

# XXI SIMPOSI SCU

BARCELONA, 13 I 14 D'ABRIL DE 2018

## VÍDEOS 3

(V17 - V24)

**DISSABTE 14 / 09:00-10:30 / AUDITORI**

**Moderadors:** Pilar Luque i Jacobo Arce

**Àrea temàtica: Litiasi**

**Número: V17**

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00260

## **DESCOMPRESIÓN ENDOSCÓPICA DE URETEROCELE Y EVACUACIÓN DE NICHOS LITIÁSICOS**

ORIOL CALAF PERISÉ<sup>1</sup>, CARLOS CASTILLO PACHECO<sup>1</sup>, LUIS IBARZ SERVIO<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

### **Introducción:**

La presencia de Ureterocele es una anomalía congénita poco frecuente. Se estima una incidencia de 1/4000. Hasta 7 veces más frecuente en sexo femenino, suele asociarse a duplicidad ureteral completa (80%) y habitualmente se da en el hemirriñón superior. Puede causar obstrucción de dicho hemirriñón, obstrucción mecánica del meato contralateral, reflujo contralateral (20%) o reflujo ipsilateral (50%) en el hemirriñón inferior caso de duplicidad ureteral completa. En la mayoría de los casos (80%) presenta una inserción ectópica en cuyo caso dicha unidad será hipofuncionante o displásica. La variante con inserción ortotópica suele ser de presentación más tardía y se asocia más frecuentemente a sistema único.

Clínicamente puede cursar de forma asintomática o puede comportar ITUs de repetición, dolor lumbar, formación de cálculos o síndrome miccional.

### **Material y Métodos:**

Se presenta el caso de una paciente que a raíz de dolor lumbar izquierdo se diagnostica de duplicidad ureteral completa izquierda, ureterocele ortotópico izquierdo con hidronefrosis secundaria del sistema superior y nicho litiásico distal.

Se procede a descompresión endoscópica del ureterocele mediante incisión con asa de Collins y posterior evacuación con ureterorenoscopia rígida de múltiples litiasis de nicho habitado distal del sistema del hemirriñón superior ureteral.

### **Resultados:**

La paciente presenta un curso postoperatorio correcto retirándose catéter ureteral a las 24h. En controles posteriores destaca ausencia de litiasis y desaparición de la hidronefrosis previamente descrita. La paciente refiere desaparición del dolor lumbar.

### **Conclusiones:**

El tratamiento del ureterocele asociado a complicaciones en la edad adulta basado en la descompresión mediante incisión suele ser de primera elección. La vía endoscópica nos permite en este caso la evacuación de múltiples litiasis ureterales. La necesidad de reintervención por recidiva es infrecuente así como la asociación con complicaciones perioperatorias.

**Àrea temàtica: Litiasi**

**Número: V18**

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00281

## **ECIRS CON URETEROSCOPIO DESECHABLE:TRATAMIENTO SINCRÓNICO BILATERAL**

LUCÍA MOSQUERA SEOANE<sup>1</sup>, ORIOL ANGERRI FEU<sup>1</sup>, ESTEBAN EMILIANI SANZ<sup>1</sup>, FRANCISCO M SÁNCHEZ MARTÍN<sup>1</sup>, FÉLIX MILLÁN RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, JOAN PALOU REDORTA<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

### **Introducción**

La litiasis coraliforme completa es una cirugía compleja, más si hay cálculos concomitantes en el uréter o en la pelvis renal contralateral. La cirugía endoscópica combinada intrarrenal es el tratamiento standard, utilizando el ureteroscopio flexible para ambos lados.

### **Métodos**

Para realizar la cirugía combinada bilateral y eliminar completamente las litiasis, usamos un ureteroscopio desechable flexible (Lithovue, Boston Sci) y un nefroscopio rígido y flexible. Se requieren dos láseres de Holmium (Ho) trabajando al mismo tiempo, en el mismo riñón o en diferentes unidades renales.

Los láseres de alta potencia se utilizan para la nefroscopia y la potencia media para el ureteroscopio desechable.

### **Resultados**

Tratamos un paciente de 55 años con una piedra coraliforme completa (6x4 cm) y una piedra ureteral distal derecha de 15x5 mm.

