

XXI SIMPOSI SCU

BARCELONA, 13 I 14 D'ABRIL DE 2018

PÒSTERS 3

(P22 - P35)

DISSABTE 14 / 09:00-10:30 / SALA 2

Moderadors: Montserrat Arzoz i Maria Fiol

Àrea temàtica: Trasplantament renal

Número: P22

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00269

MANEJO DE LA ESTENOSIS Y FÍSTULA URETERAL TRAS EL TRASPLANTE RENAL: UTILIZACIÓN DE LA VÍA NATIVA.

ANDREU ALABAT ROCA¹, LLUÍS RIERA CANALS¹, BEGOÑA ETCHEVERRY GIADROSICH¹, MARIA FIOL RIERA¹, SERGI BEATO GARCÍA¹, RAUL COCERA RODRÍGUEZ¹, LAIA PUJOL GALARZA¹, FRANCESC VIGUÉS JULIÀ¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducción: La incidencia de complicaciones ureterales en el trasplante renal (TR) es de un 5 - 10%. La utilización de la vía nativa es una alternativa para la resolución de dichas complicaciones. El objetivo de este estudio es valorar nuestra experiencia con esta técnica.

Metodología: Se realiza un estudio de cohortes retrospectivo de los TR realizados entre Enero de 1997 y Diciembre de 2017 en los que se utilizó la vía nativa para la resolución de complicaciones de la vía urinaria. Se revisa indicaciones, aspectos técnicos, complicaciones y recurrencia.

Resultados: Durante este período, de 2015 TR se utilizó la vía nativa en 41 pacientes, 12 fístulas urinarias (FU) y 29 estenosis ureteral (EU).

La mayoría de las EU y FU se localizaron en uréter distal. Se realizó anastomosis uretero-piélica en un 68% de los casos, uretero-ureteral en el 24% y piélico-piélica en el 7%. En el 34% de los casos se realizó nefrectomía del riñón nativo: 71% concomitante y 29% diferida.

Las complicaciones postoperatorias se agruparon según la clasificación de Clavien-Dindo, siendo la mayoría un grado I (56%). Las re-intervenciones ya sea por eventración, re-estenosis o hematomas (IIIb) se observaron el 23 % de los casos. Como complicaciones más graves un paciente terminó en hemodialisis (IVa) y otra paciente requirió de larga estancia en unidad de críticos por sepsis urinaria (IVb).

La creatinina media a los 3 meses de la cirugía fue de 167 $\mu\text{mol/L}$ (IC95%: 81-299). En un caso de FU fue necesaria la trasplantectomía tras varias re-intervenciones.

En el 80% de los casos el resultado fue satisfactorio con una media de seguimiento de 74 meses (IC 95%: 14-202). Ocho casos (20%) tuvieron que ser re-intervenidos (5 FU y 3 EU). La tasa de re-intervención fue significativamente mayor en las FU ($p=0.034$). La recurrencia se trató mediante una segunda intervención utilizando nuevamente vía nativa y en 3 casos se utilizó endoprótesis.

Conclusión: La utilización de la vía nativa es una excelente estrategia quirúrgica para la resolución de las complicaciones de la vía urinaria en el TR. En nuestra experiencia los resultados son peores en los casos de FU.

Àrea temàtica: Trasplantament renal

Número: P23

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00324

TERÀPIA DE PRESSIÓ NEGATIVA PROFILÀCTICA EN MALALTS OBESOS POST TRASPLANTAMENT RENAL

C. FERREIRO¹, M. FIOL¹, B. ETCHEVERRY¹, L. PUJOL¹, R. COCERA¹, E. MELILLI¹, L. RIERA¹, J.F. SUÁREZ¹, F. VIGUÉS¹

1) Hospital Universitari de Bellvitge

Introducció i objectius

Els esdeveniments adversos secundaris a la cicatrització de ferides són considerats avui en dia el tipus més comú de complicació quirúrgica post trasplantament renal, i una de les principals causes de morbiditat. S'ha descrit que la infecció de ferida quirúrgica ocorre en un 4% dels casos, essent factors de risc per la mateixa: edat de més de 60 anys, IMC elevat o Diabetis Mellitus entre d'altres. Dins de les eines preventives apareixen els dispositius d'un sol ús de teràpia de pressió negativa (TPN), dissenyats per afavorir la curació de la ferida eliminant l'exsudat i reduint la tensió de la sutura.

Hem realitzat un anàlisi retrospectiu de les complicacions de ferida quirúrgica del trasplantament renal dels pacients amb obesitat de l'últim any en el nostre centre, comparant el grup en què es col·locaren apòsits de TPN amb el grup amb apòsit convencional.

Material i mètodes

Des del gener de 2017 al gener de 2018 s'han realitzat 177 trasplantaments renals, amb un percentatge de pacients obesos del 24,9% (n=44). El mes de maig de 2017 es van introduir els dispositius de TPN tipus PICO® i PREVENA® en el nostre hospital i en malalts trasplantats renals obesos es col·locaren en el 31,8% dels pacients (n=14). Els apòsits es col·loquen de manera estèril en el quiròfan posteriorment al tancament de la ferida quirúrgica, mantenint l'esterilitat fins a la retirada del mateix als 7 dies, que és quan es revisa la ferida i es decideix si en precisa d'un nou. Dels 44 obesos, reportem 14 ferides amb TPN preventiva (12 PICO® ; 1 PREVENA®). Hem analitzat les complicacions relacionades amb ferida quirúrgica en els dos grups en forma de seroma, infecció superficial i profunda i evisceració.

