



SIMPOSI SCU

DIVENDRES 31 DE MARÇ DE 17:00 A 18:30 H

SALA 3

**COMUNICACIONS 1
(C1-C11)**

Moderadors:

J.M. López Martínez

A. Kanashiro

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ
Sala: SALA 3
Sessió: COMUNICACIONS 1
Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00180

¿ES LA VOLUMETRIA RENAL MEDIANTE TC UN METODO VALIDO Y COMPARABLE AL ESTUDIO ISOTOPICO(Tc 99m-MAG3) PARA MEDIR LA FUNCION RENAL POR SEPARADO EN EL ESTUDIO DEL DONANTE VIVO?

ALONSO NARVÁEZ BARROS¹, ANDREU ALABAT ROCA¹, SERGI BEATO GARCIA¹, LLUIS RIERA CANALS¹, ESTHER ALBA REY¹, SALVADOR GIL VERNET CEBRIAN¹, MARIA FIOLE RIERA¹, JOSE SUAREZ NOVO¹, FRANCISCO VIGUÉS JULIA¹

1) Hospital Universitario de Bellvitge - IDIBELL. Universidad de Barcelona. L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA)

Introducción: La valoración de los donantes vivos (DV) habitualmente incluye estudios isotópicos para determinar la función renal (FR) global y por separado y la tomografía axial computarizada (Angio-TAC) para una adecuada evaluación tanto anatómica como vascular. Sin embargo no existe un claro consenso sobre este punto. En individuos sanos el volumen renal calculado por TAC (VRTC) se relaciona con la función renal pudiendo aportar tanto la información funcional como anatómica necesarias y sustituir en la práctica clínica a los estudios isotópicos empleados para determinar la función renal por separado de los candidatos a la donación renal. El objetivo del presente estudio fue comparar la correlación entre el estudio isotópico (Tc99m-MAG3) y la VRTC en la determinación de la función renal por separado de nuestros donantes vivos.

Material y métodos: Estudio de inclusión prospectiva y consecutiva en centro terciario. Pacientes sanos en estudio de DV desde diciembre/2015-febrero/2017. Medición de la FR por separado mediante Tc99m-MAG3 y VRTC. Se ha considerado como clínicamente no significativa una diferencia funcional $\leq 5\%$ entre ambos riñones. Se realiza análisis descriptivo de nuestra serie.

Resultados: 26 pacientes (9H/17M), Edad media 51 ± 8 años (32-66). Comorbilidades y características del DV: IMC 26 ± 4 (18-34); FG(mL/min) 92 ± 12 ; Creatinina basal ($\mu\text{mol/L}$): 71 ± 13 ; VRTC (cm^3): RD 160 (rango: 107-232), RI 156 (rango: 113-271); FPRE (mL/min/1.73m²): 487 ± 81 ; FG isotópico (mL/min/1.73m²): 104 ± 17 . Cálculo de función renal por separado: VRTC; RI 51% (rango: 45% - 55,1%), RD 49% (rango: 44,9% - 55%). MAG3; RI 51% (rango: 45% - 58%), RD 49% (rango: 42%- 55%). Existe una concordancia del 96,2% en asignar la predominancia de función entre la VRTC y el MAG-3. Únicamente en un caso (3.8%) hemos encontrado una discordancia significativa entre la predominancia de función asignada en cada exploración. En nuestra serie la VRTC tiende a igualar las diferencias de función puestas de manifiesto en el estudio isotópico.

Conclusiones: El cálculo del VRTC es una herramienta útil y fiable para la evaluación de la función renal por separado de los candidatos a la donación renal siendo los resultados comparables a los obtenidos mediante el estudio isotópico. En nuestra opinión la determinación del VRTC junto al cálculo del filtrado glomerular constituyen el gold standard para una adecuada valoración de los candidatos a la donación renal, pudiendo sustituir a los estudios isotópicos empleados para el cálculo de la función renal por separado. Palabras clave: Volumetría renal, donante vivo, trasplante renal.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00216