En la posición supina de Valdivia, realizamos una cistoscopia bajo anestesia general. Colocamos un catéter balón, para la oclusión ureteropélvica, de 6 fr / 75 cm / 0,4 ml. Manteniendo la posición supina se estableció el tracto percutáneo.

Se puncionó el cáliz inferior guiado por fluoroscopia usando la técnica de 0o a 90o.

Realizamos una segunda punción para mejorar el acceso a todo el riñón.

La dilatación se logró utilizando un dilatador con globo a 20 atmósferas de presión para acomodar una vaina de acceso percutáneo de 24 Fr.

Se insertó un nefroscopio de 18 Fr y se empleó una fibra de 1000 µm de láser Ho.

Se usó una energía de 5,5 J y 20 Hz.

Con láser de alta potencia, conseguimos fragmentos a través del acceso percutáneo. Mientras tanto, la ureteroscopia flexible (con otro láser) ayuda a tratar la unión ureteropélvica en el mismo riñón y luego a fragmentar la piedra del uréter contralateral.

Completamos la extracción de cálculos con una cestilla de Nitinol 4.5F.

Dejamos una nefrostomía de 18 Fr, un doble J bilateral y una sonda vesical, con mínima hematuria. El paciente fue dado de alta al 4o día.

### **Conclusión**

El tratamiento sincrónico bilateral puede realizarse de forma segura para el paciente y sin dañar el instrumental quirúrgico utilizando un ureteroscopio desechable flexible.

Àrea temàtica: Litiasi

Número: V19

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00267

## LÁSER HOLMIUM DE ALTA POTENCIA CON TECNOLOGÍA MOSES: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL

LAIA SABIOTE<sup>1</sup>, OLGA MAYORDOMO<sup>1</sup>, LUCIA MOSQUERA<sup>1</sup>, LUIS FLORES<sup>1</sup>, ESTEBAN EMILIANI<sup>1</sup>, KOEY KANASHIRO<sup>1</sup>, FRANCISCO SÁNCHEZ MARTÍN<sup>1</sup>, FÉLIX MILLÁN<sup>1</sup>, ORIOL ANGERRI<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

Láser Holmium de alta potencia con tecnología Moses:

Nuestra experiencia inicial

Dra. L. Sabiote, Dra. O. Mayordomo, Dra. Mosquera, Dr. Flores, Dr. E. Emiliani, Dr. K. Kanashiro, Dr. J. Sánchez Martín, Dr. F. Millán, Dr. O. Angerri

### OBJETIVOS

La litotricia con láser Holmium es actualmente el *gold standard* de la litotricia intracorpórea. Sin embargo, la retropulsión de los fragmentos litiásicos es un problema frecuente especialmente en litiasis ureterales. Lumenis ha desarrollado recientemente una nueva tecnología llamada Moses, que es capaz de controlar la emisión de energía láser en dos tiempos: Primero envía una pequeña porción de energía que al entrar en contacto con el agua forma una primera burbuja que separa el agua (efecto Moses); posteriormente emite el resto de energía a través de la primera burbuja. Esto pretende conseguir un gasto de energía más eficiente y menos retropulsión por un efecto de vacío. Presentamos el caso de una mini nefrolitotomía percutánea y el de una RIRS izquierda utilizando esta innovación tecnológica.

### MÉTODOS

El primer caso trata de mujer de 54 años con antecedente de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial y con historia de nefrolitiasis de ácido úrico que se somete a mininNLP por dos litiasis piélicas de 10 cm izquierdas.

En posición de decúbito supino, se realiza acceso percutáneo según técnica 0-90 a grupo calciliar inferior de riñón izquierdo, con dilatación posterior hasta vaina de 14 Ch. Con nefroscopio semirrígido y con fibra de 365 micras se realiza lasertripsia con láser Ho:Yag Lumenis 120H, tecnología Moses, modo *contact*, de ambas litiasis a 0.8J/40 Hz. Se pulverizan a 0.4J/60Hz. Se deja catéter JJ izquierdo y sonda de nefrostomía.