Resultats

La mitja d'edat de tot el grup era 62,1 anys (IC 95% 58,3 – 65,5); essent de 60,2 i de 62,9 anys en els grups amb i sense TPN respectivament (p=0,47). Un 43,2% eren diabètics (n=19), corresponent 9 pacients (47,4%) en el grup de TPN i 10 (52,6%) en el grup de no TPN (p=0,05). Categoritzant el grau d'obesitat, 34 malalts (77,3%) entraren el grup d'obesitat grau I (IMC 30 – 34,9) i 10 (22,7%) amb obesitat grau II (35 – 39,9), amb mitges d'IMC en el grup amb TPN de 32,4 (IC 95% 30,8 – 34,1) i de 33 (IC 95% 32,1 – 34) en el grup sense TPN (p=0,49).

En un 70,45% (n=31) de malalts no es reportaren complicacions de ferida quirúrgica, 10 (32,3%) del grup amb TPN i 21 (67,8%) del grup sense. Entre les complicacions descrites, consten 3 seromes (6,8%), 3 infeccions superficials (6,8%), 1 infecció profunda (2,3%) i 3 casos amb evisceració (6,8%), sense diferències estadísticament significatives entre els dos grups (p=0,99). Referent als dies d'ingrés, amb una mitja de dies de 24 (IC 95% 12,3 – 35,6), no s'evidenciaren diferències entre ferides amb TPN (16,2 dies) i sense TPN (27,5 dies), p=0,18.

Conclusions

En més del 70% de pacients obesos no s'han reportat complicacions relacionades amb la ferida quirúrgica del trasplantament renal, i encara que en els pacients on es col·locà teràpia de pressió negativa preventiva sí s'han reportat menys dies d'ingrés, i menys infeccions profundes, els resultats no són estadísticament significatius.

Àrea temàtica: Urologia Funcional i HBP

Número: P24

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00282

AMPLIACIÓ VESICAL AMB REIMPLANT URETERAL

ORIOLO MORENO RIBERA¹, RICARDO LÓPEZ DEL CAMPO¹, LUÍS CASTRO SÁDER¹, MARTA ALLUÉ LÓPEZ¹, CARLES RAVENTÓS BUSQUETS¹, ADRIÀ PIÑERO ZOMEÑO¹, FERNANDO DIAZ FERNÁNDEZ¹, IGNASI GALLARDO ANDRÉS¹, AINA SALAZAR GABARRÓ¹, ADRIAN TORRES VELÁZQUEZ¹, ENRIC MIRET ALOMAR¹, MERCÈ CUADRAS SOLÉ¹, JUAN MOROTE ROBLES¹

1) HOSPITAL VALL D'HEBRON

La cistoplàstia és una cirurgia poc freqüent que consisteix en augmentar la capacitat vesical i així disminuir la pressió d'ompliment. Per aconseguir aquest augment de capacitat se sol utilitzar colon o ili destubulitzat, i en alguns casos estómac.

La principal indicació és en pacients amb bufeta neurògena que provoca hidronefrosis i afectació de la funció renal com a conseqüència de les altes pressions intravesicals.

Es presenta el cas de pacient de 36 anys que com antecedent rellevant presenta síndrome de LEOPARD amb fenotip Noonan amb les següents manifestacions: braquidactília a mans, pterigium coli, pectus excavatum, lentigens a tronc i intervingut d' hipospàdia durant la infància.

Estudiat al servei d'urologia per presentar dificultat miccional d'anys d'evolució. Es realitza ecografia renovesicoprostatica, on s'observa important dilatació pielocalicial i ureteral bilateral amb bufeta urinària de parets engruixides de manera difusa i amb 50% de residu post miccional. Es completa estudi amb cistoscòpia, on s'observa adenoma prostàtic que protrueix cap a bufeta. Es decideix realitzar resecció transuretral de pròstata sense incidències.

Durant el post operatori s'objectiva empitjorament progressiu dels nivells de creatinina pel què es sol·licita TC urografia informant de ureterohidronefrosi bilateral amb significativa tortuositat dels trajectes ureterals, sense defectes de repleció i engruiximent mural difús molt significatiu de la bufeta urinària. Davant els nivells de creatinina i la informació obtinguda al TC es decideix punció de nefrostomia bilateral.

Posteriorment es realitza pielografia bilateral a través de les nefrostomies objectivant gran dilatació d'urèters amb afillament progressiu bilateral a nivell vesical. El pacient és donat d'alta i es programa recanvi de nefrostomies per cateters ureterals intern-extern.

Durant els següents mesos el pacient presenta diversos episodis de pielonefritis, decidint-se finalment en comitè urològic realitzar cirurgia d'ampliació vesical amb segment ileal i reimplatament ureteral.

Es realitza nova pielografia bilateral que mostra correcte pas de contrast a la bufeta.

En nou episodi de pielonefritis es realitza cistouretrografia miccional seriada que mostra reflux vesicoureteral bilateral amb gran residu post miccional pel què es decideix iniciar cateterismes intermitents.

En el moment actual el pacient realitza autocateterismes intermitents aproximadament cada 4-5 hores. No ha presentat nous episodis de pielonefritis i la ureterohidronefrosi ha millorat progressivament.