TRASPLANTE RENAL ROBÓTICO: RESULTADOS DESPUÉS DE 1 AÑO

ALBERTO BRED¹, ANGELO TERRITO¹, LLUÍS GAUSA¹, MARTINA MANFREDI¹, GIUSEPPE BASILE¹, JAVIER PONCE DE LEÓN¹, OSCAR RODRÍGUEZ FABA¹, JOSEP M^a GAYA¹, VOLKAN TUĞCU², KAREL DECAESTECKER³, MICHAEL STOCKLE⁴, PAOLO FORNARA⁵, JONATHAN OLSBURG⁶, GIANPAOLO SIENA⁷, NICOLAS DOUMERC⁸, ANTONIO ALCARAZ⁹, LLUÍS GUIRADO¹, CARMÉ FACUNDO¹, HUMBERTO VILLAVICENCIO¹

1) Servicio de Urología, Fundació Puigvert, Barcelona 2) Bakirkoy Sadi Konuk Training and Research Hospital Center, Turkey 3) Department of Urology, Ghent University Hospital, Ghent, Belgium 4) Department of Urology, University Saarland, Homburg/Saar, Germany 5) Department of Urology, University Hospital Halle (Saale), Halle, Germany 6) Department of Renal Transplantation and Pathology, Guy's Hospital, London, United Kingdom 7) Department of Urology, University of Florence, Careggi Hospital, Florence, Italy. 8) Department of Urology and Renal Transplantation, University Hospital of Rangueil, Toulouse, France 9) Servicio de Urología, Hospital Clínico, Barcelona, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La cirugía robótica permite el trasplante renal (TR) en óptimas condiciones manteniendo la seguridad y los resultados funcionales de la cirugía abierta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos la base de datos europea prospectiva de trasplante renal robótico (TRR) realizada en 9 centros europeos, creada en julio de 2015, con los resultados funcionales y quirúrgicos de 100 pacientes.

RESULTADOS

Las características demográficas de la población fue la siguiente: 40 mujeres y 60 hombres con una edad promedio de 42 (rango: 18-64), IMC promedio de 25,5 kg/m² (rango: 17-40), una creatinina promedio pre trasplante de 505,5 umol/L (rango: 98-915,2) con un filtrado glomerular promedio: 11,3 ml/min per 1,73 m² (rango: 3-29). El tiempo quirúrgico promedio fue de 265 min (rango: 130-450) con tiempo de sutura vascular de 40 min (rango: 24-85), una pérdida de sangre estimada de 145 ml (rango: 40-400 ml). El tiempo de isquemia total fue de 108,6 min (rango: 58 – 377). El tiempo de reperusión fue de 54,7 min (range 34-110). 2 pacientes fueron convertidos a cirugía abierta. Hubo 3 casos de trasplantectomía por trombosis arterial. Un caso de hematoma intraperitoneal que fue tratado exitosamente de forma laparoscópica. La creatinina sérica promedio postoperatoria fue de 218 umol/L (rango: 61,6 – 719) al 7º día postoperatorio.

Durante el curso postoperatorio se observó: un caso de linfocela, 2 casos de íleo y un caso de sepsis. El dolor postoperatorio, evaluado según la *Visual Analog Scale* (VAS), fue satisfactorio. La estancia hospitalaria promedio fue de 6 ± 1 días (rango 4-8 días). El tiempo de catéter ureteral promedio fue de 29 días (rango: 14-110) después de la cirugía. Hubo 5 casos de retraso funcional del injerto. No ocurrieron casos de estenosis arterial ni ureteral.

CONCLUSIÓN

Este es el primer estudio europeo sobre TRR. El TRR con hipotermia regional es un procedimiento seguro y reproducible. Las ventajas potenciales del TRR están relacionadas a la calidad de la anastomosis vascular, la posible menor tasa de complicaciones y el menor tiempo de estancia hospitalaria. La tasa de éxito de este grupo es comparable al trasplante renal abierto.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00219

EXPERIÈNCIA INICIAL DEL PROGRAMA DE DONACIÓ EN ASISTÈLIA CONTROLADA (MAASTRICHT III)