El segundo caso trata de paciente de 84 años, con antecedente de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, dislipemia, EPOC y bypass aortobifemoral por aneurisma aórtico. Presenta litiasis de 7 mm en grupo calciliar inferior izquierdo de oxalato cálcico monohidratado. Se realiza ureteroscopia flexible previa colocación de camisa ureteral de 12-14 Ch. Se traslada la litiasis a grupo calciliar superior y se realiza lasertripsia con láser Ho:Yag Lumenis 120H, fibra de 200 micras, tecnología Moses modo *contact*, a 0.2J/25 Hz. Se realiza pulverización 'popcorn' en modo *distance*, 1.5J/25Hz.

### RESULTADOS

No se evidencian complicaciones quirúrgicas y los pacientes son altados en menos de 48 horas. Se retiran ambos catéteres JJ en 3 semanas tras corroborar la ausencia litiásica.

### CONCLUSIONES

Nuestra experiencia inicial sugiere que la tecnología Moses del láser HO:Yag Lumenis es segura y que existe una disminución subjetiva de la retropulsión. Se requieren más estudios para corroborar los hallazgos observados y evaluar la eficiencia de esta nueva tecnología.

**Àrea temàtica: Litiasi**

**Número: V20**

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00296



## **URETEROLITOTOMIA LAPAROSCÒPICA PEL TRACTAMENT DE LITIASIS COMPLEXES**

ALBA SIERRA DEL RIO<sup>1</sup>, JUAN MAUEL LÓPEZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, MARÍA PILAR LUQUE<sup>1</sup>, RAUL MARTOS<sup>1</sup>, ALEJANDRO SERTSIOS<sup>1</sup>, ANTONIO ALCARAZ<sup>1</sup>

1) Hospital Clínic de Barcelona

### **Introducció:**

Les Guies Europees i Americanes d'Urologia recomanen la indicació de la ureterolitotomia en cassos en que per volum i duresa del càlcul els procediments endoscòpics puguin no ser resolutius. L'abordatge laparoscòpic és d'elecció en aquestes situacions ja que ofereix resultats equivalents amb una menor morbiditat respecte l'abordatge obert.

### **Pacient i tècnica:**

Presentem el cas d'un pacient de 76 anys, amb antecedent de cirrosis hepàtica per VHC amb control correctes, derivat pel Servei d' Hepatologia per ureterohidronefrosis esquerra visualitzada en una ecografia rutinària amb una funció renal correcta. En el TC posterior s'informa d'un gran càlcul de 35 mm ureteral distal esquerra i un endarreriment en l'excreció del mateix ronyó. La gammagrafia renal informava de que el ronyó esquerra contribuïa al 30% de la funció total. Es va col·locar una nefrostomia esquerra fins a decidir l'abordatge terapèutic definitiu. Degut al gran volum litiàsic i a la seva localització es va decidir realitzar una ureterolitotomia laparoscòpica. Es van utilitzar cinc trocars. Es va identificar el urèter molt dilatat i mitjançant una ureterolitotomia longitudinal d'uns 15-20 mm es extreure el càlcul. La col·locació del catèter doble J es va realitzar via endoscòpia. La cirurgia es va dur a terme sense cap incidència en 90 min. El pacient va ser donat d'alta a les 72 hores sense incidències. L'estudi de la composició del càlcul va ser Whewellita (oxalat càlcic monohidratat).

### **Discussió:**

Quan per la duresa i/o el volum del càlcul s'espera que els tractaments habituals (litotricia extracorpòria o endoscòpia) no siguin resolutius, la ureterolitotomia laparoscòpica es presenta com un abordatge amb major eficàcia que els procediments convencionals i amb menor morbiditat que la via oberta.

### **Paraules clau:**

Litiasi ureteral. Ureterolitotomia laparoscòpica.

