



SIMPOSI SCU

DIVENDRES 31 DE MARÇ DE 19 A 20:30 H

SALA 3

PÒSTERS 3 (P22-P32)

Moderadors:

X. Bonet

D. Lorente

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00155

Utilitat de la màquina de perfusió hipotèrmica en la preservació de ronyons obtinguts en donants en assistència controlada (Maastricht III)

RAUL COCERA RODRIGUEZ¹, MARIA FIOL RIERA¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, ALONSO NARVÁEZ BARROS¹, LLUIS RIERA CANALS¹, JOSÉ FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, JAIME FERNANDEZ-CONCHA¹, FRANCESC VIGUES JULIA¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció

Existeix evidència científica dels beneficis de la preservació renal mitjançant Màquina de Preservació Hipotèrmica (MPH) i la seva utilitat està demostrada en escenaris concrets. En empelts procedents de donants en assistència la MPH sembla disminuir el percentatge d'empelts amb funció renal retardada (FRR) i podria disminuir la taxa d'empelts no funcionants (NF).

Analitzem la incidència de FRR i els requeriments d'hemodiàlisi en els nostres empelts de donants Maastricht III, en relació al tipus de preservació emprada: emmagatzematge en fred vs MPH.

Material i mètodes

Des de la implantació al nostre centre del programa de donació en assistència controlada en l'any 2013 fins al desembre del 2016, s'han realitzat al nostre hospital 58 trasplantaments amb empelts procedents de aquest tipus de donants (43 empelts extrets pel nostre centre i 15 rebuts d'altres centres). 39 empelts van ser emmagatzemats en fred a 4t (67.3%) i els 19 restants en MPH (32.7%). Hem analitzat el temps de isquèmia calenta funcional, el temps d'isquèmia freda, la necessitat d'hemodiàlisi (HD), el nombre de sessions d'HD i els dies d'ingrés.

Resultats

L'edat mitjana dels donants és de 61.43 ± 11.34 (rang: 27-78), i la dels receptors de 61.32 ± 12.74 a. (Rang: 24-81), sense diferències per a ambdós tipus de preservació renal.

La isquèmia calenta funcional va ser per a la preservació en fred de 23.76 minuts (rang 10-60) de mitjana i per MPH de 22.11 (rang: 12-68).

El temps d'isquèmia freda va ser superior en preservació amb MPH (1145.2 ± 422.24 minuts) que en emmagatzematge en fred (725.45 ± 474.31 minuts) ($p = 0.0125$). No trobem diferències significatives en els dies d'ingrés amb una mitjana de 14.1 ± 7.83 en emmagatzematge en fred i de 12 ± 3.78 a MPH ($p = 0,0922$).

No hi va haver diferències significatives ($p = 0.92$) pel que fa al requeriment de diàlisi amb 20 pacients en el grup de preservació en fred (51%) i 9 en el grup de MPH (47%), però el nombre de sessions de HD va ser superior en aquells empelts emmagatzemats en fred amb una mitjana de 4.45 ± 3.63 sessions que en aquells preservats en màquina 1.7 ± 1.05 sessions ($p = 0.0022$).

En la nostra sèrie es van evidenciar 2 perdudes d'empelt precoços per trombosi venosa, ambdues en el grup d'emmagatzematge en fred.

Conclusions

En la nostra experiència la preservació renal mitjançant MPH en un escenari de donació en assistència controlada millora la funció inicial de l'empelt reduint el nombre de sessions d'HD quan es produeix un retard a l'inici de la funció de l'empelt.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00167

RESULTADOS DE NUESTRO PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA

LAIA PUJOL¹, MARIA FIOL¹, LLUÍS RIERA¹, RAUL COCERA¹, NARCÍS CAMPS¹, ANNA MANONELLES¹, EVA OLIVÉ¹, EDOARDO MELILLI¹, FRANCESC VIGUÉS¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción

En 2013 se instauró en nuestro centro la donación en asistolia controlada tipo Maastricht III (MIII) como respuesta a la necesidad de aumentar el pool de donantes. En el trasplante renal (TR) se ha visto que las tasas de función retardada del injerto (FRI) y de no función primaria (NF) son mayores que las observadas con injertos de donantes en muerte encefálica. En junio de 2015 se introdujeron cambios organizativos con finalidad de crear un escenario que permitiera minimizar el tiempo de isquemia fría (TIF).