Amb la ileocistoplàstia s'ha aconseguit augmentar la capacitat vesical i disminuir la pressió intravesical, pel què s'ha millorat el grau d' ureterohidronefrosi i reflux, controlant així les seves possibles complicacions.

Àrea temàtica: Urologia Funcional i HBP

Número: P25

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00261

RETENCIÓ AGUDA D'ORINA PER CAUSA NO UROLÒGICA

ADRIÀ PIÑERO ZOMEÑO¹, ENRIC MIRET ALOMAR¹, ORIOL MORENO RIBERA¹, IGNASI GALLARDO ANDRÉS¹, FERNANDO DÍAZ FERNÁNDEZ¹, ADRIÁN TORRES VELÁZQUEZ¹, AINA SALAZAR GABARRÓ¹, MERCÈ CUADRAS SOLÉ¹, RICARDO LÓPEZ DEL CAMPO¹, ALBERT CARRIÓN PUIG¹, MARTA ALLUÉ LÓPEZ¹, LUIS CASTRO SADER¹, JUAN MOROTE ROBLES¹

1) Hospital Universitari Vall d'Hebrón

Objectiu: La retenció aguda d'orina (RAO) és un del motius de consulta més freqüents a Urgències d'Urologia. La hiperplàsia benigna de pròstata n'és la causa principal però en alguns casos pot ser la primera manifestació d'un trastorn no urològic. L'objectiu del nostre estudi és descriure un cas clínic de RAO de causa poc freqüent.

Material i mètodes: Home de 48 anys exconsumidor d'opioïdes i cocaïna, amb antecedents de hipertensió arterial, insuficiència aòrtica moderada, infecció per virus de l'hepatitis C tractada i tuberculosi pulmonar tractada amb quimioprofilaxi i sense seqüeles al 1997; que reconsulta a Urgències a les 48 hores de RAO amb sortida de 1200cc d'orina per hematúria i estrenyiment, sense febre. Al tacte rectal la pròstata és de consistència elàstica, grau I, sense lesions sospitoses i s'objectiva gran fecaloma. Reinterrogat, explica dolor lumbar de dues setmanes d'evolució i disminució de la sensibilitat en sella de muntar. Es sol·licita valoració per neuròleg de guàrdia que orienta el cas com a compressió medul·lar i es sol·licita ressonància magnètica lumbar que identifica extrusió discal amb migració caudal L5-S1. Es realitza microdissectomia L5-S1 de manera urgent amb una evolució favorable. Durant les dues primeres setmanes després de la intervenció requereix reeducació esfinteriana i cateterismes intermitents amb milloria progressiva del control miccional essent donat d'alta amb miccions espontànies sense residu postmiccional.

Resultats: La compressió de les últimes arrels nervioses de la medul·la espinal (L2-S5) rep el nom de síndrome de la cua de cavall i la causa més freqüent és la hèrnia discal lumbar. El sistema nerviós simpàtic permet l'ompliment vesical relaxant el detrussor a través del nervi hipogàstric (arrels T10-L2). Per altra banda, el sistema nerviós parasimpàtic provoca la seva contracció a través del nervi sacre (arrels S2-S4). L'esfínter intern de l'anus també rep innervació parasimpàtica del nervi sacre, l'acció del qual és relaxar l'esfínter; indispensable per a la defecació.

Conclusions: En el cas que es presenta, una compressió aguda de L5-S1 ha suposat una retenció aguda d'orina i una obstrucció intestinal per afectació del sistema nerviós autònom precisant una cirurgia urgent que ha resultat tota la clínica satisfactòriament.

Àrea temàtica: Càncer renal

Número: P26

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00279

NEFRECTOMIA LAPAROSCÒPICA EN EL TUMOR RENAL LOCALMENT AVANÇAT: RESULTATS QUIRÚRGICS I ONCOLÒGICS

JOSEP BALANÀ LUCENA¹, ÓSCAR RODRÍGUEZ FABA¹, ANTONI ROSALES BORDES¹, JOSÉ DANIEL SUBIELA HENRIQUEZ¹, ASIER MERCADÉ SANCHEZ¹, ALBERTO BREDA¹, JOAN PALOU REDORTA¹

1) Fundació Puigvert

INTRODUCCIÓ:

La nefrectomia radical representa el tractament estàndard per als tumors renals localitzats, sent la laparoscòpia una tècnica àmpliament utilitzada, ja que redueix la morbiditat i presenta resultats oncològics similars als de la cirurgia oberta convencional. En tumors localment avançats s'ha publicat un alt índex de reconversió i de transfusió, motiu pel qual està en discussió per la seva dificultat tècnica i resultats oncològics.

OBJECTIU:

Descriure els resultats quirúrgics i oncològics dels pacients amb tumors renals estadi pT3 no metastàtic tractats mitjançant nefrectomia laparoscòpica.

METODOLOGIA:

Es va dur a terme una revisió retrospectiva de pacients amb tumors renals estadi pT3 no metastàtic tractats mitjançant nefrectomia laparoscòpica, trobant-se un total de 39 pacients que complien els criteris d'inclusió. S'han avaluat variables clíniques, quirúrgiques, anatomopatològiques i de supervivència.