**Àrea temàtica: Litiasi**

**Número: V21**

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00247



## **PIELOTOTOMÍA POR RETROPERITONEOSCOPIA**

BEGOÑA JUANEDA CASTELL<sup>1</sup>, DAVID SALINAS DUFFO<sup>1</sup>, SANDRA TARRAGÓN GABARRÓ<sup>1</sup>, FRANCESCO PELLEGRINELLI<sup>1</sup>, JOSE LUIS GONZÁLEZ SALA<sup>1</sup>, EDUARDO VICENTE PALACIO<sup>1</sup>, JOSÉ ANTONIO BELLIDO PETTI<sup>1</sup>, ANDRÉS KANASHIRO AZABACHE<sup>1</sup>, CAROLINA OCHOA VARGAS<sup>1</sup>, RAÚL MARTOS CALVO<sup>1</sup>, IVAN SCHWARTZMANN<sup>1</sup>, ROBERTO CASTAÑEDA ARGAIZ<sup>1</sup>, JUAN M. LÓPEZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, HECTOR HERNÁNDEZ POZO<sup>1</sup>, PAVEL GAVRILOV<sup>1</sup>, LUÍS CASTRO SÁDER<sup>1</sup>, MARTA PIQUERAS BARTOLOMÉ<sup>1</sup>, CATALINA FERNÁNDEZ RAMÖN<sup>1</sup>, JUAN ANTONIO PEÑA GONZÁLEZ<sup>1</sup>

1) Uros Associats. Clínica Sagrada Família / Hospital Teknon . Universitat Internacional de Catalunya

### **INTRODUCCIÓN:**

El acceso abierto o laparoscópico para el tratamiento de las litiasis se indica en contadas ocasiones. Éste se reserva para casos con fallo previo a la litotricia extracorpórea y/o tratamientos endoscópicos, anomalías anatómicas o litiasis ureterales de gran tamaño.

### **MATERIAL Y METODOS**

Presentamos el caso de un paciente de 67 años, con antecedentes de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon que en los controles urológicos se detecta un gran cálculo que ocupa toda la pelvis renal derecha y unión pieloureteral que alcanza unos diámetros axil-les de 16-20 mm por 28 mm de eje craneocaudal. Dado el gran volumen litiasico y su localitzación se desestima la litotricia extracorpórea.

Se realiza pielototomía por retroperitoneoscopia. La colocación de catèter doble J se realizó vía endoscòpica.

### **RESULTADOS**

Tiempo quirúrgico: 80 min

Estancia hospitalaria 3 días. No hubieron complicaciones en el postoperatorio.

Retirada del catèter doble J al mes de la cirugía.

El estudio cristalográfico informó de Litiasis de Fosfato Amónico Magnésico .

### **CONCLUSIONES:**

El abordaje quirúrgico por retroperitoneoscopia para el tratamiento de estas litiasis puede ser una opción válida en grupos con experiencia en dicho acceso.

**Àrea temàtica: Litiasi**

**Número: V22**

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00270

## **PIELOLITOTOMÍA POR RETROPERITONEOSCOPIA**

ESTER A. RUZ SAUNIE<sup>1</sup>, ROY A. RODRÍGUEZ MALATESTA<sup>1</sup>, ALBERT FRANCÉS COMALAT<sup>1</sup>, CRISTINA CÁMARA MORENO<sup>1</sup>, BLANCA GASA GALMES<sup>1</sup>, MARC COSTA PLANELLS<sup>1</sup>, MARINA MUNARRIZ POLO<sup>1</sup>, LLUÍS CECCHINI ROSELL<sup>1</sup>

1) Hospital del Mar

### **INTRODUCCIÓN**

En las últimas décadas ha habido un importante desarrollo de las técnicas endourológicas como la nefrolitotomía percutánea (NLP) y la ureterorenoscopia (URS), por lo que han disminuido significativamente las indicaciones de la cirugía de la litiasis renal, ya sea abierta o por laparoscopia. Sin embargo, en casos específicos en los que estos tratamientos no han sido efectivos o no es posible realizarlos, la cirugía abierta o laparoscópica puede ser un tratamiento válido. Aunque como cirujanos estamos más familiarizados con el acceso laparoscópico transperitoneal, el abordaje por retroperitoneoscopia presenta algunas ventajas como un acceso rápido al riñón, menor riesgo de lesión de órganos intraabdominales y permite el acceso en pacientes con contraindicación para laparoscopia por cirugías previas abdominales.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Presentamos el caso de una mujer de 52 años remitida en 2010 por cólico nefrítico izquierdo, siendo diagnosticada de litiasis piélica izquierda con moderada ureterohidronefrosis secundaria. Se indicó cateterización ureteral previa LEOC que no llegó a realizarse debido a la aparición de tumoración de rectos abdominales durante el estudio de la litiasis, por el cual fue intervenida en septiembre de 2010 y de nuevo en febrero de 2013 por recidiva local (resultado AP: fibrohistiocitoma). Debido a esto hubo una pérdida del seguimiento. Acude a Urgencias en enero de 2018 por dolor abdominal en contexto de eventración, realizándose TC abdominal que informa de urolitiasis piélica izquierda parcialmente obstructiva de 2 cm (1227 +/- 84 HU) con hidronefrosis infundíbulo-calicial global además de contenido litogénico en GCI y marcado adelgazamiento de la cortical. Es remitida de nuevo a Urología y se completa estudio con analítica que muestra una función renal normal y renograma diurético donde aparece una dilatación del riñón izquierdo con captación pobre e irregular con múltiples defectos corticales y ausencia de eliminación en fase excretora (funcionalismo relativo RI 44% y RD 56%). Se desestima la realización de NLP dado el importante adelgazamiento de la cortical, decidiéndose cirugía laparoscópica. Dado que la paciente presenta una gran eventración se realiza un abordaje por retroperitoneoscopia.

