

XXI SIMPOSI SCU

BARCELONA, 13 I 14 D'ABRIL DE 2018

COMUNICACIONS 1

(C01 - C08)

DIVENDRES 13 / 17:00-18:30 / SALA 3

Moderadors: Lluís Peri i Roy Rodríguez

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 30 a 18: 30 h

ID: 00259

RIÑONES DE DONANTES MAASTICHT III: ¿LA EDAD DEL DONANTE TIENE INFLUENCIA SOBRE LA FUNCIÓN RETARDADA O SUPERVIVENCIA DEL INJERTO?

JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA SCHWALB¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, MARIA FIOL RIERA¹, LLUIS RIERA CANALS¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, JOSEP TORREMADE BARREDA¹, JOSÉ FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, ORIOL BESTARD MATAMOROS¹, FRANCESC VIGUÉS JULIA¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción y objetivo:

La donación en asistolia controlada (DAC) ha experimentado desde su implantación en nuestro país un constante aumento representando durante el año 2017 el 26 % de todos los donantes. Los buenos resultados obtenidos han favorecido la inclusión de donantes de edad cada vez más avanzada en los protocolos de DAC. El objetivo de nuestro estudio es analizar y comparar los resultados de los riñones obtenidos de DAC en función de la edad del donante (mayores o menores de 65 años).

Material y métodos:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles, llevado a cabo en un solo centro: el Hospital Universitario de Bellvitge, en Barcelona, España. Comparamos riñones de DAC (Maastricht III) mayores y menores de 65 años.

Resultados:

Entre el año 2013 y 2017 en nuestro centro se realizaron 109 trasplantes renales de injertos provenientes de DAC tipo III de Maastricht. El 76% (83) de dichos riñones fueron extraídos en nuestro hospital y el otro 24% (26) provinieron de otros centros. 58% (63) de los riñones fueron extraídos de donantes mayores de 65 años. Comparamos los dos grupos establecidos de pacientes trasplantados: riñones de DAC tipo III de Maastricht III de ≤65 años versus >65 años.

Realizamos un análisis estadístico multivariante que muestra que un donante añoso es factor de riesgo para función retardada del injerto (FRI) (OR 3.4, CI95% 1.2-9.8, p=0.026). Por otro lado, la utilización de NECMO para la extracción y donantes de sexo femenino parecen ser factores protectores para FRI: OR 0.15 (CI95% 0.04-0.64, p=0.010) y OR 0.25 (CI95% 0.08-0.79, p=0.018) respectivamente. El análisis de supervivencia utilizando el método Log-Rank no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones:

En nuestro estudio la edad >65 años es un factor de riesgo para FRI, y tanto el sexo femenino del donante como la utilización del NECMO durante la extracción son factores protectores para la aparición de FRI. La supervivencia del injerto es similar en ambos grupos. Nuestros resultados apoyan a la inclusión de donantes de edad avanzada en los protocolos de DAC.

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 A 18: 30 H

ID: 00307

SEGUIMENT DE LA FUNCIÓ RENAL EN PACIENTS DONANTS VIUS DE RONYÓ

ROGER FREIXA SALA¹, ANNA COLOMER GALLARDO¹, DANIEL SALVADOR HIDALGO¹, CARLES CASTILLO PACHECO¹, MAURO SBRIGLIO¹, JOAN AREAL CALAMA¹, ROBERTO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ¹, LUIS IBARZ SERVIO¹

1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducció

El trasplantament renal de donant viu es va implantar al nostre hospital l'any 1987. Des de llavors s'han realitzat més de 120 trasplantaments de donant viu amb bons resultats pel què fa la supervivència del receptor i de l'empelt. El fet que l'oferta de donants cadàvers sigui insuficient per a cobrir la demanda actual existent fa que aquest tipus de trasplantament hagi guanyat pes durant els últims anys.

A més a més, tot i que la cirurgia representa un risc sobreafegit pel donant, el risc de mortalitat i de morbiditat a llarg termini, com aparició d'insuficiència renal és similar a la de la població general.

Objectiu

L'objectiu del nostre estudi és determinar si es produeix un empitjorament de la funció renal en pacients donadors de ronyó al llarg del temps.

