

XLI Reunión Anual Manchego-Extremeña de Urología

Sesión: Sesión 1

Moderadores: A. Puerto Puerto y A. Urbina Lima

Sala: García Matos; Día: viernes 4 de mayo; Hora: 19:00-21:00

C-1: BIOMARCADORES PRONOSTICO EN TUMORES TESTICULARES. ANÁLISIS DEL VALOR DEL RECUENTO TOTAL DE PLAQUETAS Y RATIO PLAQUETA-LINFOCITO.

Esper Rueda, JA; Herráiz Raya, L; Armas Alvares, AL; Salce Marte, L;; Diaz de Mera Sancchez Migallon, I; Martínez Alfaro, C; Agustí Martínez, A; Moreillo Vicente, L; Salinas Sánchez, AS; Donate Moreno, MJ; Virseda Rodríguez, JA

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

C-2: COLICO RENOURERETERAL DE ORIGEN INESPERADO

Vivanco López-Muñiz, C; Rubio Hidalgo, E; Syed Fernández, M; Gordo Flores, M.E; Gómez García, I; Alvarez Fernández, F; Martinez Rodriguez, M.B; Gómez Rodriguez, A; Villares López, A; Saenz Calzada, D; López-Guerrero, M.A; Alvarez Buitrago, L

Hospital Virgen de la Salud, Toledo

C-3: Recuento total de neutrófilos (NT) y ratio neutrófilo-linfocito (RNL) como biomarcadores pronósticos en cáncer de testículo.

Herraiz Raya, L.; Martínez Alfaro, C.; Martínez Ruiz, J.; Esper Rueda, J.A.; Armas Alvarez, A.L.; Salce Marte, L.; Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Donate Moreno, M.J.; Agustí Martínez, A.; Moreillo Vicente, L.; Carrión López, P.; Martínez Sanchiz, C.; Giménez Bachs, J.M.; Pastor Navarro, H.; Virseda Rodríguez, J.A.; Salinas Sánchez, A.S.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

C-4: CRIPTORQUIDIA: CONSECUENCIAS DE AUSENCIA DE TRATAMIENTO.

Villares López, A; Saenz Calzada, D; Gómez García, I; Vivanco López-Muñón, C; Syed Fernández, M; Martínez Rodríguez, MB; Buitrago Sivianes, S; López Guerrero, MA; Rubio Hidalgo, E; Alvarez Buitrago, L; Álvarez Fernández, MF; Gómez Rodriguez, A.

Servicio de Urología, Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo

C-5: Caso clínico: paciente con quiste intratesticular. resumen de la bibliografía

Gutierrez Martin, P.L

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina

P-6: Liposarcoma desdiferenciado de cordón espermático. Presentación de casos en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz y revisión de la literatura

C-7: Estado Actual en Protocolo de Vigilancia Activa de CaP en el HGLMC

Serrano Uribe, J.S; Dorado Valentin, M.; Díaz Convalía, E.J.; Mazuecos López, M.P.; García Luzón, A.; Zazo Romojaro, A.F.

Hospital General La Mancha Centro - Alcázar de San Juan

C-8: Correlación entre los hallazgos de resonancia multiparamétrica y la pieza quirúrgica tras prostatectomía radical laparoscópica, primeros resultados en Badajoz

Carmona Piña, C.; Camacho Monge, J.J.; Sanchez Perez, M.P.; Polo Alonso, E.; Albano Del Pozo, A.B.; Cabo Gonzalez, J.A.; Mariño Del Real, J.; Gordillo Morera, B.M.; Mateos Blanco, J.; Corchero Rubio, A.; Abengozar García Moreno, A.M.; Carmona Piña, M.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz-Hospital Infanta Cristina.

P-9: Análisis de la incidencia de complicaciones urológicas en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata resistente a la castración.

Herraiz Raya, L.; Donate Moreno, M.J.; Armas Álvarez, A.L.; Salcé Marte, L.; Espero Rueda, J.A.; Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Morcillo Vicente, L.; Fernández Anguita, P.J.; Martínez Ruiz, J.; Carrión López, P.; Pastor Navarro, H.; Martínez Sanchiz, C.; Giménez Bachs, J.M.; Salinas Sánchez, A.S.; Virseda Rodríguez, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

C-10: MASAS RETROPERITONEALES SECUNDARIAS A TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET). ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO.

Esper Rueda, JA; Armas Alvares, AL; Salce Marte, L; Herráiz Raya, L; Diaz de Mera Sancchez Migallon, I; Donate Moreno, MJ; Carrión López, P; Martínez Ruiz, J; Giménez Bachs, JM; Pastor Navarro, H; Martinez Sanchiz, C; Nam Cha, SH; Canosa Fernandez, Adriana; Atienzar Tobarra, Manuel; Virseda Rodríguez, JA

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

C-11: EL ONCOCITOMA RENAL EN NUESTRO MEDIO

Damas Arroyo, Francisco José; Rodriguez López, Sabela; Grande Murillo, David; López Sánchez, David; Puerto Puerto, Alejandro; Pérez-Utrilla Pérez, Manuel; Areche Espiritusanto, Jennifer Mariel; Ladrón Gil, María Concepción; Laguna Urraca, Ginés; Polanco Corchero, Asterio; Polanco Corcher, Asterio; Calahorra Fernández, Luis

Hospital General Universitario de Ciudad Real

**P-14: CARCINOMA RENAL DE CONDUCTOS COLECTORES DE BELLINI METASTÁSICO:
UN CASO REPORTADO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Grande Murillo, David; Rodríguez López, Sabela; Damas Arroyo, Francisco José; López Sánchez, David; Pérez-Utrilla Pérez, Manuel; Puerto Puerto, Alejandro; Areche Espiritusanto, Jennifer; Ladrón Gil, Concepción; Laguna Urraca, Ginés; Polanco Corchero, Astorio; Calahorra Fernández, Luis
Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Ciudad Real