MARC COSTA PLANELLS¹, JOSÉ MARÍA ABASCAL JUNQUERA¹, BLANCA GASA GALMES¹, ESTER RUZ SAUNIÉ¹, MARINA MUNARRIZ POLO¹, CRISTINA CÁMARA MORENO¹, LLUIS FUMADÓ CIUTAT¹, ALBERT FRANCÉS COMALAT¹, GLORIA NOHALES TAURINES¹, ROY A. RODRIGUEZ MALATESTA¹, ALFREDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ¹, ÁLEJANDRO GARCÍA LARROSA¹, ANA ZAPATERO¹, IRENE DOT¹, YOLANDA DÍAZ¹, LLUÍS CECCHINI ROSELL¹

1) Hospital del Mar

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

El nombre de potencials donants per mort cerebral ha disminuït en els últims anys. En aquest context en el que la llista d'espera per a transplantament renal continua augmentant s'estan fent esforços per a ampliar el grup de donants mitjançant: donants amb criteri expandit, donants vius i donants en assistència (controlada o no controlada).

L'objectiu del nostre estudi és presentar la nostra experiència amb la implementació d'un programa d'assistència controlada (Maastricht tipus III).

MATERIAL I MÈTODES

Anàlisi descriptiu de 45 transplantaments de ronyó obtinguts de 25 donants en assistència controlada entre febrer de 2013 i desembre de 2016. En 21 casos es va col·locar pre-mortem un catèter arterial de doble baló (Porges) i catèter venós tipus Couvelaire, procediment realitzat pels uròlegs a través d'arteriotomia inguinal i venotomia al mateix llit de la UCI. En els 4 casos restants es va realitzar una extracció ultrarràpida a quiròfan per impossibilitat de canulació a la UCI. Avaluem les dades clíniques dels donants, els temps d'isquèmia i els resultats a curt termini dels receptors.

RESULTATS

Es van descartar 3 ronyons per mala perfusió i altres dos es van enviar a altres centres. L'edat mitjana dels donants va ser de 64,9 anys (38-86): 73% homes i 27% dones. La causa de mort va ser parada cardiorespiratòria (31%), anòxia cerebral (60%) i dany cerebral irreversible per lesió cerebral traumàtica greu (8%). La mitja de temps d'isquèmia calent total va ser de 23.5 minuts (18-29). Temps d'isquèmia freda: 9.09 hores (3-28). L'edat mitjana dels receptors va ser de 59.6 anys (29-81). Un 36% de pacients van requerir al menys una sessió de diàlisi durant la primera setmana post-transplantament; els dies d'ingrés, 14.9 dies (4-115). Complicacions Clavien-Dindo: 77% dels pacients grau ≤ 2. La creatinina mitja als 3 i 6 mesos va ser de 1,82 mg/dl (0.72-4.15) i 1,72 (0.7-3.36), respectivament. La taxa de supervivència de l'empelt als 6 mesos va ser del 93%.

CONCLUSIONS

Els donants en assistència controlada representen una font potencial d'òrgans que pot reduir el temps a la llista d'espera. És essencial una adequada selecció de pacients i la creació d'un protocol d'acció multidisciplinar. Aquest tipus d'empelt renal no presenta major grau de comorbiditats que les altres fonts potencials de donació renal.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00220

MORTALITAT PRECOÇ EN 1160 TRANSPLANTAMENTS RENALS

MARC COSTA PLANELLS¹, ANNA BUXEDA PORRAS¹, MARÍA DOLORES REDONDO PACHON¹, BLANCA GASA GALMES¹, ESTER RUZ SAUNIÉ¹, MARINA MUNARRIZ POLO¹, LLUÍS FUMADÓ CIUTAT¹, ALBERT FRANCÉS COMALAT¹, GLORIA NOHALES TAURINES¹, ROY A. RODRIGUEZ MALATESTA¹, ALFREDO RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ¹, ALEJANDRO GARCÍA LARROSA¹, CRISTINA CÁMARA MORENO¹, MARÍA JOSÉ PÉREZ SÁEZ¹, JULIO PASCUAL SANTOS¹, LLUÍS CECCHINI ROSELL¹

1) Hospital del Mar

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Nombrosos estudis han indicat que la supervivència i la qualitat de vida després del transplantament renal a pacients majors de 70 anys és superior a la diàlisi. Els últims anys, l'edat i les comorbilitats dels pacients a la llista d'espera de transplantament renal ha augmentat. L'aparició de rebuig agut durant els tres primers mesos després del transplantament és un fort predictor de mort precoç en pacients d'edat avançada.