Mètode

Hem realitzat un estudi retrospectiu al nostre centre que inclou tots els donants vius de ronyó entre l'any 2010 i l'any 2015 amb un total de 97 pacients. S'han recollit dades dels donants i de la cirurgia que es va dur a terme com: l'edat, el sexe, el ronyó que es va extreure, si la cirurgia va ser oberta o per laparoscòpia i la creatinina basal dels donants. Posteriorment, s'han recollit els valors de creatinina del control analític després de la cirurgia, al cap d'un mes de la mateixa, als sis mesos i anualment fins un seguiment total de quatre anys.

Resultats

En la nostra sèrie el 63% dels donants eren dones i el 37% eren homes amb una mitjana d'edat de 47 anys. Es van realitzar 80 nefrectomies esquerres i 17 nefrectomies dretes. El 93% de les extraccions es van dur a terme amb laparoscòpia i el 7% via oberta, en aquest cas el ronyó extret sempre va ser el dret.

Pel què fa els valors de creatinina abans de la cirurgia la mitjana era de 0.77 (0.48-1.2), en canvi, la mitjana de creatinina als quatre anys de seguiment va ser de 1.05 (0.51-1.7) pel que representa un increment del 36%. Inicialment, s'objectiva un increment de la creatinina en el control analític després de la cirurgia i posteriorment aquesta va disminuint al llarg del temps fins a mantenir-se en valors estables però sempre superiors als valors previs a la cirurgia. Si separem els pacients en grup d'edat veiem que en pacients menors de 30 anys, la creatinina després del seguiment és pràcticament igual que a la prèvia a la cirurgia; en canvi, en pacients >60 anys la mitjana de creatinina augmenta 0.4 punts. Al comparar els valors de creatinina entre homes i dones observem que en el grup dels homes l'augment de creatinina al cap de quatre anys és més elevat.

No hi ha diferències entre cirurgia oberta i cirurgia laparoscòpica pel què fa a la funció renal dels donants al final del seguiment però en el grup de cirurgia oberta la creatinina no comença a disminuir notablement fins al cap de 6 mesos.

Conclusions

Els donants vius presenten un augment de la creatinina després de la nefrectomia al cap de quatre anys de seguiment. Malgrat tot, aquest augment no és clínicament rellevant en la majoria dels pacients. Tot i així, es recomana realitzar un seguiment sistemàtic a tots els donants i descartar aquells donants potencials amb una funció renal alterada.

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 A 18: 30 H

ID: 00318

CEL·LULITIS I FASCITIS POSTQUIRÚRGICA EN PACIENT IMMUNOSUPRIMIDA AMB TRANSPLANTAMENT HEPATO-RENAL

HÈCTOR RAMOS REINA¹, MARIA FIOL RIERA¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, MANEL CASTELLS ESTEVE¹, NARCÍS CAMPS LLOVERAS¹, JOSE FRANCISCO SUÁREZ NOVO¹, RAUL COCERA RODRÍGUEZ¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, DAVID BERBEL FRANCO¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció:

Les infeccions de ferides quirúrgiques poden ésser relativament freqüents, sent la majoria processos de ràpida resolució amb mesures locals, no agressives, i antibioteràpia. La progressió a afectació de parts toves en forma de Cel·lulitis i Fascitis és un procés poc freqüent, provocat principalment per bacteries coc grampositius, que afecta principalment a pacients amb factors de Risc com la Diabetes Mellitus, edat superior a 50 anys, la immunosupressió o la Malaltia Renal Crònica (MRC).

Cas clínic:

Presentem el cas d'una Dona de 50 anys amb antecedents de Sdre. de Sjögren (2000); Cirrosi biliar Primària (CBP) estadi IV (2006), amb trombosi portal i cavernomatosi, i MRC per Glomerulonefritis Proliferativa Extracapil·lar amb Glomeruloesclerosi (2011), que evoluciona a Nefrocalcinosi i còlics nefrítics expulsius de repetició. Pacient en llista de espera des de 2012, que ingressa al nostre centre per a realitzar Tansplant Hepato-Renal el 01.02.2018.