**P-15: APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE STUI/HBP EN ATENCIÓN PRIMARIA.
ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A
LA CONSULTA DE UROLOGÍA**

Martínez Ruiz, J.; Carrión López, C.; Giménez Bachs, J.M.; Pastor Navarro, H.; Donate Moreno, M.J.; Carlos Martínez Sanchiz; Lorenzo Romero, J.; Armas Álvarez, A.; Salce Marte, L.; Esper Rueda, J.A.; Herráiz Raya, L.; Díaz de Mera Sanchez-Migallón, I.; Fernández Anguita, P.J.; Moreillo Vicente, L.; Virseda Rodríguez, J.A; Salinas Sánchez, A.S.

Gerencias de Atención Integrada de Villarrobledo y Albacete.

**P-16: APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO STUI/HBP EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS
DEL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ANTES DE LA DERIVACIÓN A LA
CONSULTA DE UROLOGÍA.**

Martínez Ruiz, J.; Carrión López, C.; Giménez Bachs, J.M.; Pastor Navarro, H.; Donate Moreno, M.J.; Fernández Anguina, P.J.; Armas Álvarez, A.; Salce Marte, L.; Esper Rueda, J.A.; Herráiz Raya, L.; Díaz de Mera Sanchez-Migallón, I.; Moreillo Vicente, L.; Segura Martín, M.; Virseda Rodríguez, J.A; Salinas Sánchez, A.S.

Gerencias de Atención Integrada de Villarrobledo y Albacete.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

BIOMARCADORES PRONÓSTICO EN TUMORES TESTICULARES. ANÁLISIS DEL VALOR DEL RECUENTO TOTAL DE PLAQUETAS Y RATIO PLAQUETA-LINFOCITO.

Esper Rueda, JA; Herráiz Raya, L; Armas Alvares, AL; Salce Marte, L;; Diaz de Mera Sánchez Migallon, I; Martínez Alfaro, C; Agustí Martínez, A; Moreillo Vicente, L; Salinas Sánchez, AS; Donate Moreno, MJ; Virseda Rodríguez, JA

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Estudios recientes han demostrado que la respuesta inflamatoria sistémica se asocia con trombocitosis reactiva en varios tipos de cáncer, incluidos algunos tumores urológicos. Actualmente varias revisiones han informado que los recuentos plaquetarios elevados y la ratio Plaqueta-Linfocito pueden estar asociados con el mal pronóstico en el cáncer gástrico, pulmón, renal y neoplasias ginecológicas. Nuestro objetivo es valorar el número de plaquetas y la ratio plaquetas/Linfocitos (RPQ/L) como factor predictivo de agresividad tumoral en cáncer testicular.

MATERIAL Y METODOS: Análisis retrospectivo descriptivo de 164 pacientes con tumores testiculares diagnosticados tratados en nuestro centro desde septiembre de 1997 hasta diciembre del 2017. Aplicamos estadística descriptiva e inferencial (chi-cuadrado), con el Software SPSS 20.0.

RESULTADOS: 164 pacientes incluidos. El 50% de los tumores fueron de tipo no seminomatoso (TNS). 89 pacientes (54,3%) recibieron algún esquema de quimioterapia, de estos un 31,4% presentaron enfermedad residual. Un total de 20 pacientes presentaron recidivas o progresión de su enfermedad, el tiempo medio de progresión 1,9 años (IC95%: 0,7 – 2,9; SD: 2,2). El tiempo de seguimiento medio fue 6,0 años, durante el cual fallecieron 8 pacientes (4,9%). 7 de ellos a causa de su enfermedad.

Los pacientes con **>400000 plaquetas/mcl** presentaron: TNS en el 88,3% (vs 46,7% de pacientes con TNS y recuento de plaquetas inferior a 400000; p=0,014), más enfermedad residual tumoral tras quimioterapia (58,3% vs 13,3% en enfermos con <400000 plaquetas/mcl; p=0,001) y mayor porcentaje de tumores en estadio II y III (58,3% vs 12,0% de estos estadios en enfermos con <400000 plaquetas/mcl en enfermos de riesgo bajo; p=0,001).

Para el ratio plaquetas/linfocitos (**RPQ/L**) se estableció como punto de corte **>150**, encontrando un total de 46/162 enfermos (28,4%) con valores superiores. Este grupo presentó mayor proporción de tumores seminomatosos(63,0% vs 45,7% en TNS; p=0,046), más enfermedad residual tumoral tras quimioterapia (37,0% vs 8,6% en enfermos con RPQ/L>150 plaquetas/mcl; p<0,0001), mayor porcentaje de tumores en estadio II y III (47,8% vs 17,3% de estos estadios en pacientes con RPQ/L<150; p<0,0001) y mayor porcentaje de progresión de la enfermedad (19,6% vs 8,6% de estos estadios en pacientes con RPQ/L<150; p=0,05).

CONSLUSIONES: Un nivel elevado de Plaquetas y una RPQ/L >150 implican un mal pronóstico en los tumores testiculares y podría servir como un biomarcador fácilmente disponible para la toma de decisiones en

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

COLICO RENOURETERAL DE ORIGEN INESPERADO

Vivanco López-Muñiz, C; Rubio Hidalgo, E; Syed Fernández, M; Gordo Flores, M.E; Gómez García, I; Alvarez Fernández, F; Martinez Rodriguez, M.B; Gómez Rodriguez, A; Villares López, A; Saenz Calzada, D; López-Guerrero, M.A; Alvarez Buitrago, L

Hospital Virgen de la Salud, Toledo

Introducción:

El cáncer testicular representa el 1% de todos los tumores masculinos, y un 5% de los tumores urológicos. Su incidencia ha aumentado en los últimos años, especialmente en países industrializados.