RESULTATS:

L'edat mitja va ser de 63,85 anys, 77 % dels pacients eren homes, 69 % presentava un IMC major a 25 kg/m², 82 % es trobava en estadi II/III de la ASA, la mitja de mida tumoral va ser de 7,5 cm. La mitja de hemoglobina i filtrat glomerular preoperatori va ser 13,2 gr/dl i 60,5 ml/min, respectivament. L'abordatge transperitoneal va ser utilitzat en el 95 % dels pacients, només en 2 casos es va realitzar abordatge per retroperitoneoscòpia, en el 90 % dels casos es va realitzar nefrectomia radical i en el 10 % nefrectomia parcial. El temps mitjà operatori va ser de 230 min, la taxa de transfusió va ser del 7 %. Només es va registrar un cas amb complicació Grau IIIb segons Clavien-Dindo, la mitja d'estància hospitalària va ser de 5 dies. 79 % dels tumors van ser carcinoma renal de cèl·lules clares, 51 % envaïen greix perirrenal i greix del si renal i només un cas va presentar marges quirúrgics positius. Durant el seguiment, es van registrar 8 recurrències, 2 locals i 6 a distància, amb un temps lliure de progressió de 6 mesos (IC95%: 0,7-11,2), i 8 morts, 3 per carcinoma renal, amb una supervivència global de 99 mesos (IC95%: 74,7-123,2).

CONCLUSIÓ: La cirurgia laparoscòpica en tumor localment avançat representa una opció factible. En la nostra sèrie no s'ha requerit cap reconversió a cirurgia oberta, amb un baix índex de transfusió i bons resultats oncològics.

Àrea temàtica: Càncer renal

Número: P27*

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00329

TERÀPIA ABLATIVA DE TUMORS RENALS LOCALITZATS. EXPERIÈNCIA INICIAL A L'HOSPITAL DEL MAR

M. MUNARRIZ¹, A. FRANCÉS¹, A. RADOSEVIC¹, B. GASA¹, E. RUZ¹, M. COSTA¹, A. SANROMÀ¹, LL. CECCHINI¹

1) Hospilat del Mar. Serveis d'urologia i radiodiagnòstic

INTRODUCCIÓ I OBJECTIUS

Les teràpies d'ablació tèrmica, incloent la radiofreqüència (RF) i les microones (MO), són una opció pel tractament tumor renals localitzats en pacients no aptes pel tractament quirúrgic. Tanmateix, la seva eficàcia a llarg termini no esta ben establerta i les dades de què disposem suggereixen que els índex de recurrència local són més alts. Presentem un estudi descriptiu de la nostra experiència inicial amb les teràpies d'ablació tèrmica.

MATERIAL I MÉTODES

Entre juny de 2016 i març de 2018, 13 pacients amb 14 tumors renals localitzats foren tractats amb ablació per radiofreqüència o microones. Les principals raons per indicar la teràpia focal foren la comorbiditat o edat avançada, la dificultat tècnica per una nefrectomia parcial i la recidiva local després d'una nefrectomia. Com a mesura de les comorbiditats, emprarem l'índex de Charlson. En la majoria dels casos, el seguiment s'ha fet amb ecografia amb contrast als 3 mesos i TC als 6 mesos.

RESULTATS

Dels 13 pacients tractats, 9 (69,2%) són homes; amb una edat mitjana de 71 anys (55- 86); l'índex de massa corporal (IMC) mitjà es de 30,4 kg/m², (21,6-43); l'índex de Charlson mitjà és de 4,36 (11 pacients tenen hipertensió arterial, 5 insuficiència renal crònica i 4 diabetis). Nou dels tumors tractats (64,3%) eren del costat esquerra.

Respecte a les característiques del tumor, la mida mitjana és de 24.2 mm (15-43) ; 4 (30,8%) eren totalment endofítics i 4 (30,8%) molt propers al sistema col·lector. En 12 casos es realitzà biòpsia; 6 prèvies al l'ablació, 3 en el mateix temps de l'ablació abans d'aplicar-la i 3 després. Els resultats foren de carcinoma de cèl·lules renals de cèl·lules clares en 6 casos, cromòfob en 3, un de papil·lar un oncocitoma i un angiomiolipoma. Pel que fa a la tècnica emprada, en el 50% casos s'aplicà RF. Com a complicacions, hi hagué un cas de fracàs renal agut que es resolgué amb tractament mèdic. Pel que fa a la recurrència, hi ha hagut un cas de progressió a distància.

CONCLUSIONS

Les teràpies d'ablació tèrmica són una opció segura pel tractament de les masses renals petites en pacients amb comorbiditats o edat avançada, en casos on una nefrectomia parcial és tècnicament difícil i en casos de recidiva localdesprés d'un tractament quirúrgic.

Àrea temàtica: Càncer renal

Número: P28

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00272

RADIOABLACIÓ D'UN QUIST BOSNIAK III AL SINUS RENAL EN UN PACIENT MONORRÈ

ANNA FERRAN CARPINTERO¹, ARTURO DOMÍNGUEZ GARCÍA¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, ANNA ALGUERSUARI CABISCOL¹, JOAN FALCÓ FAGES¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, DARÍO GARCÍA ROJO¹, MARTA CAPDEVILA GONZALO¹, LETICIA DE VERDONCES ROMAN¹, VÍCTOR PAREJO CORTÉS¹, MARIO ROSADO URTEAGA¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, CARLOS ABAD GAIRÍN¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, ÀNGEL PRERA VILASECA¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

INTRODUCCIÓ

Els quists renals es poden classificar, segons les seves característiques a la tomografia computeritzada, en 5 categories que permeten predir el risc de malignitat i decidir el tractament. Els quists Bosniak III son malignes en aproximadament el 50% dels casos. En aquests pacients es poden plantejar diverses opcions, des de realitzar controls radiològics periòdics fins a tractaments quirúrgics com la nefrectomia parcial o radical. En pacients seleccionats podem considerar alternatives com l'ablació amb radiofreqüència.