Objetivo

El objetivo es analizar los resultados de los TR de donantes MIII de nuestro centro.

Material y **métodos**
Hemos hecho un estudio descriptivo retrospectivo observacional de 58 TR MIII realizados entre septiembre de 2013 y diciembre de 2016. 43 riñones fueron extraídos en nuestro centro y 15 procedían de otros centros. El tiempo medio de isquemia caliente funcional fue 24'30 minutos (10-75) y 19 riñones se preservaron en MPH. Sólo 15 casos fueron extracciones multiorgánicas y de éstas 7 se realizaron con NECMO.

Resultados

La edad media de los donantes fue 61'43 años (27-78) y 43'1% eran hipertensos. La edad media de los receptores fue 62 años (24-81), el 84'5% se trataba de un primer TR y 10'3% eran hipersensibilizados. La pauta inmunosupresora más empleada fue: timoglobulina, corticoides, micofenolato mofetilo e inicio diferido del anticalcineurínico. El TIF medio fue 14'66±7'8h. (2'68-28'16h.). 30 pacientes (51%) presentaron FRI, definida como necesidad de HD, con una media de 3'27 sesiones de HD, el 33'3% requirieron una única sesión. La tasa de NF fue 0%. Se produjeron 6 fracasos del injerto: 2 por trombosis venosa y 4 por éxitus del paciente, 3 en el postoperatorio y 1 en el seguimiento. El tiempo medio de ingreso fue de 13'4 días (7- 40). Con un tiempo medio de seguimiento de 13'1 meses (1'3-100'5) la supervivencia del injerto es del 89'6% siendo la creatinina media a los 6 meses de 149'6µmol/l.

Conclusión

Los riñones de donantes MIII son una excelente fuente de órganos con buenos resultados funcionales a corto y medio plazo. Minimizar el TIF es fundamental para conseguir resultados satisfactorios.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00169

Trasplante renal de donante vivo. ¿ la elección del riñón derecho del donante comporta una mayor morbilidad quirúrgica en el receptor ?

CRISTINA FERREIRO PAREJA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, JOSÉ FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, MARIA FIOL RIERA¹, MARIO ALONSO NARVÁEZ¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, RAÚL COCERA RODRÍGUEZ¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

La nefrectomía laparoscópica del donante vivo (NLDV) está consolidada en la mayoría de los programas de trasplante renal de donante vivo. Existe consenso en que la elección del riñón derecho (RD) comporta una mayor dificultad técnica tanto en la nefrectomía como en el implante. Según datos de la ONT, en España la utilización del RD no supone más del 10%.

Nuestro objetivo es analizar si la utilización del RD extraído mediante laparoscopia ha comportado en nuestra serie un aumento de morbilidad quirúrgica en el receptor.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo sobre los TRDV realizados entre noviembre de 2006 y diciembre de 2016 en nuestro centro.

Se han realizado 197 NLDV, 35 de RD (17,7%) y 162 de riñón izquierdo (RI). La técnica fue laparoscópica en todos los casos y la extracción a través de incisión ilíaca. La elección del RD fue por arterias múltiples y/o bifurcación precoz en 19 casos (54.2%), menor función en 8 casos (22.8%) o anomalías anatómicas en otros 8 casos (22.8%). El clampaje arterial y venoso se realizó mediante hem-o-loks en el RI y la sección de la vena renal derecha mediante EndoTA.

RESULTADOS

Hemos tenido 9 complicaciones vasculares (4.5%): 2 trombosis de la arteria renal (1%) (1 RD, 1 RI), 4 estenosis de la arteria renal (2%) (1 RD, 3 RI), una trombosis venosa (0,5%) (RD) y 2 pseudoaneurismas micóticos ilíacos (1%) (2 RD). Otras complicaciones de la serie han sido: 3 urinarias (1.5%), 7 linfáticas (3.5%) y 3 reintervenciones por sangrado (1.5%).