Los tumores testiculares presentan una alta tasa de curación, gracias a su elevada quimiosensibilidad a esquemas de tratamiento basados en cisplatino.

Caso clínico:

Paciente varón de 23 años, que acude a Urgencias por dolor testicular derecho de 3 días de evolución. Tras pautar tratamiento antibiótico se cita en la consulta de urología, en la cual tras estudio de imagen con ecografía es diagnosticado de tumor testicular derecho y programado para tratamiento quirúrgico.

Se realiza orquitectomía radical derecha sin incidencias, con resultado posterior de carcinoma embrionario, siendo el paciente remitido a Oncología para tratamiento y seguimiento posterior.

Un año después de la intervención, el paciente acude a Urgencias por dolor cólico derecho que tras varios días sin mejoría y al realizarse TAC de estudio, se observa lesión extraureteral a nivel ilíaco derecho posiblemente compatible con adenopatía sobreinfectada que se trata de forma conservadora consiguiendo considerable disminución de su tamaño y resolución de la uropatía obstructiva.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Recuento total de neutrófilos (NT) y ratio neutrófilo-linfocito (RNL) como biomarcadores pronósticos en cáncer de testículo.

Herraiz Raya, L.; Martínez Alfaro, C.; Martínez Ruiz, J.; Esper Rueda, J.A.; Armas Alvarez, A.L.; Salce Marte, L.; Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Donate Moreno, M.J.; Agustí Martínez, A.; Moreillo Vicente, L.; Carrión López, P.; Martínez Sanchís, C.; Giménez Bachs, J.M.; Pastor Navarro, H.; Virseda Rodríguez, J.A.; Salinas Sánchez, A.S.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción: El sistema inmunitario es pieza clave en la oncogénesis. Diferentes estudios muestran el valor pronóstico y diagnóstico del NT y RNL en algunos tumores sólidos. Este estudio analiza su relevancia en cáncer testicular(CaT).

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluye 164 pacientes diagnosticados de CaT entre septiembre-1997 y diciembre-2017. Se recogieron datos referentes a clínica, antecedentes de riesgo, marcadores tumorales, histología, estadio TNM, y valores de NT y RNL preorquiectomía. Posteriormente, se analizó la relación entre nuestros marcadores a estudio y la evolución de los pacientes, tomando como puntos de corte NT>8.000n/mcl y NLR>4.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue 31,4 años. Un 53,7% debutó por masa escrotal, y el 82,9% no presentaba antecedentes de riesgo. El hallazgo más frecuente fue seminoma (50%), seguida de germinal mixto (32,3%).

El 54,3% (89 pacientes) recibió quimioterapia; 28 de ellos (17,1%) presentaron enfermedad residual. Un total de 20 pacientes presentaron recidiva/progresión. La media de seguimiento fue de 6,0 años, durante el cual fallecieron 8 pacientes (4,9%).

Existía RNL>4 en 48 pacientes (29,3%), asociándose significativamente con presencia de enfermedad residual tras quimioterapia (41,7% vs 6,1% en pacientes con RNL<4), estadios II y III (47,9% vs 15,6%), y exitus (10,45% vs 2,6%).

24 pacientes (14,6%) presentaron NT>8000n/mcl, asociándose significativamente a presencia de enfermedad residual (37,5% vs 13,9% en pacientes con NT<8000n/mcl), estadios II y III (45,5% vs 22,5%), enfermos que progresaron (25,0% vs 9,4%) y que fallecieron (16,7% vs 2,9%).

Se clasificaron como “alto riesgo” aquellos pacientes con NT>8000 n/mcl y RNL>4. Éstos presentaron significativamente más enfermedad residual (44,4% vs 13,2% en bajo riesgo), más tumores en estadio II y III

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

CRIPTORQUIDIA: CONSECUENCIAS DE AUSENCIA DE TRATAMIENTO.

Villares López, A; Saenz Calzada, D; Gómez García, I.; Vivanco López-Muñón, C; Syed Fernández, M; Martínez Rodríguez, MB; Buitrago Sivianes, S; López Guerrero, MA; Rubio Hidalgo, E; Álvarez Buitrago, L; Álvarez Fernández, MF; Gómez Rodriguez, A.

Servicio de Urología, Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo

INTRODUCCIÓN

La criptorquidia se observan en el 2% de los niños, de los cuales el 90%, afecta sólo a un testículo. De ellos, el 20% presenta testículos no palpables, de los cuales en el 20% de los casos, está ausente.

Se considera el principal factor de riesgo de cáncer testicular, siendo el más frecuente el seminoma. La localización menos frecuente es la abdominal, sin embargo presenta una mayor tasa de malignización.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente varón de 52 años derivado desde Endocrinología por presentar ginecomastia de predominio derecho y aumento de beta-hCG y testosterona. Como antecedentes personales presenta criptorquidia de teste izquierdo.

Se le realiza una ecografía escrotal donde se visualiza teste derecho normal mientras que no se identifica teste izquierdo.

Se decide ampliar el estudio con un TC abdomino-pélvico donde se observa una masa pélvica de aspecto quístico heterogéneo con polos sólidos en su pared, supravesical, junto con pequeñas adenopatías retroperitoneales.

Dado los antecedentes, el primer diagnóstico a considerar sería tumor germinal intrabdominal.