CAS CLÍNIC

Presentem el cas d'un pacient de 59 anys monorrè funcional dret, amb antecedent d'hipertensió arterial i cardiopatia isquèmica moderada. Presenta dues tumoracions quístiques renals dretes Bosniak III; la primera al sinus renal i de ràpid creixement de 54x50mm i la segona cortical de 30x26mm.

Al centre de procedència s'ha valorat la possibilitat de realitzar cirurgia de banc amb autotrasplantament que es desestima per l'elevada complexitat, escassa evidència científica de la que es disposa i mals resultats previs. També s'ha proposat nefrectomia radical amb la conseqüent entrada en diàlisi. Es remet per a segona opinió al nostre centre, on es proposa tractament ablatiu percutani amb radiofreqüència de la lesió central amb cateterisme ureteral previ, i tractament en segon temps del quist cortical.

Inicialment, es realitza tractament ablatiu amb radiofreqüència de la lesió Bosniak III del sinus central amb cateterisme de la pelvis renal i rentats amb sèrum fred. Com a complicació del procediment, presenta sagnat que requereix embolització selectiva urgent que no comporta pèrdua de la unitat renal.

Posteriorment, el pacient presenta ràpid creixement de la segona lesió pel que es decideix realitzar ablació per radiofreqüència d'aquesta lesió. En el TC de control s'observa una imatge suggestiva de pseudoaneurisma que requereix embolització selectiva programada.

Actualment, fa 20 mesos de la última radioablació, el pacient segueix controls amb angioTC en els que s'evidencia imatge residual al sinus renal de 35mm, sense realç amb el contrast endovenós i estable des de la radioablació, i absència de tumoracions corticals. El pacient presenta una malaltia renal crònica estadi 3a que no requereix en el moment actual entrada en un programa de diàlisi.

CONCLUSIONS

L'ablació per radiofreqüència pot ser una alternativa a la cirurgia en pacients seleccionats. En aquest treball presentem un pacient monorrè amb dos quists renals Bosniak III de 54mm i 30mm en el que donades les característiques del pacient es proposa la radiofreqüència com a alternativa a la nefrectomia. Les complicacions derivades d'aquesta tècnica poden ser tractades de manera conservadora amb tècniques de radiologia vascular intervencionista que ens permeten conservar la unitat renal.

Àrea temàtica: Litiasi

Número: P29

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00327

SEPSIS URINÀRIA SECUNDÀRIA A URETEROCELE BILATERAL ASSOCIAT A LITIASIS MÚLTIPLES DE GRAN TAMANY, UN REPTE PEL CIRURGIÀ

MIREIA FARGAS MADRILES¹, JOSEP MARIA SANTILLANA ALTIMIRA¹, MARTA ALVES SANTIAGO¹, ALMUDENA BADENES GALLARDO¹, ARNAU SERRA DEOLA¹, ARIADNA FABIÀ MAYANS¹, XAVIER RUIZ PLAZAS¹, ROSA SAGRISTÀ VIDAL¹, HELENA ASCASO TIL¹, MANEL PRADOS SAAVEDRA¹, JOSE VILA BARJA¹, JOSEP SEGARRA TOMAS¹

1) Hospital Universitari Joan XXIII Tarragona. Servei Urologia

OBJECTIUS

L'ureterocele és una dilatació quística d'urèter submucós distal, associat freqüentment a altres alteracions del sistema urinari i caracteritzat per múltiples formes de presentació al moment del diagnòstic; una de les quals és la presència de litiasi al seu interior. El nostre objectiu és descriure el cas i l'actitud terapèutica davant d'un pacient diagnosticat d'ureteroceles bilaterals amb múltiples litiasis secundàries, que després d'abandonar els controls urològics, presenta sepsis urinària.

MATERIAL I MÈTODES

Presentem el cas d'un baró de 47 anys, natural de Senegal i diabètic tipus II mal controlat, que consulta al servei d'Urgències per malestar general, intolerància alimentària i sensació distèrmica.

RESULTATS

En anàlítica sanguínia urgent destaca alteració de la funció renal i acidosi metabòlica. Es realitza Ecografia objectivant severa uretrohidronefrosi bilateral amb atròfia renal esquerra i múltiples litiasis obstructives distals bilaterals juxtameatals. El pacient presenta febre alta mantinguda i mal estat general, pel que es decideix derivació urinària urgent mitjançant obertura endoscòpica "en boca somrient" de la base dels ureteroceles. S'aconsegueix extreure múltiples litiasis de gran mida i col·locar un catèter ureteral JJ dret; sent infructuós ascendir el catèter esquerre per litiasi distal impactada. Donades les troballes, es decideix reconversió a via oberta realitzant cistolitotomia amb ureterotomia distal esquerra amb extracció de més de vint litiasis; amb un temps quirúrgic total de 145min. El pacient presenta una bona evolució postoperatòria i en radiografia d'abdomen de control es descarta la presència de restes litiàsiques. Se li retira la sonda vesical en deu dies i el catèter ureteral dret al mes de la intervenció sense incidències. Actualment, segons evolució, plantejar nefrectomia esquerra per anulació renal.

CONCLUSIONS

Actualment són poques les intervencions que es realitzen via oberta pel tractament de les litiasis; però en el nostre cas, era l'actitud necessària per tal de resoldre la urgència urològica.