Ambos pseudoaneurismas micóticos se presentaron en receptores ABO incompatibles en un contexto de infección nosocomial al mes y a los dos meses del trasplante, por lo que esta complicación la hemos obviado en el momento de realizar el análisis estadístico al considerarla no relacionada con la lateralidad.

Del total de complicaciones vasculares, la diferencia entre RD y RI no es estadísticamente significativa ($p=0,095$). Tampoco lo son por separado la trombosis arterial ($p=0,310$), la estenosis de arteria renal ($p=0,526$) y la trombosis venosa ($p=0,169$). Tampoco hemos encontrado diferencias significativas en el resto de complicaciones quirúrgicas de nuestra serie.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, la elección del RD comporta una mayor exigencia quirúrgica en la nefrectomía y especialmente en el implante. En los candidatos a la donación renal es fundamental una detallada valoración de su anatomía vascular renal, y en el caso del RD, en especial de la vena renal. Obtener una máxima longitud venosa tanto durante la nefrectomía como durante la preparación del riñón en banco, son fundamentales para facilitar el implante. En nuestra serie, la utilización del RD no ha influido significativamente en un aumento de complicaciones quirúrgicas.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00173

Experiència inicial i resultats en transplantament renal de donants en assistència controlada

ORIOI CALAF PERISÉ¹, JOAN AREAL CALAMA¹, ANNA COLOMER GALLARDO¹, CARLES GONZÁLEZ SATUÉ¹, LUIS IBARZ SERVIO¹

1) Dept Urologia, Hospital Germans Trias i Pujol

INTRODUCCIÓ:

És coneguda la disminució progressiva de donants en mort encefàlica en els últims anys. Gràcies als donants amb criteris expandits, donant viu i, més recentment, donants a cor parat, hi ha hagut un increment en el nombre de transplantaments renals.

La donació en assistència controlada (Tipus III de la classificació de Maastricht) amb extracció ultra ràpida, és una font emergent d'empelts en el nostre programa de transplantament renal. Existeix un major temps d'isquèmia calenta en aquests empelts que causa una major taxa de funció retardada de l'empelt. No existeix consens actualment sobre la influència d'aquest tipus de donants en la funció renal a llarg termini i la supervivència global i de l'empelt.

MATERIAL I MÈTODES:

Hem inclòs en aquest estudi els nostres primers 21 donants en assistència controlada (oct 2014-maig 2016). Edat mitja 60 anys, 45% homes i 55% dones, BMI 27,5 [20,4-39,5], creatinina sèrica mitja 0,61mg/dl. 13 d'aquests tenien criteris expandits.

Vàrem realitzar 34 transplantaments en 34 pacients, sota règim d'inmunosupressió amb inducció amb Timoglobulina i manteniment amb Tacrolimus, Micofenolat i Prednisona.

RESULTATS:

L'Edat mitja dels pacients és de 58,3 anys [30-77], 67% homes i 33% dones. 31 d'ells en hemodiàlisi, 2 en diàlisi peritoneal i un prediàlisi des de 48 mesos de mitja.

Es va registrar una mitja de 12,1 minuts d'isquèmia calenta funcional [9-23 min], 18 minuts d'isquèmia calenta total [14-27 min] i 6,3 hores d'isquèmia freda [3-11h]. Es va detectar un 37% de funció retardada de l'empelt, segons la necessitat de diàlisi durant la primera setmana postoperatòria.

Les complicacions quirúrgiques inclouen 1 reintervenció per sagnat, 2 dehiscències de sutura de paret abdominal, 2 transfusions i 2 limforrea persistent. S'han registrat 2 rebuigs aguts i 2 èxits durant un seguiment de 14,1 mesos [6-24m].