Tras estos resultados se realiza exérésis laparoscópica de masa supravesical siendo la anatomía patológica compatible con tumor germinal mixto, constituido por carcinoma embrionario (aprox. 40%) y tumor del saco vitelino (10%) observándose extensas zonas necróticas (50%).

Se deriva a Oncología, donde realizan un estudio de extensión con un TC body y se observa nódulo pulmonar en lóbulo derecho inferior compatible con una metástasis y pequeñas adenopatías retroperitoneales de 5-6mm.

Se decide proponer al paciente 4 ciclos de quimioterapia según el esquema BEP, sin complicaciones.

CONCLUSIONES

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Caso clínico: paciente con quiste intratesticular. resumen de la bibliografía

Gutierrez Martin, P.L

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina

Caso clínico de un paciente jover con quiste intratesticular. Revisión de la literatura

Material y métodos:

Se realiza la presentación de un caso clínico y posteriormente, de manera detallada, se procede a preentar una revisión de la bibliografía, con estudio posterior de los diferentes tipos y recomendaciones terapueticas.

Conclusiones;

-Nuestro caso no presenta imágenes ecográficas habituales.

-El diagnóstico de quiste intratesticular suele ser accidental, asintomático y no palpable.

-El conocimiento de las características ecográficas nos permite realizar un correcto diagnóstico, sin necesidad de recurrir a métodos invasivos y poder evitar la cirugía.

,

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Liposarcoma desdiferenciado de cordón espermático. Presentación de casos en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz y revisión de la literatura

Camacho Monge, J.J; Carmona Piña, C; Sanchez Perez, M.P; Polo Alonso, E; Albano Del Pozo, A.B; Cabo Alonso, J.A; Mateos Blanco, J; Mariño Del Real, J; Gordillo Morera, B; Corchero Rubio, A; Abengozar García Moreno, A

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz - Hospital Infanta Cristina.

Los tumores paratesticulares pueden representar entre 7 y 10% de las masas intraescrotales, la mayoría de ellos se originan en el cordón espermático siendo su mayoría de naturaleza benigna. Los tumores malignos representan el 30% de estos, siendo sarcomas en un 90% de los casos y de estas, apenas un 3-7% son liposarcomas.

Se trata de una neoplasia poco frecuente, de crecimiento lento, descritos como tumores mesenquimales malignos de tejido adiposo de los que existe cerca de 200 casos descritos en la literatura médica; a pesar de constituir un raro tipo de tumores, presumiblemente cuentan con un buen pronóstico.

OBJETIVO:

Presentamos nuestra experiencia con dos casos de liposarcoma paratesticular, describiendo los métodos diagnósticos, tratamiento y seguimiento de los pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Presentamos dos casos recientes intervenidos en nuestro hospital, pacientes de 72 y 80 años, ambos consultaron tras ser derivados a Uroología desde atención primaria al presentar dolor testicular y bultoma escrotal. Tras valoración en consulta y estudio radiológico (ecografía y TC) con hallazgos de masa paratesticular dependiente de cordón espermático, se solicita estudio preoperatorio incluyendo a ambos en lista de espera quirúrgica.

RESULTADOS:

Ambos pacientes son intervenidos quirúrgicamente, el primero de ellos, paciente de 72 años, presentaba la afectación en íntimo contacto con testículo; el segundo de ellos, de 80 años, presentó afectación del cordón extendida hasta dentro de conducto inguinal. En ambos casos el resultado de la pieza analizada fue

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Estado Actual en Protocolo de Vigilancia Activa de CaP en el HGLMC

Serrano Uribe, J.S; Dorado Valentin, M.; Díaz Convalía, E.J.; Mazuecos López, M.P.; García Luzón, A.; Zazo Romojaro, A.F.

Hospital General La Mancha Centro - Alcázar de San Juan

Introducción: Desde Septiembre/2016 iniciamos la aplicación del Protocolo de Vigilancia Activa en CaP en nuestra institución y tras 18 meses de aplicación valoramos el estado actual del mismo.

Objetivo: Describir el estado actual de la aplicación de nuestro Protocolo de Vigilancia Activa en CaP

Materiales y Métodos: Despues de 18 meses de iniciar la aplicación del protocolo de vigilancia activa en nuestra institución, hemos valorado el estado actual de los pacientes incluidos y los motivos de salida del mismo.

El Seguimiento se plantea con TR: (al menos una vez / año), PSA (al menos una vez, cada seis meses), Re - biopsia confirmatoria obligatoria dentro de 6 a 12 meses, RMNp 3 - 6 meses post Bx (opcional). Se propone cambiar a tratamiento activo si: PSA-DT <3 años, progresión Gleason en biopsias y preferencia del paciente.

Resultados: Durante estos 18 meses se han incluido 15 pacientes que cumplían todos los criterios del Protocolo, (cT1/T2a, PSA <= 20 ng / ml, Gleason </ = 6, </ = 2-3 core positivos, <50% en cada core positivo), con una edad promedio de 64 años (D:E:8) y PSA al Dx de 7.01ng/dl (DE: 2.86).

7 pacientes han salido del protocolo: 1 por resultado desfavorable de la RMN (PRR: pT2c Gleason 6); 1 por Ansiedad, a pesar de seguimiento sin progresión clínica ni patológica (PRR: pT2c Gleason 6); 1 por Exitus en IQx de Ca de Pulmón diagnosticado posteriormente; 1 por progresión clínica con elevación del PSA (PRR: pT2c Gleason 8); 3 por progresión patológica en Bx confirmatoria (2 por aumento del número de cilindros y 1 por progresión a Gleason 7), estos últimos pendientes de tratamiento activo.