Evolució i discussió:

Durant el postoperatori immediat presenta evolució tòrpida amb signes de Shock distributiu, necessitat de Drogues Vasoactives (DVA), suport amb ventilació mecànica. Necessitat de reintervenció quirúrgica per sospita de fístula urinària, que es descarta amb la revisió de l'empelt a FID. Aparició de cel·lulitis sobre incisions de Makuuchi i Gibson amb evolució progressiva, les setmanes següents, a fascitis limitada de paret abdominal, requerint desbridament de la totalitat de la paret cutània a hemiabdomen dret, part alta d'extremitat superior dreta. També presenta lesions isquèmiques distals a extremitats superiors i inferiors secundaris a manteniment de DVA. La pacient, en aquest context, conviu amb un procés de fallada multiorgànica amb empitjorament de la funció dels empelts hepàtic i renal, amb necessitat d'hemofiltració, amb cultius positius només per E. Coli BLEA. Finalment, 36 dies després del trasplantament, davant la situació de pronòstic infaust es decideix limitar l'esforç terapèutic i iniciar mesures de confort amb el final èxitus de la pacient.

Conclusió: Les infeccions postquirúrgiques de parts toves que afecten al teixit subcutani, tot i la seva rara incidència, degut a les mesures d'asèpsia i antisèpsia, és important detectar-les a temps per a una ràpida solució i evitar la progressió. Encara que habitualment estan provocades per agents bacterians Cocs Grampositius (*Streptococcus*, *staphylococcus*...), és important tenir en compte que en pacients amb factors de riscos, que altres bacteris del grup de les Enterobactèries, en especial les Productores de Betalactamases poden associar-se a aquests processos i no per això, menys agressius.

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 A 18: 30 H

ID: 00237

ASPECTES MEDICOLEGALS EN LA PRAXI UROLOGICA: TORSIO DE TESTICLE

CARLOS PELLICE I VILALTA¹, JOSEP BENET I TRAVE², ROGER BRUGUERA I VILLAGRASA²

1) ICS - BARCELONA 2) SERVEI DE RESPONSABILITAT PROFESIONAL DEL COL·LEGI DE METGES DE BARCELONA

OBJECTIUS:

1. Saber que ha estat dels requeriments judicials per presumpta mala praxi, en casos de torsió de testicle (TT).
2. Comentar el que es ajustable a protocol i guia clínica, en referència als "escrots aguts – EA" i en concret a les TT.

METODOLOGIA:

1. Estudi observacional i retrospectiu, abastant el total de reclamacions per presumpta mala praxi en relació a les TT (Casuística tota sota custòdia en el Servei de Responsabilitat Professional del CoMB).
2. Total reclamacions: 9129. Període d'estudi: 1986 – 2016. Uròlogiques: 265 (2,91% del total). TT: 25 (0,27% del total i 9,4" de les urològiques)
3. Material d'estudi tractat sota molt estrictes, obvis i obligats respectes tot aspecte deontològic i medicolegal.
4. Consideracions extretes dels diversos "Peritatges de Part", redactats i defensats per CPIV en seu judicial.

RESULTATS:

25 TT amb 39 metges involucrats. 7 metges sense constar l'especialitat. 3 expedients no considerats per inconclusos. Cap reincidència. Sexe: 26 homes i 13 dones. Edats mitges: 54,1 anys (Homes: 57,6 anys i Dones: 46,6 anys).17 "Metges Cirurgians": 8 Uròlegs, 7 Generals i 2 Pediàtrics. 2 condemnes i per via penal a "Metges no Cirurgians". Procediments: 20 penals, 6 civils amb 10 acords extrajudicials

COMENTARIS:

1. Tot EA obliga sempre, ha realitzar el diagnòstic diferencial entre les TT i les orquidoepididimitis (OE), màxim en els joves.
2. Una TT d'hores d'evolució es fa molt difícil diferenciar-la, de una OE o bé inclús de un tumor testicular.
3. La ecografia testicular (ET) en una OE de sorneguera evolució o bé en una TT ja estabilitzada sols mostra un augment volumètric. Llavors la ET té baixa sensibilitat i limitada capacitat diagnòstica. Passades 24 hores la ET perd tota fiabilitat.
4. Tot facultatiu té que tenir assumit que el límit màxim d'espera per operar i poder recuperar una gònada sotmesa a una TT es de sis hores.
5. Viabilitats en TT: 20% a 12 hores. 0% a quatre hores si es total. 0% a les 24 hores.