CONCLUSIONS:

Existeix una major taxa de funció retardada de l'empelt en comparació als donants en mort encefàlica (37% vs 15% segons la nostra sèrie) però no hem trobat diferències estadísticament significatives en relació a la funció renal de l'empelt a l'any. Els donants tipus III de Maastricht s'han consolidat com una font fiable addicional d'empelts en la nostra institució

ID: 00179

TUMOR VESICAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS: SEGUIMIENTO, MANEJO Y COMPLICACIONES

FERNANDO DIAZ FERNANDEZ¹, IGNASI GALLARDO¹, AINA SALAZAR NAVARRO¹, ADRIAN TORRES¹, MERCE CUADRAS¹, ENRIC MIRET ALOMAR¹, RICARDO LOPEZ DEL CAMPO¹, CARLOS GASANZ¹, CARLES RAVENTOS¹, FERNANDO LOZANO¹, JUAN MARIA BASTAROS¹, ALBERT CARRION¹, JUAN MOROTE¹

1) HOSPITAL VALL D'HEBRON

Objetivo:

El trasplante renal se ha asociado al incremento del tumor vesical. En el trabajo presente llevamos a cabo una revisión descriptiva de pacientes trasplantados de órgano sólido que desarrollaron posteriormente cáncer de vejiga de novo.

Métodos:

Identificados 14 pacientes con historia de cáncer de vejiga de novo sometidos a trasplante de órgano sólido. Presentamos datos clínicos, demográficos y oncológicos de dichos pacientes. Recogemos también información sobre el tratamiento recibido, así como las complicaciones secundarias al mismo.

Resultados:

Del total, 12 de ellos recibieron trasplante renal, uno bipulmonar y otro hepático.

Todos agrupables por hábito tabáquico tanto activos como exfumadores lamentando las limitaciones del valor de paquetes x año en un análisis retrospectivo. Con una media de edad de 58 años al diagnóstico de BCa. El 14 % mujeres y el 86 % varones. Todos, excepto uno asiático, son de etnia caucásica. La manera más frecuente de presentación e indicio de sospecha de tumor vesical fue la hematuria macroscópica.

El tiempo medio de aparición del cáncer es de 44.2 meses desde el trasplante, sin diferencias en músculo infiltrantes (MIBCa) o no (NMIBCa), teniendo en cuenta que los MIBCa presentan una distribución muy heterogénea con hasta 220 meses como límite superior. El 50% de los BCa fueron MIBCa.

De los pacientes que cumplieron criterios de instilación de BCG, 3 en total, ninguno presentó sepsis. 2 de ellos recidivaron sabiendo que 1 de ellos no recibió el total de instilaciones por intolerancia.

El 50% del total recidivaron con un tiempo medio de 28.8 meses y de éstos el 14% progresó.

Se registraron 3 muertes (21%), todas ellas en MIBCa y de causa tumoral, acontecidas en el primer año desde el diagnóstico.

Conclusión:

El seguimiento en los pacientes postrasplantados y mantener un elevado índice de sospecha ante hematuria micro o macroscópica debe ser tenido en cuenta.

Cabe destacar que todos los casos de exitus acontecieron en MIBCa, y se dieron en el primero año desde el diagnóstico.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00223

DONACIÓ EN ASISTÈNCIA CONTROLADA EN EL NOSTRE CENTRE (MAASTRICHT III). EFICÀCIA DEL NOSTRE PROGRAMA

MARIA FIOL RIERA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, RAÚL COCERA RODRÍGUEZ¹, VIRGINIA MARTÍNEZ BAREA¹, ARIEL TANGO BARRERA², ORIOL BESTARD MATAMOROS², FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Urologia, Hospital Universitari de Bellvitge 2) Nefrologia, Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció

La donació en parada circulatòria controlada (DCDc) s'inicia com a resposta a la necessitat d'augmentar el número d'òrgans per al trasplantament renal. L'extracció en aquests donants requereix rapidesa i eficiència per aconseguir menors temps d'isquèmia calenta, factor que s'ha associat a la supervivència de l'empelt.

El nostre objectiu és analitzar el procediment i l'efectivitat de les extraccions dutes a terme en el nostre centre, així com analitzar les característiques dels donants.