El nostre objectiu és analitzar les causes de mortalitat precoç (< 3 mesos) en aquest grup de pacients.

MÈTODE

S'ha realitzat un anàlisi retrospectiu de 1160 pacients als que se'ls va realitzar transplantament renal entre 1979 i 2016. Entre les dades analitzades es troba el sexe, l'edat del donant, temps de diàlisi fins a transplantament, història de cardiopatia isquèmica, IMC, criteri de donant expandit, rebuig agut, tipus d'immunosupressió, edat del receptor i causa de mort.

RESULTATS

La història de cardiopatia isquèmica (HR 2,28 (1,10-4,81) $p < 0,026$) i l'edat del receptor (<70/>70 anys) (HR 3,08 (1,70-5,57) $p < 0,001$) van ser predictors de mortalitat global. Un total de 20 pacients van ser èxits en el primer trimestre després del transplantament renal (1.7%). Les causes infeccioses i la parada cardíaca d'origen desconegut van ser les principals causes de mortalitat precoç (70%). Altres causes van ser l'infart agut de miocardi (20%), pancreatitis (5%) i sagnat postoperatori (5%). A l'anàlisi dels factors de risc de mortalitat precoç, el 20% dels pacients eren > de 70 anys i el 10 % presentaven història de cardiopatia isquèmica, a més, el 5 % dels pacients eren obesos amb IMC > 35 i el 40% van rebre empelts de donants amb criteri expandit.

CONCLUSIONS

Les causes de mortalitat precoç al transplantament renal són heterogènies i no han mostrat una relació consistent amb els factors de risc associat a la mortalitat global.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00230

TRANSCENDÈNCIA CLÍNICA DE LA CONTAMINACIÓ DEL LÍQUID DE PRESERVACIÓ EN EL TRASPLANTAMENT RENAL

NATÀLIA PICOLA BRAU¹, MARIA FIOL RIERA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, NÚRIA SABÉ FERNÁNDEZ¹, ARIEL TANGO BARRENA¹, ANNA MANONELLES MONTERO¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

En el trasplantament, l'estat d'immunosupressió induït en el receptor augmenta la predisposició a patir infeccions, afegint així una notable morbimortalitat. Durant la intervenció, l'òrgan donant pot ser una font d'infecció a través del líquid de preservació (LP) usat per perfondre el ronyó després de la seva extracció. La incidència de la contaminació del LP en sèries publicades es descriu fins a un 38%, sent encara controvertida la traducció clínica en el receptor.

L'objectiu de l'estudi és recollir la freqüència de contaminació del LP als empelts de donant cadàver, analitzar les conseqüències clíniques i microbiològiques quant a desenvolupament d'infeccions del tracte urinari (ITU) i/o rebuig de l'empelt; avaluar la necessitat d'iniciar antibioteràpia preventiva davant d'un cultiu positiu.

Material i mètodes

Del gener 2015 al desembre 2016 es realitzaren a la nostra institució 190 trasplantaments renals (TR) de donant cadàver. En tots ells, sistemàticament, es realitza l'anàlisi microbiològic aerobi i anaerobi del LP dels ronyons. Hem realitzat un estudi observacional retrospectiu dels receptors amb cultiu positiu del LP. Hem analitzat les característiques de les extraccions segons tipus, procedència dels empelts i temps d'isquèmia freda; taxa de contaminació del cultiu, microorganisme implicat, antibioteràpia, teràpia immunosupressora, complicacions infeccioses i rebuig.