De los 8 pacientes que se mantienen en la actualidad dentro del protocolo: 3 de ellos tienen Biopsia confirmatoria realizada (2: AP Negativa; 1 Gleason 6). Los otros 5 están pendientes de realización de Biopsia confirmatoria y/o RMN.

Conclusiones: La aplicación del protocolo de Vigilancia Activa en nuestra Institución ha permitido realizar un seguimiento reglado y valorar tempranamente la instauración de tratamiento activo cuando se considere necesario.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Correlación entre los hallazgos de resonancia multiparamétrica y la pieza quirúrgica tras prostatectomía radical laparoscópica, primeros resultados en Badajoz

Carmona Piña, C.; Camacho Monge, J.J.; Sanchez Perez, M.P.; Polo Alonso, E.; Albano Del Pozo, A.B.; Cabo Gonzalez, J.A.; Mariño Del Real, J.; Gordillo Morera, B.M.; Mateos Blanco, J.; Corchero Rubio, A.; Abengozar García Moreno, A.M.; Carmona Piña, M.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz-Hospital Infanta Cristina.

La resonancia multiparamétrica de próstata nos permite combinar información morfológica y funcional al mismo tiempo mediante la aplicación de secuencias como la espectroscopia, difusión y secuencias dinámicas, así mismo, nos permite no solo focalizar el estudio en la glándula sino valorar también la extensión regional a toda la pelvis o a todo el cuerpo dependiendo de la indicación clínica, es por esto que, junto con la clasificación PI-RADS, se han convertido en herramientas comprobadas en cuanto a su importancia para el diagnóstico y manejo del cáncer de próstata.

OBJETIVO:

Evaluar la correlación entre los resultados de resonancia multiparamétrica y los resultados obtenidos del análisis anatomico-patológico de la pieza tras prostatectomía radical en pacientes del Hospital Infanta Cristina de Badajoz.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica en el Hospital Infanta Cristina de Badajoz a los que previamente se les haya realizado resonancia multiparamétrica. Las resonancias realizadas fueron revisadas por radiólogos expertos utilizando la clasificación PI-RADS v2. El diagnóstico anatomico-patológico se realizó mediante el sistema de graduación de Gleason. Todos los datos fueron obtenidos del sistema operativo del Servicio Extremeño de Salud (SES).

RESULTADOS:

Pese a nuestra, de momento, poca experiencia tanto en prostatectomía radical laparoscópica como valoración prostática mediante resonancia multiparamétrica, se seleccionan los casos en los cuales se realizó dicho estudio previo a intervención quirúrgica, de los cuales se evaluaron las características descriptivas y la clasificación PI-RADS v2 para posterior comparación detallada con la pieza de anatomía patológica.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Análisis de la incidencia de complicaciones urológicas en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata resistente a la castración.

Herraiz Raya, L.; Donate Moreno, M.J.; Armas Álvarez, A.L.; Salcé Marte, L.; Espero Rueda, J.A.; Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Morcillo Vicente, L.; Fernández Anguita, P.J.; Martínez Ruiz, J.; Carrión López, P.; Pastor Navarro, H.; Martínez Sanchiz, C.; Giménez Bachs, J.M.; Salinas Sánchez, A.S.; Virseda Rodríguez, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es un proceso de larga evolución en la mayoría de casos. En el transcurso de la enfermedad pueden aparecer múltiples complicaciones en los pacientes, algunas de ellas de manejo específico por Urología como retención urinaria, uropatía obstructiva, catéteres de derivación, procesos endourológicos diagnósticos y terapéuticos, etc.

Planteamos analizar la incidencia de estas complicaciones urológicas en pacientes con cáncer de próstata resistente a castración metastásico (CPRCm) tratados con Abiraterona o Enzalutamida en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo que incluye 99 pacientes que han recibido o reciben tratamiento con Abi/Enza en nuestro centro, recogiendo las complicaciones urológicas y el manejo llevado a cabo durante esta fase final de enfermedad.

RESULTADOS: La incidencia de complicaciones urológicas en estos pacientes fue de 41,41% (41 pacientes de 99). El 39% de estos pacientes (16/41) ha presentado más de una complicación.

La complicación más frecuente fue la necesidad de sonda vesical permanente en el 36,5% de pacientes (15/41). En 4 de ellos se optó por cirugía desobstructiva (RTU prostática).

Apareció hematuria en 13 pacientes, siendo así la 2º más frecuente (31,70%). En la mayoría de estos casos (10/13 pacientes) el manejo fue conservador mediante sonda de 3 vías y lavado vesical, precisando radioterapia hemostática 2 de los casos e instilaciones con ácido hialurónico en 1 caso por cistitis rágica hemorrágica.

La 3º complicación urológica en frecuencia fue la uropatía obstructiva, en 11/41 pacientes (26,82%), precisando derivación urinaria con catéter doble J o nefrostomía percutánea.

En menor medida también presentaron retención urinaria 14 pacientes, resuelto con sonda vesical temporal y tratamiento médico; infecciones urinarias de repetición en 10 pacientes, todos ellos portadores de

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

MASAS RETROPERITONEALES SECUNDARIAS A TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET). ABORDAJE DIAGNOSTICO Y TERAPÉUTICO.