CONCLUSIONS:

1. Les tasques de defensa pericial de "part" insistiran en la franja horària de les sis hores. Hom comprovarà quant temps portava aquest EA tipus TT evolucionant, abans d'accedir a una acreditada atenció mèdica.
2. Fora altament recomanable poder disposar de tota la "sèrie iconogràfica" practicada a un EA, sigui quin sigui, des de l'atenció primera fins a l'alta.

Àrea temàtica: Litiasi
Número: C05



Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 A 18: 30 H

ID: 00302

¿ES FACTIBLE REALIZAR LA URETERORENOSCOPIA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA? NUESTRA EXPERIENCIA DURANTE LOS PRIMEROS 3 AÑOS.

ANDREU ALABAT², MARTA PIQUERAS BARTOLOME¹, IGNACIO ASIAIN IRAETA¹, SANTIAGO CAPDEVILA QUEROL¹, AINHOA LABORDA¹, CESAR VARGAS BLASCO¹

1) Hospital de Viladecans 2) Hospital de Bellvitge

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) confiere al sistema sanitario un modelo de gestión eficiente y de alta calidad. Se ha convertido, en los últimos años, en el nuevo estilo de gestión asistencial. En urología son numerosos los procedimientos quirúrgicos que se han incorporado a la unidad de cirugía mayor ambulatoria en detrimento de la hospitalización convencional.

Nuestro objetivo es evaluar el circuito de la ureterorenoscopia (URS) en régimen de CMA, los resultados y las complicaciones.

Material y métodos: Desde Enero de 2015 hasta Diciembre de 2017 han sido realizadas en nuestro centro 112 URS en régimen de CMA, todas ellas por patología litiásica.

Resultados: Se incluyeron 61 hombres y 51 mujeres. La localización del cálculo fue en uréter proximal en 32 casos (28,6%), en uréter medio en 29 casos (25,8%) y en uréter distal en 51 casos (45,6%). El tamaño medio del cálculo fue de 9,5 mm. En el 90,2 % de los casos la URS fue resolutive. En 53 casos (47,3%) el paciente era portador de catéter 2J y en 58 casos (51,7%) se colocó un catéter 2J tras el procedimiento. La tasa de conversión a ingreso fue del 8%, siendo la causa más frecuente por horario de la Unidad de CMA. La tasa global de complicaciones fue del 8,6%, todas ellas tempranas, siendo todas Clavien Dindo I y IIa, excepto una grado IIIa (una perforación ureteral que requirió colocación de catéter 2J posterior).

Conclusiones: El abordaje en régimen de CMA de la URS por patología litiásica es factible en nuestro entorno con una tasa de complicaciones aceptable y una adecuado porcentaje de reconversión y reingreso.

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 A 18: 30 H

ID: 00320

ENSAYO MULTICÉNTRICO, CONTROLADO Y ALEATORIZADO PARA EVALUAR EL USO COMBINADO DE UN DISPOSITIVO MÉDICO Y UN COMPLEMENTO ALIMENTICIO EN EL CONTROL DEL PH URINARIO DE PACIENTES CON UN CATÉTER DOBLE J IMPLANTADO

J. FERNÁNDEZ-CONCHA SCHWALB¹, C. TORRECILLA ORTIZ¹, S. COLOM FEIXAS¹, J.M. CUADRADO CAMPAÑA¹, C. FERREIRO PAREJA¹, F. VIGUÉS JULIA¹

1) Hospital Universitario de Bellvitge

Introducción:

La formación de litiasis en la vía urinaria es de causa multifactorial, siendo el pH urinario en muchos casos un factor determinante. Asimismo, la presencia de un cuerpo extraño en la vía urinaria, como puede ser un catéter ureteral, puede generar un riesgo adicional de litogénesis. El objetivo principal de este estudio es evaluar la efectividad en el control del pH urinario y la prevención de calcificaciones del catéter ureteral doble jota con el uso del dispositivo y los complementos alimenticios *Lit-control*® (*pH-Meter* y *pH-Down* <L-metionina>).