Resultats

Del total de TR, 69 (36%) presentaren contaminació del LP. Els microorganismes aïllats destaquen els estreptococs coagulasa negatius (28;40%), Bacils Gram Negatius (16;26,62%), Cocs Gram Positius no Coagulasa negatius (12; 16.21%), Candida (2;2.7%) i altres bacteris (4;5.40%). Només 17 (25%) reberen antibiòtic profilàctic per creixement de BGN, S. Aureus i E. Faecalis, constituïnt un 8.9% del total de TR. 41 (60%) tingueren una ITU posterior; 36 (53%) per altres microorganismes i 5 (7%) pel mateix aïllat en el cultiu del LP. D'aquests destacar 2 (3%) amb LP positiu per E.coli que, durant l'ingrés, presentaren una pielonefritis de l'empelt amb urocultiu i hemocultiu positiu pel mateix, rebent ambdós tractament amb quinolones; en ambdós el donant tingué urocultiu per E.coli. A més, un d'ells presenta mesos després ITUs de repetició pel mateix bacteri. 2 (3%) presentaren rebuig agut de l'empelt i 3 (4%) signes de rebuig crònic, però cap havia tingut complicacions infeccioses clínicament rellevants.

Conclusions

La contaminació del LP no és un fet infreqüent durant el TR. Tot i així, la rellevància clínica que implica aquest fet és discutible. Menys del 9% dels receptors iniciaren tractament antibiòtic profilàctic per contaminació per bacteris no colonitzadores habituals de la pell, obtenint com a resultat, només 2 casos d'infecció pel mateix organisme contaminant del LP. Caldrien, per tant, més estudis per valorar la necessitat d'iniciar antibioteràpia preventiva en els cultius positius i per elaborar un protocol d'actuació en aquests casos.

Àrea temàtica:

Tipus: Oral

Número: C06

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00142

... DE L'ÈTICA EN LA REVISIÓ DE ORIGINALS CIENTÍFICS I/O EN LA PERTINENÇA A JURATS I/O TRIBUNALS...

CARLES PELLICÉ I VILALTA¹, ENRIQUE PÉREZ-CASTRO ELLENDT¹

1) URÒLEGS (BARCELONA I MADRID)

OBJECTIU:

Aportar i comentar tot un seguit de comentaris de tipus ètic envers l'activitat, també mèdica, en directoris de revistes i/o en l'adscripció a tribunals i/o jurats.

METODOLOGIA:

Treball basat en una aportació personal prèvia (CPIV: "La ética en la revisión de originales científicos" / *Arch.Esp.Urol.* 2016;69:97-99)

COMENTARIS:

Al realitzar aquestes tasques hi resta prou sobreentès que hom disposa dels suficients coneixements sobre les temàtiques a valorar.

Deurem de procedir amb: Objectivitat, reflexió, judici, prudència, imparcialitat i veracitat.

Al revisar un original científic a sol·licitud del Director de una revista:

- 1.Un Professional, òbviament aliè al entorn del autor o autors revisats, hi resta cridat per aportar tots els seus coneixements per a concloure sobre les temàtiques plantejades.
- 2.Resolt l'encàrrec, hom l'assumirà com a propi, des del punt de mira actual de la ciència i de l'art que bé es coneix i es practica.
- 3.El dictamen final no en deurà de beneficiar-li-ho en el mes mimin. Donat que es suposa realitzat, com acte d'exquisida "generositat acadèmica".

Incorriem en responsabilitats de tipus moral, si :

- 1.Dictaminen sense tenir una adequada praxi per aquets menesters.
- 2.Ho hem corregit y comentat amb lleugeresa i sense haver tingut en compta totes i cadascuna de les circumstancies del cas.
- 3.No mantenim mentre dura el procediment el secret del revisat.

De rebre un encàrrec i honradament hi comprenen que no estem capacitats per tractar-lo o pensem que podem incorre en les objeccions ja esmentades:

- 1.Ens abstindrem i ho farem saber a la Secretaria pertinent.
- 2.Ofrenarem al menys dos col·legues que hi creiem mes capacitats que nosaltres per aquest fi.

Deurem d'estar sempre sotmesos a la "ètica del revisor":

- 1.Sols es pot acceptar per a revisar del que se sap i s'entén.
- 2.Haurem de tractar al material sotmès a revisió de un col·lega, com a nosaltres ens agradaria que se tractessin els nostres treballs.

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00143

PERFIL DELS DEMANDATS PER PRESUMPTA MALA PRAXI UROLÒGICA (II)

CARLES PELLICÉ I VILALTA¹, JOSEP BENET I TRAVÉ², ROGER BRUGUERA I VILLAGRASA²

1) CLÍNICA DE N.S. DEL REMEI DE BARCELONA 2) SERVEI DE RESPONSABILITAT PROFESSIONAL DEL COL.LEGI DE METGES DE BARCELONA

INTRODUCCIÓ:

Fora prudent tenir prous coneixements del que fer per no ser demandats, del perquè ens demanden els malats i del que fer quan hem estat demandats.