Material i mètodes

Des de la implantació del programa de DCDc amb donació renal i hepàtica el 2013 en el nostre hospital, fins a desembre de 2016, s'han realitzat 31 extraccions, essent 10 multiorgàniques (32,26%) i 21 només renals (67,64%). En el nostre protocol, la limitació del suport vital es realitza en el quiròfan, la canulació és sempre post mortem i la tècnica d'extracció, superràpida. Des d'octubre de 2015, si les extraccions són multiorgàniques, es realitza prèviament circulació extracorpòria normotèrmica (NECMO).

Hem analitzat les característiques dels donants així com el percentatge de ronyons no implantats i les causes que han motivat el rebuig dels mateixos.

Resultats

Amb una edat mitja dels donants de $60,71 \pm 13,54$ (27 – 76), un 58,06% són majors de 60 anys. Com a causes de limitació de l'esforç terapèutic, l'accident cerebrovascular representa un 38,71% i l'encefalopatia anòxica com a conseqüència d'un problema respiratori, un 48,38%. La creatinina pre-extracció dels donants va ser de $96,25 \text{ mmol/L} \pm 84,46$. La isquèmia calenta funcional de les extraccions de $22,87 \pm 13$ min (10 – 68). Es rebutjaren 14 ronyons (22,58%); els motius de rebuig foren: mala perfusió en 3 casos, tumor renal en 2 casos, SCORE desfavorable en 3 casos, lesió vascular en 1 cas, i per aspecte macroscòpic en 2 casos. En una extracció (multiorgànica/NECMO), es va produir una lesió accidental intestinal, que va obligar a finalitzar el procediment.

El percentatge de les extraccions en què finalment es realitzà com a mínim un trasplantament per donant va ser de 83,87% (26); mentre que la proporció d'implant renal per unitats renals disponibles va ser de 77,42% (48).

Conclusions

Amb una alta rentabilitat de les extraccions de donants en assistència, es planteja aquest programa com una opció factible per ampliar el pool de donants d'òrgans a la nostra àrea.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00235

TR DE DONANT PEDIÀTRIC EN BLOC. PRESENTACIÓ D'UN CAS

MARC COSTA PLANELLS¹, ALBERT FRANCÉS COMALAT¹, BLANCA GASA GALMES¹, ESTER RUZ SAUNIE¹, MARINA MUNARRIZ POLO¹, JOSÉ MARÍA ABASCAL JUNQUERA¹, LLUÍS FUMADÓ CIUTAT¹, CRISTINA CÁMARA MORENO¹, ROY A RODRÍGUEZ MALATESTA¹, ALEJANDRO GARCÍA LARROSA¹, ALFREDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ¹, GLORIA NOHALES TAURINES¹, LLUÍS CECCHINI ROSELL¹

1) Hospital del Mar

INTRODUCCIÓ

Presentem el cas d'un varó de 45 anys, en hemodiàlisi des de gener del 2015 per IRC terminal de causa no filiada, al que se li realitza TR de donant pediàtric en bloc.

MATERIAL I MÈTODES

Pacient inclòs a la llista d'espera de TR des d'abril del 2015, sense transplantaments renals previs, amb ronyó en ferradura atròfic i amb vasos ilíacs sense ateromatosi. Rebem d'un altre centre 2 ronyons en bloc de donant pediàtric de 18 mesos (8 cm de longitud cadascun). Es porta a terme cirurgia de banc realitzant sutura continua d'extrem proximal d'Artèria Aorta i V. Cava. Es realitza implant dels ronyons en bloc amb anastomosi de vena cava de l'empelt a vena ilíaca externa i d'artèria aorta de l'empelt a artèria ilíaca externa. Es realitza anastomosi ureteral tipus Wallace I per a ambdós urèters i Lych-Greoir amb 2 contínues de Monocry 4/0 prèvia col·locació de catèters ureterals doble J 4.8 ch.

