautela.

V-8

XXII Congreso ACLU. Ávila. 2019. 18 y 19 de Octubre de 2019

Presentación: Vídeo

Linfadenectomía laparoscópica en tumor vesical músculo invasivo.

Martínez Rodríguez,R.; Rodríguez Tesedo,V.; Miralles Ayuso,S; Alonso Fernández,D; Ruiz Serrano, M; Amon Sesmero, H

Hospital Universitario Río Hortega

Presentamos la linfadenectomía laparoscópica en paciente con tumor vesical músculo invasivo. Límites anatómicos y técnica quirúrgica son expuestos.

DISTORSIÓN ANATÓMICA EN LA CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA SECUNDARIA A MÚLTIPLES PLASTIAS VAGINALES

Mediavilla Díez, E.; Gala Solana, L.; Romaní Castro, R.; Pascual Fernández, A.; Godoy Alvaro, J.E.; Adriazola Semino, M.A.; Campanario Pérez, F.

Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del carcinoma vesical infiltrante es la cistectomía radical, cuya realización se puede ver dificultada por cirugías vaginales previas en las mujeres

CASO CLINICO

Presentamos el caso de una paciente de 59 años de edad con antecedentes de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, histerectomía vaginal, dos plastias vaginales anteriores y una plastia vaginal posterior, que es diagnosticada de un tumor vesical infiltrante en una RTU-V previa.

RESULTADOS

Tras recibir quimioterapia neoadyuvante, la paciente es intervenida de cistectomía radical y apendicectomía radical laparoscópica precisando un cierre vaginal abierto debido a la fibrosis y reducido tamaño del remanente vaginal; observándose posteriormente una buena evolución postoperatoria (cinco días de estancia postoperatoria) y sin presentar complicaciones tempranas.

El estudio anatomopatológico mostró un Carcinoma urotelial papilar y sólido multifocal que infiltra la muscular propia hasta el tejido blando perivesical. Metástasis de carcinoma en 2/31 ganglios. pT3b N2

CONCLUSIONES

En ocasiones el cierre laparoscópico del muñón vaginal durante una cistectomía puede ser dificultoso. En dichos casos el cierre vaginal del mismo es una buena opción exenta de mayor morbilidad.

Exeresis laparoscópica de leiomioma paravesical

Ulloa Espinel, J.M.; Avilleira García,L.; Becerra Piñero,R.; Herrero López,L.; Moya Villalvilla,I.; Bermúdez Villaverde.R.
Hospital general de Segovia

Introducción y objetivos:

El leiomioma vesical es un tumor mesenquimal benigno, derivado del músculo liso. Puede localizarse en cualquier órgano que presente músculo liso, siendo más frecuente en piel, útero, retroperitoneo, aparato digestivo y aparato urinario.

Describimos mediante vídeo la técnica laparoscópica empleada, en el Hospital General de Segovia para la realización de la exéresis de una lesión paravesical, compatible en el estudio de anatomía patológica con un leiomioma en un paciente que presentó concomitantemente un Ca urotelial no infiltrante.

Materiales y métodos:

Técnica:

Colocación de 5 trocares en forma de abanico. Se realiza neumoperitoneo.

Una vez descolgada la vejiga se accede y desarrolla el espacio de Retzius.

Se localiza una lesión encapsulada de aproximadamente 6 cms adherida a la cara lateral derecha, se realiza disección de la lesión la cual impresiona en contacto con el detrusor sin llegar a infiltrar el mismo. Se envía a anatomía patológica para muestra intraoperatoria, siendo el resultado de la anatomía patológica una lesión de origen muscular de poca agresividad.

Se realiza síntesis del lecho quirúrgico mediante sutura continua barbada, se comprueba la estanquidad vesical y se procede a la realización de linfadenectomía ilio-obturatriz, colocación de drenaje del Blake 15 y posterior realización de biopsias vesicales múltiples.

Resultados:

No se evidenciaron complicaciones perioperatorias, permitiendo una retirada temprana tanto del drenaje como de la sonda vesical.

La anatomía patológica de la pieza confirma el hallazgo de leiomioma no infiltrante.

Las biopsias vesicales presentan un hallazgo de Ca urotelial de bajo grado en una de las muestras.

Conclusiones:

La exéresis laparoscópica de lesiones paravesicales según la técnica descrita es una técnica segura y eficaz para la resolución de leiomioma paravesicales.

VIGILANCIA ACTIVA DE TUMORES DE RIÑÓN INFERIORES 4 CM

Adriazola Semino, M.A.; Gala Solana, L.; Pascual Fernández, A.; Romaní Castro, R.; Godoy Álvaro, J.; Mediavilla Díez, E.; Campanario Pérez, F.

Servicio de Urología. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de los tumores renales se ha incrementado en las últimas décadas debido en parte a la mayor disponibilidad e indicación de pruebas radiológicas (ECO, TAC y RMN), diagnosticándose tumores de menor tamaño y en etapas más precoces. La cirugía es la opción terapéutica más habitual, lo que conduce a desconocer la historia natural de los tumores renales de tamaño inferior a 4 cm.

OBJETIVO

Analizar la historia natural de los tumores renales de tamaño inferior a 4 cm y quistes complejos, incluidos en programa de vigilancia activa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión de pacientes con rango de edades entre los 65 y los 90 años diagnosticados de masa renal de tamaño igual o inferior a 4 cm y de quistes complejos en el período 2009-2018. Todos los pacientes presentaban pluripatología asociada y estaban incluidos en el programa de vigilancia activa.

RESULTADOS

Se incluyeron en el programa de vigilancia activa un total de 18 pacientes. De ellos, 10 presentaban tumores en el riñón derecho y 8 en el riñón izquierdo.