### **RESULTADOS**

El tiempo quirúrgico fue de 2 horas y media y no hubo complicaciones intra ni postoperatorias. La paciente fue alta a las 48 horas siendo portadora de catéter JJ y sonda vesical.

### **CONCLUSIONES**

La pielolitotomía laparoscópica es una alternativa en el tratamiento de litiasis renales que no pueden ser tratadas mediante LEOC o técnicas endourológicas. Los hallazgos en este caso confirman que la cirugía retroperitoneoscópica permite la extracción exitosa de la litiasis renal en un único procedimiento mínimamente invasivo.

Àrea temàtica: Càncer de pròstata

Número: V23

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00317

## **PRESERVACIÓN DEL CUELLO VESICAL MEDICANTE ABORDAJE LATERAL EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA.**

ALBA GOMÁRIZ CAMACHO<sup>1</sup>, JOSEP MARIA GILI MASSÓ<sup>1</sup>, JUAN CAMILO PEREIRA BARRIOS<sup>1</sup>, PERE BORRAT FONT<sup>1</sup>, LLUÍS MARTÍ PICAS<sup>1</sup>, JOSEP MARIA CABALLERO GINÉ<sup>1</sup>

1) HOSPITAL UNIVERSITARI MÚTUA TERRASSA

### **OBJETIVOS:**

Mostrar la técnica del abordaje lateral en la prostatectomía radical radical laparoscópica extraperitoneal.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

La preservación del cuello vesical en la prostatectomía radical se ha propuesto como un método de recuperación de la continencia de forma precoz. El abordaje lateral laparoscópico o robótico permite una mejor conservación de las estructuras anatómicas responsables de la continencia y una mejor identificación de los puntos clave de esta cirugía. Presentamos la práctica de una prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal con abordaje lateral. Iniciando al acceso en el lado derecho a nivel del cuello, sin apertura de la fascia endopélvica y desarrollando un plano entre la vejiga y la próstata, accediendo directamente a la vesícula seminal y deferente derechos. Se disecciona el cuello vesical por plano posterior y el lóbulo derecho prostático rechazando bandeleta neurovascular y la fascia de DV. Disección prostática hacia la izquierda sin seccionar ligamentos pubo-prostáticos hasta acceder a las estructuras contralaterales.

### **RESULTADOS:**

La técnica no presenta diferencias en cuanto a sangrado y complicaciones intra o post operatorias. Los resultados oncológicos son equiparables. El tiempo quirúrgico es algo superior (30 min aprox.) y presenta mayor complejidad quirúrgica.