Esper Rueda, JA; Armas Alvares, AL; Salce Marte, L; Herráiz Raya, L; Diaz de Mera Sánchez Migallon, I; Donate Moreno, MJ; Carrión López, P; Martínez Ruiz, J; Giménez Bachs, JM; Pastor Navarro, H; Martínez Sanchiz, C; Nam Cha, SH; Canosa Fernández, Adriana; Atienzar Tobarra, Manuel; Virseda Rodríguez, JA
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroectodérmicos primitivos (PNET) son un grupo de tumores malignos extremadamente raros que se componen de células pequeñas indiferenciadas. Pertenecen a la familia de los tumores de los sarcomas de Ewing y más del 85% exhiben la translocación 11:22. Su incidencia es del 1% de todos los sarcomas y dentro de estos la presentación retroperitoneal es menos del 14%.

MATERIALES Y METODOS: A continuación presentamos 3 casos de tumores PNET con presentación retroperitoneal, su clínica inicial, la dificultad diagnóstica y el abordaje terapéutico planteado en esta patología tan infrecuente.

RESULTADOS: Se trata de dos mujeres y un hombre, edad media de 24 años (rango, 16-34 años). La presentación clínica en dos casos fue dolor en flanco y región inguinal derecha que limitaba la deambulación, en el otro, sensación de masa en hemiabdomen derecho de crecimiento rápidamente progresivo. Un caso se desarrolló en una paciente con antecedente de PNET glúteo a los 7 años de edad, que presenta recidiva 27 años después, como una masa parauterina, diagnosticada durante el último trimestre de su gestación.

En TC y RM se observaron grandes masas en espacio retroperitoneal derecho con diámetro máximo medio de 19cm(R: 17-25), densidad heterogénea, amplias zonas de necrosis, desplazando órganos y estructuras vasculares. No signos de metástasis a distancia. Se realiza Biopsia por aspiración en los tres casos, con difícil diagnóstico en dos de ellos, por la dificultad de obtener material valorable dada la extensa necrosis. En un caso se realizó biopsia a cielo abierto. La anatomía patológica pertenece al grupo de neoplasias agresivas de células pequeñas redondas y azules, el diagnóstico definitivo de Ewing/PNET se hace a través de inmunohistoquímica CD99 y FLI1 positivos y citogenética con expresión del transcripto EWS /FLI Positivo.

Todos los pacientes se beneficiaron de quimioterapia neoadyuvante (QTn) con esquema VAC (Vincristina. Adriamicina y ciclofosfamida) alternando IE (Ifosfomida y Etoposido). En dos casos respuesta parcial previo a la cirugía. Se realiza resección de masa residual en dos casos, el otro se encuentra actualmente en tratamiento neoadyuvante. Posteriormente completaron 14 ciclos de quimioterapia. Un caso con 3 años de seguimiento se encuentra en respuesta completa, el segundo está con tratamiento adyuvante y el último pendiente de programación quirúrgica posterior a la QTn.

CONCLUSIÓN: Los tumores PNET con presentación retroperitoneal son un grupo de tumores muy infrecuentes, con alta agresividad y de crecimiento muy progresivo, donde el abordaje diagnóstico y

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

EL ONCOCITOMA RENAL EN NUESTRO MEDIO

Damas Arroyo, Francisco José; Rodriguez López, Sabela; Grande Murillo, David; López Sánchez, David; Puerto Puerto, Alejandro; Pérez-Utrilla Pérez, Manuel; Areche Espiritusanto, Jennifer Mariel; Ladrón Gil, María Concepción; Laguna Urraca, Ginés; Polanco Corchero, Asterio; Polanco Corcher, Asterio; Calahorra Fernández, Luis

Hospital General Universitario de Ciudad Real

Objetivo:

Comparar los casos de oncocitoma renal observados en nuestra práctica clínica con la bibliografía actual sobre dicha entidad.

Material y Métodos:

Se realiza una revisión de 5 casos de oncocitoma renal presentados en nuestro hospital en los últimos 5 años, correspondiendo estos al 4% de nefrectomías realizadas. Recogemos datos referentes a los antecedentes personales del paciente, forma de presentación, descripción mediante técnicas de imagen y anatomía patológica, desarrollo de la intervención quirúrgica y seguimiento de los mismos.

Resultados:

La edad media de presentación de los pacientes incluidos en nuestra revisión fue de 60 años. El 60% de ellos (3) se presentaron con hematuria, siendo el 40%(2) un hallazgo casual en estudios de imagen. El 100% de ellos se presentaron como una masa sólida heterogénea con necrosis central en estudio TC con contraste con un tamaño entre 3.5 y 17.5cm de diámetro mayor. El 100% de las intervenciones quirúrgicas fueron laparoscópicas mediante nefrectomía radical, realizándose reconversión a cirugía abierta en dos de ellas (40%) debido a enfisema subcutáneo y lesión vascular, encontrando una media de ingreso de 5 días. En todos ellos la anatomía patológica se describió como una lesión bien delimitada marón-anaranjada observándose tejido necrótico central en 2 de los casos (40%). Sólo se contempló un deterioro de la función renal mediante ascenso de creatinina a rango no patológico en uno de los casos.

Conclusión:

No se observan discrepancias objetivas tanto en la forma de presentación, manejo y seguimiento en nuestro centro respecto a la literatura actual sobre dicha entidad.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Masas retroperitoneales

Martínez Rodríguez, MB; Villares López, A; Gómez García, I; Saénz Calzada, D; Vivanco López-Muñoz, C; Syed Fernández, M; Gordo Flores, ME; Rubio Hidalgo, E; Álvarez Buitrago, L; López Guerrero, MA; Álvarez Fernández, F; Gómez Rodríguez, A

Complejo Hospitalario Universitario de Toledo

Introducción

Las lesiones quísticas retroperitoneales presentan un amplio abanico de posibilidades, por lo que su correcta identificación y manejo se hace de vital importancia, siendo necesaria en la mayoría de los casos su extirpación para llegar al diagnóstico.