Àrea temàtica: Litiasi

Número: P30

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00266

PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA PER ACTINOMICES

OLGA MAYORDOMO¹, LAIA SABIOTE¹, ESTEBAN EMILIANI¹, FRANCISCO SÁNCHEZ-MARTÍN¹, FÉLIX MILLÁN¹, CARLOS ALONSO¹, ORIOL ANGERRI¹, JOAN PALOU¹

1) Fundació Puigvert

Objectius:

La infecció urològica per actinomices és una entitat poc freqüent, essent el patogen més freqüent *Actinomyces israelii*. Volem reportar la presentació atípica de la infecció a una pacient litiàsica.

Mètodes:

Dona de 64 anys monorrena quirúrgica dreta en tractament amb hemodiàlisi per malaltia litiàsica crònica, immunodeficient per positivitat a VHC i història de neoplàsia colònica, que va ingressar al nostre centre per sospita de pielonefritis obstructiva.

Resultats:

A la TC s'observava ocupació de la via urinària per material dens sense realçament sospitosos de malignitat associada a engruiximent caliciliar fins a urèter compatible amb procés infeccios-inflamatori amb orientació de pielonefritis xantogranulomatosa associada a nòdul a lòbul inferior pulmonar dret i la mostra de piorefrosi microbiològica fou positiva per *Actinomyces israelii*.

Optimitzàrem amb antibioteràpia perllongada durant 4 setmanes i es va realitzar, en un segon temps, una nefrectomia laparoscòpica simple dreta deixant en anèfria a la pacient. El resultat anatomo-patològic fou pielonefritis crònica inflamatòria, es negativitzaren els cultius urinaris i vàrem obtenir un bon control uro i pneumològic posterior.

Conclusions: L'actinomicosi és una infecció bacteriana crònica i excepcional al tram urinari en què la sospita ha de ser present en pacients immunodeprimits. La seva eradicació requerirà d'un tractament perllongat, agressiu i multidisciplinar.

Àrea temàtica: Altres

Número: P31

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00309

AMILOÏDOSI VESICAL SECUNDÀRIA: UNA CAUSA POC FREQUENT D'HEMATÚRIA

ROGER FREIXA SALA¹, ANNA COLOMER GALLARDO¹, CARLES CASTILLO PACHECO¹, DANIEL SALVADOR HIDALGO¹, MAURO SBRIGLIO¹, FERNANDO ÁGREDÀ CASTAÑEDA¹, ROBERTO MARTÍNEZ RODRÍGUEZ¹, JOAN AREAL CALAMA¹, LUIS IBARZ SERVIO¹

1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Introducció

L'amiloïdosi és una malaltia que consisteix en dipòsits extracel·lulars de proteïna fibril·lar amiloide a una o més localitzacions de l'organisme. Aquesta pot estar formada per cadenes AL (amiloïdosi primària) o cadenes AA (amiloïdosi secundària). L'amiloïdosi genitourinària és poc freqüent i s'han descrits pocs casos a la literatura. Aquests dipòsits poden aparèixer a nivell de la pelvis renal, urèters, a nivell vesical o uretral, etc. Els pacients amb amiloïdosi genitourinària poden presentar símptomes semblants als del carcinoma urotelial, el més freqüent d'aquests és l'hematúria macroscòpica.

Objectiu

L'objectiu principal d'aquest treball és donar a conèixer un nou cas d'amiloïdosi vesical secundària en una pacient de 48 anys amb antecedents de malalties autoimmunitàries.

Cas clínic

Es tracta d'una pacient de 48 anys amb antecedents d'asma, psoriasis, alopecïa universal i insuficiència renal no filiada que acudeix a urgències d'urologia per hematúria i dificultat per orinar. Es realitza sondatge vesical amb rentats vesicals manuals i sortida d'orina hemàtica amb abundants coàguls. En el control analític destaca una hemoglobina de 10.4. Es decideix deixar la pacient en observació amb rentats vesicals continus. En control analític posterior presenta hemoglobina de 8.7 i tendència a hipotensió pel que es decideix cistoscòpia armada a quiròfan. Es visualitza bufeta urinària amb paret vesical eritematosa amb coàgul organitzat al seu interior que s'aconsegueix extreure, sense lesions papil·lars ni clars punts de sagnat. Es realitza biòpsia amb pinça freda. Posteriorment, es decideix TC ABD per estudi renal i de via urinària superior que resulta normal. S'ingressa la pacient per control de la hematúria i de l'anèmia.

La pacient es manté ingressada durant per control de la hematúria que inicialment és dependent de rentats i necessitat de transfusió de 2 concentrats d'hematies per anemització amb Hb de 7.7.

Degut que es tracta d'una pacient amb antecedents d'artritis psoriàsica, insuficiència renal estadi III amb proteïnúria i de l'episodi recent d'hematúria es comenta el cas amb servei de Reumatologia i servei de Nefrologia. Es consensua biòpsia de teixit subcutani per sospita clínica d'amiloïdosi. Finalment, una vegada disponible el resultat de la biòpsia vesical i del teixit subcutani, l'estudi anatomopatològic de la biòpsia confirma el diagnòstic d'amiloïdosi secundària amb tinció Vermell-Congo positiva i proteïna AA.

Posteriorment, la pacient presenta milloria de l'hematúria permetent retirada progressiva de rentats vesicals continus. Es dona l'alta hospitalària al cap de quinze dies des de l'ingrés.