OBJECTIUS:

1. Anàlisi circumstanciat envers el número, causes i conseqüències de les reclamacions per suposada mala praxi urològica.
2. Cercar vies que evitin els procediments judicials.
3. Conèixer les conductes de risc e implantar les ajustades a la normopraxi assistencial.

METODOLOGIA:

Estudi observacional i retrospectiu per suposada “mala praxi” urològica.

Casística extreta de la documentació, sota custòdia, en el “Servei de Responsabilitat Professional” del CoMB.

Període d'estudi: 1986 – 2016.

Tractament de les dades sota uns molt estrictes, obvis i obligats respectes tot aspecte deontològic i medicolegal.

RESULTATS :

1. *BIAIXOS PREVIS*: No tots els “actes urològics” demandats, han estat realitzats per facultatius uròlegs. Hi ha actes en el que concursen mes d'un facultatiu. Hi ha professionals demandats en diferents trams etaris.

2. *FACULTATIUS*: 231 metges implicats / 177 sols amb una (78%) i 54 amb mes d'una (22%)

3. *NUMERO DE REINCIDÈNCIES* : 39 dos cops (73% - 13% condemnes), 11 tres cops (20% - 6% condemnes), 3 quatre cops (5% - 12% condemnes) i 1 cinc cops (2% - 12% condemnes).

4. *EDATS*: 13 menors de 30 anys (5% - 15% condemnes), 78 entre 30-39 anys (28% - 10% condemnes), 79 entre 40-49 anys (28% - 10% condemnes), 74 entre 50-59 anys (27% - 20% condemnes) i 32 amb mes de 60 anys (12% - 31% condemnes).

5. *CENTRES*: Privats (119 - 53%) i Públics (10474 - 47% / 24 ICS 11% – 80 XHUP 36%)

6. *SEXES*: 204 barons (91%) i 20 dones (9%).

CONCLUSIONS:

L'estricta observança en la sol·licitud de la signatura dels Consentiments Informats i l'aplicació, cas per cas, dels protocols, algorismes i guies clíniques, evitaran poder ser demandats i de ser-ho facilitaràn, en molt, les tasques pericials de defensa jurídica.

ID: 00162

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES CON MÁRGENES POSITIVOS TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL POR CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES

JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA SCHWALB¹, JOSE IGNACIO PÉREZ REGGETI¹, XAVIER BONET PUNTÍ¹, HECTOR RAMOS REINA¹, MIGUEL ANGEL LÓPEZ-COSTEA¹, FRANCESC VIGUÉS JULIA¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos:

La nefrectomía parcial (NP) actualmente es el tratamiento de elección para tumores renales pequeños y localizados (cT1). Uno de los puntos de debate respecto a esta técnica es el manejo de los pacientes con margen de resección quirúrgica afectado/positivo (MP). En este trabajo presentamos los resultados oncológicos a largo plazo en pacientes con MP tras NP por carcinoma de células renales (CCR).

Material y métodos:

En nuestro centro entre el año 1990 y 2011 se realizaron 207 NP, de las cuales 17 presentaron MP. 2 pacientes fueron excluidos del estudio por nefrectomía radical posterior (uno por sangrado en el post-operatorio y otro por elección propia). Solo se incluyó en el estudio a pacientes con un seguimiento mínimo de 60 meses. El seguimiento se realizó con Tomografía Computarizada (TC) cada 6 meses en los primeros 2 años y luego anualmente. Los resultados oncológicos, supervivencia cáncer-específica (SCE) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) fueron calculados con el método de Kaplan-Meier.