Caso clínico

Mujer de 66 años con antecedentes de histerectomía con doble anexectomía, en seguimiento por cólicos renoureterales de repetición. Durante su estudio se objetiva fracaso renal agudo y se realizan diferentes pruebas con hallazgos de:

- Ecografía abdominal: lesión quística de 10cm, con septos finos.
- Urografía intravenosa (un mes más tarde): eliminación retardada de contraste en riñón izquierdo, con dilatación del sistema excretor. Masa hipogástrica con impronta en cúpula vesical.
- TAC abdomino-pélvico (3 meses después): masa pélvica quística, con pared fina y septos, que no realza con contraste, y que comprime y desplaza a vejiga, rectosigma, y ambos uréteres en tramo distal con ureterohidronefrosis bilateral grado III-IV/IV y adelgazamiento cortical secundarios.

Los hallazgos radiológicos apuntan a linfangioma quístico. Se realiza intervención conjunta con Cirugía General: exéresis en bloque con resección de segmento de sigma con derivación tipo Hartmann, y resección de segmento ureteral izquierdo con reimplante tipo Lich-Gregoire.

El análisis histológico muestra un cistoadenoma seromucinoso retroperitoneal.

Discusión

Las masas quísticas retroperitoneales son entidades infrecuentes con características clínico-radiológicas inespecíficas. El diagnóstico diferencial abarca: tumores benignos(linfangioma quístico, cistoadenoma mucinoso, teratoma quístico), malignos(cistoadenocarcinoma mucinoso, paraganglioma, leiomiosarcoma) y lesiones no tumorales.

Alrededor del 80% presentan riesgo de malignidad. Las pruebas disponibles (ecografía, TAC, RMN, PAAF guiada) a menudo son incapaces de diferenciarlas, alcanzándose el diagnóstico definitivo con el análisis

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

A PROPÓSITO DE UN CASO: TUMOR RETROPERITONEAL EN GESTANTE

Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Giménez Bachs, J.M; Herraiz Raya, L; Esper Rueda, JA; Salce Marte,L; Armas Álvarez, AL; Donate Moreno, M.J; Salinas Sánchez, A.; Virseda Rodríguez, J.A.; Pastor Navarro, H; Martínez Ruiz, J; Carrión López, P.; Fernández Anguita, P.J; Martínez Sanchiz, C.; Moreillo Vicente, L.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

INTRODUCCIÓN

Los tumores mucinosos retroperitoneales primarios representan un grupo raro de tumores quísticos con diferenciación mucinosa. Incidencia más alta en mujeres premenopáusicas. La resección quirúrgica es necesaria para facilitar el diagnóstico y se considera el tratamiento de elección.

OBJETIVO

Conocer la importancia de la cirugía como tratamiento de elección ya que se considera el principal factor pronóstico del paciente.

MATERIAL y MÉTODOS

Presentamos un caso clínico de una mujer de 34 años, gestante de 24 semanas, sin antecedentes; que consulta por dolor abdominal continuo localizado en hipocondrio y flanco derecho irradiado hacia región lumbar de 6 días evolución. A la exploración destaca abdomen doloroso a la palpación, refractario a analgesia.

RESULTADOS

Al ingreso se realiza ecografía comprobándose feto vivo y gran formación ovalada, rellena de ecos internos, de 20 cm aproximadamente, que ocupa el hemiabdomen derecho. Se indica laparotomía exploradora hallándose útero gestante y anejo derecho normal desplazado hacia la izquierda por tumoración gigante retroperitoneal.

Se completa estudio con TAC y RNM identificándose craneal al anejo derecho una masa de 21,7cm, compleja, con nivel líquido-sangre y en su porción más posterior un foco más sólido; situada por delante del uréter al que comprime produciéndose ectasia grado 1; compatible con tumoración retroperitoneal hemorrágico tipo cistoadenoma/ cistoadenocarcinoma

Se realiza laparotomía media supra-infraumbilical para extirpación de masa retroperitoneal. El resultado anatomopatológico macroscópico de la pieza fue de tumoración encapsulada, redondeada, quística con contenido líquido, mostrando en la pared varios nódulos microquísticas que crecen hacia el interior. Dicha tumoración corresponde a un tumor mucinoso atípico proliferativo (bordeline) con focos de carcinoma

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

CARCINOMA RENAL DE CONDUCTOS COLECTORES DE BELLINI METASTÁSICO: UN CASO REPORTADO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA

Grande Murillo, David; Rodríguez López, Sabela; Damas Arroyo, Francisco José; López Sánchez, David; Pérez-Utrilla Pérez, Manuel; Puerto Puerto, Alejandro; Areche Espiritusanto, Jennifer; Ladrón Gil, Concepción; Laguna Urraca, Ginés; Polanco Corchero, Asterio; Calahorra Fernández, Luis
Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN: El carcinoma renal de los conductos colectores de Bellini, o carcinoma de Bellini es un subtipo histológico extremadamente raro dentro de las neoplasias primarias renales, suponiendo menos del 1% de todos los tumores renales. Es una estirpe agresiva y de muy mal pronóstico cuyo tratamiento principal es la nefrectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODO: Describimos el caso de un paciente de 71 años diagnosticado de carcinoma de conductos de Bellini metastásico y con afectación ganglionar (pT3aN1M1), tratado mediante cirugía radical con posterior tratamiento adyuvante con quimioterapia.