Conclusió

L'amiloïdosi és una patologia infreqüent dins la urologia. L'amiloïdosi vesical secundària és menys freqüent que l'amiloïdosi primària; normalment, s'associa a malalties inflamatòries cròniques. Així doncs, l'amiloïdosi forma part del diagnòstic diferencial de pacients amb hematúria una vegada s'han descartat les etiologies més freqüents. Cal destacar que el diagnòstic definitiu és anatomopatològic.

Àrea temàtica: Altres

Número: P32

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00238

1925: ... DEL TRACTAMENT I DEL CONTROL DE LES ESTENOSIS COMPLEXES DE LA URETRA MASCULINA ...

CARLOS PELLICE I VILALTA¹, ENRIQUE PÉREZ-CASTRO ELLENDT¹

1) UROLEGS - BARCELONA i MADRID

OBJECTIUS:

1. Saber com practicaven una uretrotomia interna els uròlegs, anys abans, de l'estandardització de la uretrotomia òptica sota visió directa tipus "sachse (1).
2. Aportar tota una iconografia, prou ben comentada i publicada al 1925, envers la tècnica en el pas i en la retirada de un bèniqué. L'autor ja ho esmentava i quedava ben clar que : "... ce n'est pas le bèniqué qui va a l'urètre, mais l'urètre qui va au bèniqué ... (2).

METODOLOGIA:

Comentaris i iconografia extrets de la monografia mèdica (1 i 2):

- *E.L. Gautier*
- *Urologie*
- *Ed. A.Maloine et fils*
- *Paris,1925*

TÈCNICA EMPRADA:

1. Resta descrit sota un correcte suport iconogràfic del com cateteritzaven una uretra masculina afectada de una estenosi complexa, emprant la tècnica del pas "amb feix de bugies". Aquestes bugies tenen un extrem metàl·lic "roscat en masclé".
2. Cateteritzada la uretra amb una bugia i amb la certesa d'haver arribat al lumen vesical, hom roscava "en femella" un instrument que en molt ens recorda a un mandril de Guyon.
3. Introduït aquest estri fins la llum vesical, empenyien la bugia.
4. Aquest estri metàl·lic tenia guia llaurada en tota la seva extensió. En ella restava introduït un instrument cisori que acabava en full de bisturí que es feia lliscar amb decisió.
5. Amb el penis amb tracció zenital. El uròleg, amb decisió, feia lliscar el instrument cisori en tota l'extensió de la guia.
6. Es retirava primer el instrument cisori i després el mandril.
7. Es col·locava una sonda que es deixava uns dies.
8. El pacient restava sotmès a dilatacions periòdiques amb bèniqués.

1.- CPiV / *Arch.Esp.Urol* 2017;70:559

2.- CPiV / *Urologia i Comarques* 2007;25:21

Àrea temàtica: Altres

Número: P33

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00297

CIRUGÍA EN DIRECTO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SEGURIDAD TRAS 17 EDICIONES DE CIRUGÍA RETROPERITONEOSCÓPICA

MARIO ROSADO URTEAGA¹, ANGEL PRERA VILLASECA¹, JESÚS MUÑOZ RODRÍGUEZ¹, ARTURO DOMÍNGUEZ GARCÍA¹, JOSÉ LUIS GONZÁLEZ SALA¹, NAIM HANNAOUI HADI¹, DARÍO GARCÍA ROJO¹, CARLOS ABAD GAIRIN¹, EDUARDO VICENTE PALACIO¹, CLARA CENTENO ÁLVAREZ¹, MARTA CAPDEVILA GONZALO¹, LETICIA DE VERDONCES ROMÁN¹, VICTOR PAREJO CORTÉS¹, PAULA PLANELLES SOLER¹, ANN FERRAN CARPINTERO¹, JOAN PRATS LÓPEZ¹

1) Hospital Universati Parc Tauli - Sabadell

Introducción

La cirugía en directo es un tema de interés en cada reunión o curso en el campo de la cirugía. El potencial que tiene la laparoscopia para la retransmisión en vivo lo convierte en una excelente herramienta para la educación médica. Existe controversia sobre la seguridad del paciente sometido a una cirugía en directo durante las jornadas realizadas en cursos de formación. Algunas sociedades científicas han prohibido su uso para evitar las complicaciones que pudieran surgir durante dichas cirugías.

Método

Revisamos de forma retrospectiva todos los casos realizados en los cursos de retroperitoneoscopia realizados en nuestro centro en el período 2010-2017.

Resultados

En dicho período hemos realizado 8 nefrectomías parciales, 9 nefrectomías radicales y 6 nefroureterectomías todas ellas por vía retroperitoneal directa.

La edad media de la población fue de 64.95 +/- 9.98 años. El 87 % fueron varones. El 35 % presentaban un índice de Charlson >=2, el 65 % eran pacientes ASA 2 y el 35 % ASA >=3. El IMC es de 26.69 +/- 4.53 kg/m². El tiempo quirúrgico medio fue de 125.75 (+/-28.13) minutos en las nefrectomías parciales, 136.66 +/- 36.57 minutos en las nefrectomías radicales, 217.5 +/- 33.27 minutos en las nefroureterectomías. La mediana de pérdidas hemáticas fue de 150 ml (rango intercuartilo 100-200). La mediana de días de estancia fue de 3 días (rango intercuartilo 3-4). Sólo 4 pacientes presentaron complicaciones. 3 pacientes fueron Clavien II (2 tras recibir transfusión por sangrado y otro por necesidad de antibiótico por infección urinaria). 1 paciente fue Clavien IIIb ya que requirió reintervención para la extracción de un drenaje. Tras una mediana de seguimiento de 25 meses (1-74 meses) únicamente dos pacientes han presentado recidiva de su neoplasia urotelial de tracto superior. Uno de ellos en forma de adenopatías retroperitoneales y el otro en forma de adenopatías retroperitoneales y metástasis pulmonares.