Resultados:

La mediana de edad fue de 62 años (RIQ: 55-71) y el tamaño tumoral promedio fue de 34,8 (10-77) mm. Los resultados histopatológicos fueron: 6 (40%) CCR de células claras, 4 papilares (26,7%), 3 cromófbos (20%) y 2 oncocíticos (13,3%). Los estadios tumorales histopatológicos fueron: 11 (73,3%) pT1a, 1 (6,7%) pT1b y 3 (20%) pT3a. La mediana de seguimiento fue de 84 meses (RIQ 72-120). 2 pacientes presentaron recidiva y muerte a causa de la misma. El primero tuvo recidiva a distancia con metástasis pulmonares a los 112 meses, siendo la histopatología inicial de CCR tipo células claras pT3a. El segundo presentó a los 59 meses metástasis pulmonares, hepáticas y óseas, con histopatología inicial de CCR tipo células claras pT1a. La SCE a 5 años fue de 87,5% y la SLE a 5 años fue de 93,3%.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, pacientes con MP tras NP pueden ser manejados de manera conservadora, obteniendo resultados oncológicos aceptables a largo plazo.

ID: 00163

NEFRECTOMÍA PARCIAL EN CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: RESULTADOS ONCOLÓGICOS

JAIME FERNÁNDEZ-CONCHA SCHWALB¹, XAVIER BONET PUNTÍ¹, HECTOR RAMOS REINA¹, JOSE IGNACIO PÉREZ REGGETI¹, MIGUEL ANGEL LÓPEZ-COSTEA¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, FRANCESC VIGUÉS JULIA¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Objetivos: La nefrectomía parcial (NP) es la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento de carcinoma de células renales (CCR) localizado de pequeño tamaño (cT1), con resultados oncológicos equiparables a la nefrectomía radical a corto/mediano plazo. Sin embargo, son pocos los estudios que analizan los resultados oncológicos a largo plazo tras una cirugía preservadora de nefronas. El objetivo de este estudio es analizar los resultados oncológicos a largo plazo, de NP en CCR. Asimismo, se busca realizar un sub-análisis de los pacientes con márgenes positivos (MP) tras una NP.

Materiales y métodos: Este es un estudio retrospectivo que incluye 198 nefrectomías parciales de tumores renales malignos realizadas en nuestro centro hospitalario entre 1990 y 2014: 123 (62,1%) realizadas por vía abierta; 71 (35,9%) laparoscópica convencional y 4 (2%) robótica. Respecto a la histología de los tumores intervenidos tuvimos: 138 (69,7%) CCR de células claras, 35 (17,7%) papilares, 19 (9,6%) cromóforos y 6 (3%) oncocíticos. El seguimiento de los pacientes se realizó con tomografía computarizada (TC) tóraco-abdominal cada 6 meses durante los dos primeros años y luego anualmente. El seguimiento promedio fue de 71,6 meses, con una mediana de seguimiento de 64 meses.

Resultados: En nuestra serie se objetivó una supervivencia global de 88,9%, una supervivencia cáncer-específica (SCE) de 97,8% y una recurrencia global (RG) de 7,6% (15 pacientes), con un tiempo de recurrencia promedio de 31,6 (6-64) meses. La presencia de MP fue reportada en 13,6% de casos (27 pacientes) y la SG, SCE y tasa de RG en este subgrupo fue de 96,3%, 96,3% y 7,4% (2 pacientes) respectivamente.

Conclusiones: En nuestra serie, la NP se confirma como una buena opción terapéutica para CCR localizados (cT1) con resultados oncológicos satisfactorios a largo plazo. Se precisa de un estudio estadístico para analizar los factores pronósticos en términos de supervivencia y recurrencia a largo plazo (en curso en nuestro centro para esta serie).

Dia: DIVENDRES 31 DE MARÇ

Sala: SALA 3

Sessió: COMUNICACIONS 1

Horari: de 17:00 a 18:30 h

ID: 00154

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

IGNACIO ASIAIN IRAETA¹, MARTA PIQUERAS BARTOLOME¹, SANTIAGO CAPDEVILA QUEROL¹, CESAR VARGAS BLASCO¹

1) Hospital de Viladecans

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 2016 hasta Diciembre de 2016 han sido realizadas en nuestro centro 75 URS en régimen de CMA, todas ellas por patología litiásica.