El pacient presenta un postoperatori sense complicacions i és donat d'alta als 7 dies de postoperatori amb una creatinina de 1.40mg/dl. Actualment, el pacient es troba amb xifres de creatinina en torn a 1-1.10mg/dl i sense complicacions urològiques ni immunològiques. La ECO de control mostra creixement en torn a 1.5 cm dels dos ronyons implantats en bloc des de la cirurgia (9.2 i 10cm actualment).

DISCUSSIÓ.

El TR de ronyons pediàtrics en bloc és una alternativa viable al transplantament de donant cadàver amb resultats a llarg termini equiparables a aquest i inclús apropant-se al TR de donant viu.

Precisa d'una tècnica quirúrgica molt acurada de l'anastomosi arterial i venosa sent la trombosi arterial la complicació més freqüent produint pèrdua de l'empelt superior a la del donant cadàver a curt termini. És molt important també la selecció de receptors, especialment per les dificultats tècniques de l'anastomosi, per tant es prioritzen pacients joves, no obesos i sense ateromatosi.

El donant pediàtric de ronyons en bloc ha de tenir una sèrie de característiques molt determinades pel que fa a pes (menor de 15kg), edat (menys de 5 anys) i mida renal (menor de 6 cm) segons l'evidència de que disposem. La tendència actual però, és acceptar ronyons més petits i de donants més joves per a transplantament de ronyó únic. S'ha comprovat que hi ha un creixement renal adoptant les necessitats del receptor durant 18 mesos que arriba quasi a equiparar la mida a la d'un ronyó adult.

CONCLUSIONS.

El TR de donant pediàtric en bloc és una alternativa molt vàlida i amb llarga vida de l'empelt. Precisa d'un maneig molt acurat de la tècnica quirúrgica i la selecció de donant i de receptor. A mesura que es disposi de nova evidència respecte a la viabilitat dels ronyons pediàtrics individuals s'aniran ampliant les indicacions de TR de ronyó pediàtric únic.

Àrea temàtica: Altres

Tipus: Pòster

Número: P29

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00156

Uso de prótesis endovasculares en el manejo de fistulas ureteroiliacas: Tres nuevos casos.

JOSÉ D SUBIELA HENRIQUEZ¹, ANDREA BALLA², JESÚS BOLLO², JAUME F DILMÉ³, BEGOÑA SOTO CARRICAS³,
EDUARD M TARGARONA², JOAN PALOU¹, HUMBERTO VILLAVICENCIO¹

1) Departamento de Urología Fundació Puigvert 2) Unidad de Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 3) Departamento de Cirugía Vasculat. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Introducción: Las fistulas ureteroiliacas representan una complicación poco común, existiendo alrededor de 150 casos descritos en la literatura médica. Esta condición se ha asociado a pacientes con determinados factores de riesgo como cirugía abdominal o pélvica, radioterapia, portadores de catéteres ureterales permanentes y patología arterial periférica. El objetivo del presente reporte es exponer nuestra experiencia en el manejo de la fistula ureteroiliaca.

Métodos: Se analizaron de manera retrospectiva tres casos de fistula ureteroiliaca que se presentaron en nuestro centro y que fueron tratados mediante la colocación de prótesis endovasculat.

Resultados: Los pacientes fueron admitidos en urgencia por hematuria masiva, todos presentaban antecedente de cistectomía radical con derivación urinaria (2 conducto ileal y 1 neovejiga tipo studer), en los tres pacientes se reconocieron factores de riesgo comunes como la colocación de catéteres ureterales y radioterapia. El diagnóstico fue realizado mediante tomografía computarizada y arteriografía. Posteriormente, se llevó a cabo la colocación de prótesis endovasculat con la consecuente desaparición de la hematuria de manera inmediata en los tres casos. Todos los pacientes necesitaron de trasfusión de hemoderivados y la estancia hospitalaria media fue de 7,5 días. En ninguno de los casos se presentaron complicaciones asociadas al procedimiento.

Conclusión: Las fistulas ureteroiliacas deben ser tomadas en cuenta como diagnóstico diferencial en pacientes con hematuria masiva y factores de riesgo asociados. El tratamiento endovasculat es factible y seguro permitiendo el cese de la hematuria de manera inmediata, no obstante, deben llevarse a cabo estudios adicionales que permitan evaluar los resultados a largo plazo.