Material y métodos:

Se trata de un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Consta de una fase de reclutamiento de pacientes de 3 meses (enero-marzo 2018) y una fase de seguimiento de 2 meses adicionales. Participan 9 centros del territorio nacional y se ha calculado un tamaño muestral de 105 pacientes. Se incluye a pacientes a quienes se les haya colocado un catéter ureteral doble jota por causa litiásica recientemente (<7 días) y cuya extracción esté prevista en un período de entre 3 y 8 semanas desde la fecha de inclusión al estudio. Se excluye a pacientes con litiasis radio-lúcidas o úricos/cistinúricos conocidos. A cada paciente se le entrega un medidor de pH y dos botes de cápsulas conteniendo ya sea el medicamento activo (L-metionina) o placebo, siguiendo el protocolo de aleatorización de doble ciego. El paciente deberá tomar 1 cápsula cada 8 horas y deberá apuntar la medición del pH urinario de la primera micción de la mañana de cada día desde la inclusión en el estudio hasta el día anterior al retiro del catéter

Una vez extraído cada catéter ureteral, este se corta por la mitad y se envasa por separado el extremo proximal/renal y el distal/vesical. Los catéteres retirados son enviados al laboratorio Dr. Grases en Mallorca para ser analizados con microscopía electrónica de barrido y microanálisis por energía dispersiva de rayos X. El estudio detallado del catéter se centra en determinar el grado de incrustación/calcificación del mismo en sus dos extremos y la presencia de biofilm. Posterior al retiro del catéter se realiza una visita final con el paciente en donde entrega la medicación sobrante y el medidor de pH, junto con el cuadernillo de recogida de datos en donde habrá registrado el pH urinario de cada día.

Resultados:

El estudio aún se encuentra en fase de reclutamiento y los resultados estarán disponibles en la segunda mitad del 2018. Hasta el momento se han reclutado en el Hospital de Bellvitge 13 pacientes y un total de 61/105 pacientes a nivel nacional.

Dia: DIVENDRES, 13 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 A 18: 30 H

ID: 00308

ESTUDIO DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA CARACTERIZACIÓN DE CÁLCULOS RENALES DE ORIGEN OXALOCÁLCICO PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECIDIVA

IRIS H.VALIDO¹, ROBERTO BOADA¹, ORIOL VALLCORBA², MONTSERRAT RESINA-GALLEGO¹, M. PILAR LUQUE GÁLVEZ³, MANUEL VALIENTE¹, MONTSERRAT LÓPEZ-MESAS¹

1) Centre Grup de Tècniques de Separació en Química (GTS), Departament de Química, Universitat Autònoma de Barcelona, Facultat de Ciències. Edifici CN, 08193, Bellaterra, Barcelona, España. 2) ALBA Synchrotron Light Facility, Carrer de la Llum 2-26, 08290 Cerdanyola del Vallés, Barcelona, España. 3) Servei de Urologia. Hospital Clínic de Barcelona, Calle Villarroya 170, 08036, Barcelona, España.

Introducción

La litiasis renal afecta aproximadamente entre el 6-12% de la población, con una recurrencia del 50%. Las directrices de la European Association of Urology indican que se debe analizar al menos un cálculo renal de cada paciente, usándose diversas técnicas para tal fin^{1,2}. Un método de análisis, morfoconstitucional, basado en el estudio de la apariencia y estructura de las piedras, clasifica los cálculos renales en 11 tipos, siendo el 66% de la incidencia de origen oxalocálcico^{3,4}.

Es difícil clasificar este grupo debido a la baja estabilidad del dihidratado, COD, que pasa a transformarse a la especie estable monohidratada (COM), al igual que ocurre en los sistemas minerales⁵. Como resultado, la piedra formada que ha sufrido una transformación total es químicamente COM y, teniendo en cuenta su apariencia similar, genera dudas al clasificarla⁷. Su formación puede ser causada por distintas patologías⁶, como hiperoxaluria en el caso del COM e hipercalcúria para el COD⁷.

Este trabajo tiene como objetivo establecer el origen de la formación de estos nefrolitos, así como establecer unos criterios de análisis que ayuden a su correcta clasificación para favorecer el diagnóstico de las patologías asociadas.

Metodología

El estudio llevado a cabo se ha centrado en la caracterización de nefrolitos oxalocálcicos, realizándose estudios *in vitro* de la transformación del COD en diversos medios para determinar los cambios de dicha especie mediante: Espectroscopía Electrónica de Barrido (SEM) y espectroscopía IR. Además, muestras que generaban duda en la caracterización mediante análisis morfoconstitucional, se han estudiado mediante Absorción de Rayos-X (XAS) y micro-XRD con radiación sincrotrón (μ -SRXRD), en las líneas CLAES y MSPD (sincrotrón ALBA, Barcelona), respectivamente.