La distribución de los pacientes según permanencia en el programa de vigilancia activa fue la siguiente:

Nº de pacientes	Nº de años en PVA
2	≥10
4	5
4	4
4	3
4	>1-2

En ninguno de los pacientes hubo aumento sustancial de las masas ni progresión de la enfermedad.

COMENTARIOS

En nuestra revisión de 18 pacientes, dos de ellos con seguimiento superior a 10 años, no se ha comprobado progresión de la enfermedad, por lo que la vigilancia activa de los tumores de riñón en pacientes de edad avanzada y con patología asociada, debe ser una conducta a tener en cuenta como opción terapéutica.

Abordaje laparoscópico de los feocromocitomas adrenales.

Valverde-Martínez, S.; Martín-Hernández, M.; Grinard-de-León, E.; Polo-López, C.; Prieto-Nogal, S.; Fraile-Sáez, A.*; Campos-Lobato, L.*; López-Guzmán y Guzmán, A.*; Gómez-Tejeda, LM.

*Servicio de Urología. *Servicio de Endocrinología. Complejo Asistencial de Ávila.*

Introducción

La adrenalectomía laparoscópica se ha convertido paulatinamente en la principal alternativa de tratamiento de las masas suprarrenales, debido a su eficacia y seguridad. Las masas suprarrenales de gran tamaño y de características malignas, así como, el feocromocitoma sin importar su tamaño, continúan siendo un reto quirúrgico para la cirugía laparoscópica. Presentamos el manejo de esta patología por parte del equipo de nuestro hospital y los resultados de nuestra serie.

Material y Métodos:

Serie de casos de 6 pacientes intervenidos de feocromocitoma adrenal por vía laparoscópica entre enero de 2014 y octubre de 2018. Edad media 65,4 años. IMC medio: 27,6 (21-32). Mediana del riesgo de ASA y del índice de Charlson fue de 2 en ambos. Tamaño medio: 5,8 cm (4,2-7,5). Lado: tres izquierdos y tres derechos. Se inicia bloqueo alfa-adrenérgico durante 2-4 semanas y bloqueo beta-adrenérgico 5-7 días antes de la cirugía.

Resultados:

Tiempo de extracción de la pieza 86 minutos (80-120). Sangrado medio 160cc (50-210). Tiempo medio intraoperatorio 118 min (110-140). Mediana de estancia postoperatoria 2 días (2-4). Complicación Clavien I en 1 paciente, el resto sin complicaciones. Supervivencia del 100%. En los controles no presentan recidivas.

Conclusiones:

Este tipo de procedimientos presentan su grado de complejidad y está recomendado realizarlo en centros con experiencia laparoscópica. Al ser un abordaje mínimamente invasivo el paciente se beneficia de todas sus ventajas. La presencia o sospecha de un feocromocitoma no debe ser contraindicación para el abordaje laparoscópico de la glándula suprarrenal. El trabajo en equipo es fundamental. Primero un diagnóstico idóneo y la preparación farmacológica por Endocrinología. Debe existir un exhaustivo control anestésico, así como, una cuidadosa disección de la glándula intentando evitar la excesiva manipulación de esta.

Análisis del manejo y seguimiento en los tumores del tracto urinario superior en nuestro centro.

Domínguez Fernández, M.H.; Rivero Cárdenas, A.; Montero Torres, J; Blanco Martín, E; Alcubilla García, L.; Gutiérrez Minguez, E

Hospital Universitario de Burgos

En los últimos años el tratamiento conservador en los tumores de tracto urinario superior ha aumentado considerablemente gracias a las modificaciones en las guías clínicas y el avance de los medios técnicos. Para poder llevar a cabo el tratamiento de manera fiable es necesario, siempre que sea posible, un correcto abordaje endoscópico para conseguir un correcto estadiaje.

Objetivo: Analizar el manejo de los TTUS en nuestro hospital y los resultados obtenidos.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un análisis retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de TTUS entre los años 2012 y 2018. En todos los casos se realiza un primer abordaje endoscópico realizándose nefroureterectomía en los de alto grado o > T1, el resto entran en protocolo de estricto seguimiento mediante rebiopsia a los 3 meses y posterior revisión endoscópica y citologías cada 6 meses.

Resultados: Se presenta una muestra de 30 pacientes con una primera biopsia de Ta en el 55%, T1 en el 30%, T2 en el 10% y CIS en el 5%. De los de bajo grado que entran en protocolo de seguimiento (n=18), 4 presentaban citologías positivas y el resto negativas. Cinco pacientes presentaron rebiopsia positiva o progresaron, saliendo del protocolo de vigilancia endoscópica. De los 13 pacientes restantes el 38% presentó recidivas de bajo grado tratadas endoscópicamente, entre estos casos tenemos 2 monorrenos, 2 síndromes de Lynch y una enfermedad renal crónica. La media de tamaño del tumor abordada endoscópicamente era de 2.26 cm. Las cirugías fueron 95 % RIRS y 5 % NLP. El 22.2% de los pacientes estaban diagnosticados previamente de neoformación vesical y el 44.4% debutó con una uropatía obstructiva. El tiempo medio de seguimiento de los pacientes es de 24.25 meses con un tiempo medio entre revisiones de 7.49 meses.

Conclusión: Llevar a cabo una adecuada selección de los pacientes diagnosticados de TTUS que pueden entrar en el protocolo de vigilancia endoscópica permite la conservación de la unidad renal mientras que se demuestre la ausencia de criterios iconográficos o anatomopatológicos que obliguen a pasar a un tratamiento activo.