Àrea temàtica: Altres

Tipus: Pòster

Número: P30

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00178

SINDROME IRRITATIVO MICCIONAL CRONICO EN VARON JOVEN: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ENFERMEDAD NEOPLASICA A LA INFECCIOSA.

FERNANDO DIAZ FERNANDEZ¹, IGNASI GALLARDO¹, AINA SALAZAR NAVARRO¹, ADRIAN TORRES¹, MERCE CUADRAS¹, ENRIC MIRET ALOMAR¹, RICARDO LOPEZ DEL CAMPO¹, CARLOS GASANZ¹, LUCAS REGIS¹, CARLES RAVENTOS¹, JUAN MARIA BASTAROS¹, FERNANDO LOZANO¹, JUAN MOROTE¹

1) HOSPITAL VALL D'HEBRON

El síndrome irritativo crónico puede ser de etiología funcional, obstructiva, neoplásica o infecciosa. Para el diagnóstico diferencial se pueden realizar pruebas complementarias tales como cultivos de orina, citologías, pruebas de imagen e incluso métodos endoscópicos. El objetivo de este trabajo ha sido revisar a partir de un caso el diagnóstico diferencial de síndrome irritativo crónico, hematuria y nocturia de meses de evolución en un varón joven, fumador. Con urocultivo negativo y ecografía que evidenció ectasia de la vía urinaria derecha sin causa obstructiva. El TC abdominal objetivó áreas de nefritis, dilatación panureteral derecha y adenopatías retroperitoneales. La citología fue negativa para células malignas y la cistoscopia mostró lesiones ulceradas. Paralelo al estudio de posible causa neoplásica, se le realizó un cultivo de orina en medio Lowenstein en el que creció *Mycobacterium tuberculosis*.

Discutiremos sobre la trascendencia actual de la tuberculosis genitourinaria en un paciente sin antecedentes "aparentes" epidemiológicos para la enfermedad, los medios diagnósticos y las posibilidades terapéuticas.

Àrea temàtica: Altres

Tipus: Pòster

Número: P31

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: de 19 a 20:30 h

ID: 00225

EFICÀCIA DE LA PROFILAXIS ANTIBIÒTICA I EL TIPUS DE LA DESINFECCIÓ INSTRUMENTAL EN LA CISTOSCÒPIA FLEXIBLE PER PREVENIR LA POSITIVITAT DE L'URINOCULTIU DESPRÉS DEL PROCEDIMENT.

ROGER FREIXA SALA¹, JOAN AREAL CALAMA¹, ANNA COLOMER GALLARDO¹, ROBERTO HUGO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ¹

1) Hospital Germans Trias i Pujol

Introducció i Objectius: Avaluar l'eficàcia de la profilaxis antibiòtica així com el procediment de desinfecció instrumental per prevenir infeccions del tracte urinari en pacients sotmesos a una cistoscòpia flexible. **Material i Mètodes:** Es va dur a terme un estudi prospectiu i aleatoritzat entre el Juny de 2015 i el Maig de 2016 que va incloure un total de 251 pacients que es van sotmetre a una cistoscòpia flexible a les consultes externes d'urologia. Els pacients portadors de catèters o aquells els quals se'ls realitzava una biòpsia de bufeta quedaven exclosos de l'estudi. Es va realitzar un urinocultiu a tots els pacients abans del procediment i després del mateix. La mostra es va aleatoritzar en dos grups diferents de pacients: Profilaxis antibiòtica (norfloxaci 400mg dos comprimits al dia durant dos dies) vs no profilaxis. Pel què fa als diferents tipus de desinfecció del material, aquests consistien en: adasport manual, òxid manual i rentavaixelles. També es van recollir característiques demogràfiques dels pacients com ara el sexe i l'edat d'aquests. Es va analitzar la relació entre la profilaxis antibiòtica, el tipus de desinfecció i les característiques demogràfiques amb el fet de tenir un urinocultiu positiu després de realitzar la cistoscòpia. **Resultats:** El cultiu d'orina d'abans del procediment va ser negatiu en 231 pacients (92.4%) i positiu en 19 pacients (7.6%); sent no valorable en 1 pacient. Després de l'aleatorització, 129 pacients es van incloure al Grup 1 (no tractament antibiòtic) i 117 es van incloure al Grup 2 (profilaxis antibiòtica), excloent els 5 pacients restants. Després del procediment el cultiu va ser negatiu en 224 pacients (91.1%) i positiu en 22 (8.9%). No es varen observar diferències significatives entre els resultats del cultiu abans i després de la cistoscòpia amb les característiques demogràfiques de la mostra. A més a més, tampoc es van observar diferències significatives entre la positivitats de l'urinocultiu i les diferents tècniques de desinfecció del cistoscopi dutes a terme ($p=0.7$), o entre l'urinocultiu i el tipus de tècnica de neteja amb o sense profilaxis antibiòtica ($p=0.5$, $p=0.9$)