Resultados

En cálculos renales que se habían considerado ambiguos en su clasificación debido a sus características físicas como dureza y brillo, se ha comprobado que existe un proceso de transformación que prueba que su origen es el COD. Los factores que afectan a dicho proceso están siendo estudiados.

Conclusiones

Al caracterizar los cálculos renales oxalocálcicos, debe tenerse en cuenta su origen para aplicar el tratamiento más adecuado que evite la recidiva del paciente. De esta forma, sería conveniente añadir criterios al análisis morfoconstitucional que eviten discrepancias y que faciliten el diagnóstico de las patologías asociadas. El presente estudio está ayudando a desarrollar dichos criterios mediante la aplicación de técnicas de estudio mineralógico adaptados al contexto de los cálculos renales.

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: 17: 00 a 18: 30 H

ID: 00322

RESULTATS PRELIMINARS D'UN PROGRAMA DE NEFRECTOMIA PARCIAL ASSISTIDA PER ROBOT "DA VINCI" XI EN UN ÚNIC CENTRE

IGNASI GALLARDO¹, ENRIQUE TRILLA¹, DAVID LORENTE¹, RICARDO LÓPEZ¹, ENRIC MIRET¹, MERCÈ CUADRAS¹, FERNANDO DÍAZ¹, ADRIÀ PIÑERO¹, ORIOL MORENO¹, JUAN MOROTE¹

1) Servei de Urologia y Transplant Renal. Hospital Universitari Vall d'Hebron. UAB. Barcelona

Introducció i objectiu:

La nefrectomia parcial (NP) laparoscòpica constitueix el tractament estàndard en tumors renals localitzats (pT1a), encara que dades actuals de SEER han mostrat que en tumors majors (T1b y T2) la cirurgia parcial permet un control oncològic equivalent a la nefrectomia radical encara que el seu ús és limitat. Nous estudis suggereixen que en masses majors i de localització central (hiliars), la NP sembla no comprometre la mortalitat càncer específica, permetent el robot millorar els resultats del abordatge laparoscòpic. El nostre objectiu ha sigut avaluar els resultats inicials d'un programa de cirurgia parcial renal robòtica realitzats de forma consecutiva per un mateix cirurgià amb àmplia experiència en cirurgia parcial laparoscòpica mitjançant robot "da Vinci" model Xi.

Material i Mètode:

Es realitza una revisió retrospectiva de les nefrectomies parcials robòtiques (NPR) realitzades amb el "da Vinci Xi" durant l'any 2017. S'avaluen variables clínic-patològiques, intraoperatòries i quirúrgiques.

Resultats:

Es van realitzar 39 NPR consecutives (25 homes i 14 dones) sent 25 ronyons esquerres i 1 pacient monorrè. La mitjana d'edat va ser de 57,2 anys (r: 24-81) amb una mida mitja de 3,3cm (r: 1,2-9,5). En el 69,2% dels casos l'estadi tumoral va ser pT1a, pT1b en el 15,2% i pT2a en el 2,6%. El càlcul del score morfològic (R.E.N.A.L.) va resultar Baix en 19 (48,7%), Mig en 12 (30,7%) i Alt en 8 (20,5%) casos. El resultat patològic va revelar malignitat en 34 dels casos (87,1%). El temps d'isquèmia renal intraoperatòria va ser de 16,9 minuts de mitjana. Sis dels pacients van presentar alguna complicació (15,4%) sent Clavien II en 5 casos i Clavien IIIa en un cas (fístula urinària). L'estada mitjana hospitalària va ser de 4,2 dies (3-7). Després d'un seguiment mitjà de 5,4 mesos no s'ha objectivat recidiva de la malaltia en cap dels pacients.

Conclusió:

En mans de cirurgians experts en cirurgia laparoscòpica, la robòtica podria permetre abordar casos més complexos, centrals i de major mida amb bons resultats funcionals i oncològics. A mesura que augmenta l'experiència en robòtica s'aprecia una disminució en les taxes d'isquèmia calenta i en els temps de renorràfia així com una taxa de complicacions equivalent a la laparoscòpia convencional. Són necessaris més estudis per poder demostrar-ho.