RESULTADO: Reportamos el caso de un paciente de 71 años de edad, que durante estudio por síndrome constitucional se diagnostica una masa renal derecha de 5x5 cm e incidentaloma suprarrenal derecho de 18 mm mediante tomografía computerizada (TC), siendo derivado a nuestro centro. El paciente es sometido a nefrectomía radical, suprarreñectomía radical y linfadenectomía paracava por vía laparoscópica. El análisis anatomo-patológico revela un carcinoma de conductos de Bellini pT3a con diferenciación sarcomatoide y con metástasis suprarrenal y afectación ganglionar (N1M1). En el análisis inmunohistoquímico se determina positividad a PAX8. Tras un postoperatorio sin complicaciones, el paciente es derivado a Oncología Médica para tratamiento adyuvante y recibe 8 ciclos de carboplatino + gemcitabina. Actualmente y tras dos años de seguimiento desde el diagnóstico, el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva.

CONCLUSIÓN: El carcinoma de conductos de Bellini es una variante de tumores renales muy infrecuentes. Se trata de una entidad de pronóstico infausto en la mayoría de ocasiones dada la agresividad y la alta prevalencia de enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico. El tratamiento estándar actualmente sigue siendo la nefrectomía radical, pudiéndose emplear tratamiento adyuvante como gemcitabina + sales de platino. Es una neoplasia desconocida para muchos profesionales médicos que entraña un desafío diagnóstico y terapéutico dadas las peculiaridades que la hacen distinta al resto de neoplasias renales.

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE STUI/HBP EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS DE LA ADECUACIÓN DE LAS DERIVACIONES DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A LA CONSULTA DE UROLOGÍA

Martínez Ruiz, J.; Carrión López, C.; Giménez Bachs, J.M.; Pastor Navarro, H.; Donate Moreno, M.J.; Carlos Martínez Sanchiz; Lorenzo Romero, J.; Armas Álvarez, A.; Salce Marte, L.; Esper Rueda, J.A.; Herráiz Raya, L.; Díaz de Mera Sanchez-Migallón, I.; Fernández Anguita, P.J.; Moreillo Vicente, L.; Virseda Rodríguez, J.A.; Salinas Sánchez, A.S.

Gerencias de Atención Integrada de Villarrobledo y Albacete.

INTRODUCCIÓN

La HBP suponen una elevada carga a los sistemas sanitarios que consume gran cantidad de recursos.

Esta patología puede ser diagnosticada y controlada en AP, al disponer de los medios necesarios. La alta prevalencia de patología justifica la sistematización de criterios respecto a cuando un paciente pueda ser tratado y seguido en AP, y cuando debe ser derivado.

Analizamos la evolución de las derivaciones por STUI/HBP tras la difusión de un protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS

En 2015 se elaboró un protocolo de práctica clínica para STUI/HBP basado en las recomendaciones de la AEU y las sociedades científicas de medicina de familia, adaptadas a nuestro ámbito de trabajo.

Este trabajo analiza la evolución de las derivaciones y el grado de cumplimiento de las recomendaciones del protocolo establecido.

RESULTADOS

Tras la divulgación en cada uno de los 7 Centro de Salud del área sanitaria de Villarrobledo de un algoritmo para el manejo y derivación de pacientes con STUI/HBP se observa una disminución en las derivaciones (3,33 a 2,84 pacientes derivados/1000 habitantes).

La adecuación mejoró pronto con un efecto beneficioso breve; ya que, a partir del 8º mes de la divulgación del protocolo, el grado de adecuación disminuye (55,9 a 47,8%).

La evolución de la adecuación por criterios de derivación se muestra en la tabla 1:

Tabla 1: Adecuación a criterios de derivación antes y después del protocolo

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO STUI/HBP EN ATENCIÓN PRIMARIA. ANÁLISIS DEL USO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS ANTES DE LA DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE UROLOGÍA.

Martínez Ruiz, J.; Carrión López, C.; Giménez Bachs, J.M.; Pastor Navarro, H.; Donate Moreno, M.J.; Fernández Anguina, P.J.; Armas Álvarez, A.; Salce Marte, L.; Esper Rueda, J.A.; Herráiz Raya, L.; Díaz de Mera Sanchez-Migallón, I.; Moreillo Vicente, L.; Segura Martín, M.; Virseda Rodríguez, J.A; Salinas Sánchez, A.S.

Gerencias de Atención Integrada de Villarrobledo y Albacete.

INTRODUCCIÓN

La elevada prevalencia de los STUI secundarios a HBP suponen un consumo de recursos elevado.

El abordaje y el manejo completo de pacientes con STUI por HBP puede llevarse a cabo en Atención Primaria hasta en 2/3 de los afectados. La estrecha colaboración y coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales mejora la gestión de los recursos disponibles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboramos un protocolo de práctica clínica para STUI/HBP de aplicación en Atención Primaria del área sanitaria de Villarrobledo; donde se abordó el uso de pruebas complementarias para en el diagnóstico de las HBP y su nivel de recomendación.

Analizamos la evolución del uso de pruebas complementarias para el diagnóstico de pacientes con STUI/HBP, antes de ser derivados a la consulta de urología, tras la divulgación de un protocolo para el manejo de esta patología.

RESULTADOS

Tras la divulgación del protocolo no se modificó la realización del tacto rectal a pesar de ser una prueba obligada. Tampoco modificó el uso de cuestionarios de calidad de vida.

En general, se pidieron un menor número de pruebas de función renal y de estudios ecográficos. Paradójicamente se remitieron menos pacientes sin haberles solicitado un PSA (68,1% frente a 78,6%). Prácticamente, no hubo modificaciones en cuanto a la solicitud de analíticas de orina.

La evolución de la solicitud de pruebas complementarias se resume en la tabla 1:

Tabla 1. Variación en la petición de pruebas complementarias

	Previo al protocolo	Posterior al protocolo	p