### **CONCLUSIONES**

El abordaje lateral en la prostatectomía radical se ha presentado como una técnica que permite una mejor disección del cuello vesical, incluso en casos de lóbulo medio, con mejor preservación de elementos que permiten la continencia: conservación del diámetro del cuello, esfínter pre prostático o ligamentos pubo-prostáticos. También se considera que permite una mejor identificación de las bandeletas neurovasculares. La técnica laparoscópica pura es más compleja, siendo muy facilitada por la cirugía robótica.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: AUDITORI

Sessió: VÍDEOS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00306

## INYECCIÓN DE 99mTc-NANOCOLOIDE EN LA LESIÓN ÍNDICE PARA LA IDENTIFICACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

MARC COSTA PLANELL<sup>1</sup>, JOSÉ MARÍA ABASCAL JUNQUERA<sup>1</sup>, LLUÍS FUMADÓ CIUTAT<sup>1</sup>, NÚRIA JUANPERE RODERO<sup>1</sup>, BLANCA ISABEL GASA GALMÉS<sup>1</sup>, ESTER ASUNCIÓN RUZ SAUNIÉ<sup>1</sup>, CARMEN MARINA MUNARRIZ POLO<sup>1</sup>, ANNA SANROMÀ SALVÀ<sup>1</sup>, LLUÍS CECCHINI ROSELL<sup>1</sup>

1) Hospital del Mar.

### INTRODUCCIÓN

La mejor manera de realizar la identificación del ganglio centinela (GC) en el Cáncer de Próstata (CaP) todavía genera controversia sobre todo en lo que se refiere a localización de punción. Hemos explorado la posibilidad de inyectar 99mTc-nanocoloide directamente en la lesión índice. El objetivo de este vídeo es mostrar el procedimiento completo que seguimos para la identificación y detección del GC en nuestro centro.

### MATERIALES Y MÉTODOS.

Estudio prospectivo realizado entre Junio de 2016 y Septiembre de 2017 incluyendo 16 pacientes, diagnosticados de CaP de alto riesgo o de riesgo intermedio (> 5% de posibilidades de metástasis ganglionares según nomograma de Briganti). Se ha tratado a todos los pacientes con prostatectomía radical (PR) laparoscópica, biopsia de GC y linfadenectomía pélvica extendida (LPE). En todos los pacientes se ha realizado una RM previa a la biopsia localizando una lesión índice con tumor confirmado por anatomía patológica. El día antes de cada cirugía se inyecta 0.6 cc Tc99 (240-30 MBq) en la lesión índice y perilesional (2-4 punciones). Se realiza una linfoescintigrafía con imágenes planas (300s cada una) tomadas a los 30 minutos y las 3-4 horas de la inyección.

La radioactividad del ganglio centinela se mide intraoperatoriamente por una gamma-sonda.

Se calculan sensibilidad, especificidad y VPP.

### RESULTADOS.

La distribución más frecuente del ganglio centinela fue en la fosa obturatriz (31%), región ilíaca interna (26%) e ilíaca externa (21%). Los ganglios centinelas se han clasificado en función de su actividad por gamma-sonda: baja (17-65cps) en 6 pacientes, mediana (100-200 cps) en 6 pacientes y alta actividad (440-1500cps) en 4 de ellos. En 2/16 pacientes (12,5%) la linfoescintigrafía no demostraba drenaje linfático.

El análisis patológico finalmente mostró 7 pacientes pT2 (44,7%), 7 pacientes pT3a (44,7%) y 2 pacientes pT3b (12,5%), con 12 N0 (75%), y 4 N1 (25%). La puntuación según la escala de Gleason fue de 3+4 en 7 pacientes (44,7%), 4+3 en 3 (18,75%), 4+4 en 4 (25%) y 4+5 en 2 (12,5%).

La biopsia de ganglio centinela fue positiva en 4 pacientes (25%). En ninguno de los casos en que el ganglio/s centinela fueron negativos se demostró un pN1 después de completar la linfadenectomía; Esto representa un VPN del 100%, sensibilidad, especificidad y VPP del 100%.

288 ganglios linfáticos fueron analizados. 42 de ellos eran GC (13 en la fosa obturatriz, 9 en la fosa ilíaca externa, 11 en la fosa ilíaca interna y 9 en otras áreas). En total 7 fueron positivos, 6 dentro del área del ganglio centinela y 1 en el área complementaria de la linfadenectomía pélvica extendida. Esto muestra una sensibilidad del 85,7%, especificidad del 87,1% y VPN del 99,5% cuando se relaciona con los ganglios linfáticos.

### CONCLUSIONES:

La inyección guiada por ECO-transrectal de un radiotrazador en la lesión índice prostática ofrece resultados prometedores y excelentes resultados en los casos donde la linfadenectomía está indicada.