Resultados: Se incluyeron 45 hombres y 30 mujeres. La localización del cálculo fue en uréter proximal en 19 casos (25,3%), en uréter medio en 20 casos (26,6%) y en uréter distal en 36 casos (48%). El tamaño medio del cálculo fue de 8,25 mm. En el 86,6 % de los casos la URS fue resolutive. En 33 casos (44%) el paciente era portador de catéter 2J y en 43 casos (57,3%) se colocó un catéter 2J tras el procedimiento. La tasa de conversión a ingreso fue del 10%, siendo la causa más frecuente por horario de la Unidad de CMA. La tasa global de complicaciones fue del 9,3%, 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. Se ha observado que se puede ofrecer un tratamiento seguro y eficaz de esta patología con una tasa de complicaciones similar a la de los paciente hospitalizados.

ID: 00181

MANEJO DE LA LITIASIS RENAL BILATERAL MEDIANTE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA BILATERAL SIMULTÁNEA

ALONSO NARVÁEZ BARROS¹, CARLOS TORRECILLA ORTIZ¹, SERGI COLOM FEIXAS¹, JOSÉ MARÍA CUADRADO CAMPAÑA¹, MARÍA FIOLE RIERA¹, ANDREU ALABAT ROCA¹, LLUIS RIERA CANALS¹, FRANCISCO VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitario de Bellvitge-IDIBELL. Barcelona.

Introducción: La nefrolitotomía percutánea (NLP) es el estándar de tratamiento para litiasis grandes y/o complejas. Recientemente se ha demostrado resultados favorables con realización de nefrolitotomía percutánea bilateral simultánea (NLPBS) en el manejo de esta patología, pero aún los estudios son limitados. El objetivo de nuestro estudio fue de evaluar la eficacia y seguridad en el tratamiento de litiasis renales bilaterales con NLPBS.

Material y métodos: Estudio prospectivo y consecutivo en un centro terciario, periodo Septiembre/2012- Octubre/2016. Inclusión de pacientes diagnosticados de litiasis renales bilaterales por TC abdominal a quienes se les realizó NLPBS según técnica quirúrgica: posición prono, punción guiada por fluoroscopia y acceso de 24F. Se dejó nefrostomía post-quirúrgica en todos los casos y catéter utereral intraoperatorio en casos seleccionados. Parámetros evaluados: éxito clínico (resolución o persistencia), complicaciones y seguimiento. Análisis descriptivo retrospectivo.

Resultados: Durante el periodo del estudio se realizaron 732 NLP, realizándose NLPBS en 18 pacientes (2,5%). Edad media de 54años±13,9(32-79), 13H/5M. Factores asociados/comorbilidad: IMC>30 (n=7), hiperparatiroidismo (n=2), Enf. Inflamatoria intestinal (n=2), estenosis pieloureteral izquierda (n=1), anticoagulación por FA (n=1), Cirrosis biliar primaria (n=1), vasculitis+IRC (n=1), ICC+SAHOS (n=1), ACV+hemiparesia (n=1). Tamaño medio de la litiasis 37mm±17,6(15-70). Tiempo operatorio medio 147min±53(60-240). Disminución media de Hb post-cirugía 2,5g/dl±1,8(0-8). Media de hospitalización 9,5días±8.9(2-38). No se registraron complicaciones intra ni post-operatorias inmediatas. Análisis de litiasis: Estruvita (n=5), brushita (N=3), ácido úrico (n=3), mixtas (n=3), oxalato cálcico (n=2), pendiente de análisis (n=2). Complicaciones post-operatorias (>24h) del 22%: 4 pacientes Clavien IIIa (pseudoaneurismas que requirieron embolización y cateterismo ureteral). Evolución: Resolución completa 56%; Persistencia de litiasis 44% que requirieron re-intervención (4 LEOC, 1 ureterolitotomía, 2 URS, 1 NLP) pero con resolución completa posterior. No se registró mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico. Media de seguimiento 32meses±13,2(3-50).

Conclusiones: Se describe la serie más larga de NLPBS reportada por un centro español con un alto éxito clínico y con bajo número de complicaciones. La eficacia y seguridad de la NLPBS son comparables a la NLP con la ventaja añadida de someter al paciente a un solo procedimiento anestésico y un solo ingreso hospitalario. La NLPBS se debe realizar en pacientes seleccionados y en centros con experiencia.