Conclusions: Cap de les variables analitzades té influència sobre la positivitats del cultiu d'orina després de la realització d'una cistoscòpia flexible. La profilaxis antibiòtica de rutina no s'hauria de recomanar sistemàticament.

ID: 00227

DIAGNÒSTIC DIFERENCIAL DE MASSA A CORDÓ ESPERMÀTIC

C. MARINA MUNARRIZ POLO¹, BLANCA MONTCUSÍ VENTURA¹, BLANCA I. GASA GALMES¹, ESTER A. RUZ SAUNIE¹, MARC COSTA PLANELLS¹, NÚRIA JUANPERE RODERA¹, IGNACIO SÁNCHEZ¹, JOSE M. ABASCAL JUNQUERA¹, LLUIS CECCHINI ROSELL¹

1) Hospital del Mar, Barcelona

Objectius: presentar un cas poc habitual de massa al cordó espermàtic i el seu diagnòstic diferencial.

Hernia inguinal

Tumor paratesticular Benigne Lipoma

Tumor adenomatoide

Cistoadenoma

Maligne Sarcoma - 5 subtipus

Mesotelioma

Metàstasi

Hidrocele

Orquiepididimitis

Quist de cordó o d'epidídim

Hematocele

Mètode: es presenta el cas clínic d'un home de 59 anys que consulta a urgències per dolor inguinal dret d'un mes d'evolució que havia augmentat d'intensitat en els darrers dies, sense clínica digestiva oclusiva. Dels antecedents personals destaca l'exposició laboral a l'asbest. A l'exploració abdominal presenta una massa inguinal dreta de consistència elàstica, irreductible i molt dolorosa a la palpació.

Amb el diagnòstic de sospita d'hèrnia inguinal dreta encarcerada, s'indica intervenció quirúrgica urgent. Es realitza un abordatge obert per via preperitoneal i s'evidencia una massa al canal inguinal adherida al sac herniari i al cordó espermàtic, de 6cm, sol·licitant-se la valoració pel servei d'Urologia. Es tracta d'una massa de consistència tova i encarcerada a l'orifici inguinal profund. Es practica exèresi de la massa i hernioplastia. Postoperatori sense incidències.

L'estudi anatomopatològic revela un mesotelioma epitelial papil·lar amb infiltració del teixit connectiu i adipós; la immunohistoquímica expressió de calretinina i negativitat per a p53. Es completa l'estudi d'extensió amb una

tomografia computeritzada (TC) toraco-abominal que mostra extensa carcinomatosi omental i peritoneal; i una ecografia testicular que resulta normal.

El pacient inicia quimioteràpia de primera línia amb Cisplatí-Pemetrexed, presenta complicacions gastrointestinals i toxicitat hematològica, pel que es canvia la pauta a Carboplatí-Pemetrexed.

Als 5 mesos de la intervenció, continua amb el tractament quimioteràpic que ha aconseguit aturar la progressió de la malaltia.

Conclusions: es revisa del mesotelioma maligne com a causa de massa al cordó espermàtic.