Conclusión

La cirugía en directo realizada por cirujanos expertos y con pacientes seleccionados es una herramienta útil en la formación, sin presentar un incremento del riesgo de complicaciones para el paciente. Además, permite mantener unos buenos resultados oncológicos.

Àrea temàtica: Altres

Número: P34

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00295

UROPATÍA OBSTRUCTIVA RESUELTA CON CORTICOTERAPIA

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

1) HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL

Objetivo: La uropatía obstructiva aguda constituye una de las urgencias urológicas más comunes. Identificar los signos de alarma resulta clave para el manejo correcto de estos pacientes.

Material y métodos: Se expone el caso de un paciente de 35 años sin antecedentes patológicos de interés que acude a urgencias por dolor testicular y aumento del tamaño escrotal. Se realiza ecografía testicular que informa de hidrocele bilateral consensuando alta a domicilio con analgesia y signos de alarma. Tras dos semanas, el paciente reconsulta por dolor en hemiabdomen inferior de 10 días de evolución. En la exploración física destacan adenopatías inguinales y axilares. Análíticamente muestra un empeoramiento de la función renal con signos ecográficos de ureterohidronefrosis bilateral, por lo que se orienta como fracaso renal agudo de causa obstructiva. Se realiza TC que muestra mazacote adenopático retroperitoneal con ectasia bilateral de tramo urinario superior. Dado que el paciente presenta diuresis conservada, se descarta por el momento realización de derivación urinaria urgente. Durante el ingreso, el paciente presenta un empeoramiento de la función renal pero preservando diuresis. En PAAF de adenopatía inguinal describen adenitis granulomatosa no necrotizante con células multinucleadas con predominio de población linfocitaria CD4+ por lo que se realiza exéresis inguinal para completar estudio.

Resultados: La biopsia es compatible con sarcoidosis, iniciándose tratamiento con corticoides. A las 24h, el paciente presenta un marcado descenso de creatinina con mejoría progresiva de los síntomas. Una semana después, el paciente es dado de alta con analítica sin alteraciones, disminución del edema testicular y desaparición del dolor abdominal.

Conclusiones: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de etiología no conocida caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes. El tracto respiratorio resulta el órgano afecto en el 90% de los casos. El manejo inicial de estos pacientes debe hacerse de forma conservadora con corticoterapia.

Àrea temàtica: Altres

Número: P35

Dia: DISSABTE, 14 D'ABRIL

Sala: SALA 2

Sessió: PÒSTERS 3

Horari: 09:00 A 10:30

ID: 00305

COL·LOCACIÓ DEL CATÈTER DE DIÀLISIS PERITONEAL PER LAPAROSCÒPIA: PORT ÚNIC VERSUS DOS PORTS

ALBA SIERRA DEL RIO¹, JUAN MANUEL CORRAL¹, EDUARD GARCÍA CRUZ¹, MAURICIO D'ANNA¹, MERITXELL COSTA¹, MANEL VERA¹, ANTONIO ALCARAZ¹

1) Hospital Clínic de Barcelona

Introducció: Pel tractament de la malaltia renal crònica terminal s'han desenvolupat teràpies substitutives renals com la diàlisi peritoneal que permet l'intercanvi de fluids a través de la membrana peritoneal. Les tècniques de col·locació del catèter de diàlisi peritoneal han evolucionat des de la cirurgia oberta fins a procediments mínimament invasius com la cirurgia laparoscòpica o la inserció percutània. En el següent estudi presentem els resultats obtinguts amb una tècnica laparoscòpica innovadora utilitzant un port únic per la col·locació dels catèters de diàlisi peritoneal.

Objectius: Avaluar els resultats de la tècnica de col·locació dels catèters de diàlisi peritoneal mitjançant port únic i comparar-los respecte els de la tècnica clàssica

Pacients i mètodes: Estudi retrospectiu de 128 pacients afectes de malaltia renal crònica entre el 2011 i el 2017, candidats a teràpia substitutiva renal mitjançant diàlisi peritoneal. Els pacients es van classificar depenent del tipus de col·locació del catèter de diàlisi (laparoscòpica convencional o port únic). Es van avaluar les complicacions relacionades amb el tipus de tècnica utilitzada, infeccions, mal funcionament i viabilitat del catèter o moment de retirada.

Resultats: Un 23,4% dels pacients van presentar peritonitis al llarg del seguiment (63,3% dels quals s'havia introduït per un únic port). Les corbes de supervivència van mostrar que només un 12% dels catèters introduïts per dos ports eren viables al finalitzar el seguiment.

Conclusions: Els resultats mostren que la col·locació del catèter mitjançant port únic no redueix l'aparició de peritonitis respecte l'ús de dos ports però augmenta la durabilitat del catèter. La baixa taxa de complicacions i la simplicitat de la tècnica justifiquen l'estandardització del seu ús per la col·locació dels catèters de diàlisi peritoneal.