

XLIII Reunión Manchego-Extremeña de Urología

Sesión: Sesión de posters 1

Moderadores: J. Fabuel Alcañiz y A. Zazo Romojaro

Sala: Plenaria; Día: 16 de octubre; Hora: 9:15-10:45

P-11: Síndrome de Leiomiomatosis hereditaria y cancer de riñón

Ferrer López, A. I.; Rodriguez Romero, M.A.; Machado Fernandez, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A; Lopes Alves Pinto de Almeida, J.B.; Murgui Rodriguez, M.; Manzi Orenzzoli, M.P.; Rodriguez Elena, J.; Aranda Perez, J.; Varilla Varilla, C.A.I.; Bravo Fernandez, MI; Corchero Rubio, A.

HUC

P-12: Adenoma nefrogénico: a propósito de un caso

Recio bermejo, Rafael Carlos; Poma Medrano, Liz Juli; Diaz Convalía, Enrique Javier; García Luzón, Anabel; Zazo Romojaro, Andrés Francisco; Mazuecos López, María Pilar; Vázquez Escuderos Jose Julian

Hospital La Mancha Centro

P-13: Resultados de nuestras biopsias de prostata en el último año en comparación con la literatura

Ferrer López, A. I.; Rodriguez Romero, M.A.; Machado Fernandez, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A; Lopes Alves Pinto de Almeida, J.B.; Murgui Rodriguez, M.; Manzi Orenzzoli, M.P.; Rodriguez Elena, J.; Aranda Perez, J.; Varilla Varilla, C.A.I.; Bravo Fernandez, MI; Corchero Rubio, A.

HUC

P-14: Priapismo como debut de cáncer de próstata localmente avanzado.

Rodríguez Elena, José Luis; Aranda Pérez, Javier; Pareja Peña, Fernando; Ferrer López, Ana Isabel; Murgui Rodríguez, María; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruíz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, Maria Inmaculada

Hospital Universitario de Cáceres

P-15: Linfoma secundario de próstata. Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Carmona Piña, C.; Palacio Villamagua, P.A.; Gutierrez Aguilar, A.; Luque Moreno, J.; Rodríguez Jauregualde, V.; Camacho Monge, J.J.; Carmona Piña, M.; Cabo González, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

P-16: PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE EUA. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Rico Marco, S.; Carrión López, P.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Legido Gómez, O.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Pastor Navarro, H.; Martínez Sanchiz, C.; Fernández Anguita, P.J.; Salinas Sánchez, A.S.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

P-17: ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VIGILANCIA ACTIVA

GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, E.; ALBERTO BRAVO, M.J.; HERRERO GUTIERREZ, M.; BARRIGA GUIJO, R. M.; SANZ MIGUELÁÑEZ, J.L.; OTERO TEJERO, I.; LEAL HERNÁNDEZ, L.F.; POZO MENGUAL, B.; SYED FERNANDEZ, M.; CHICHARRO ALMARZA, G.J.; COVARÍA ACUÑA, F. H.; TORRES VARAS, L.; MERINO HERNÁEZ, A.C.; GOLBANO ABLANQUE, J. M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

P-18: PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA FRENTE A PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA: COMPARACIÓN DEL TIEMPO QUIRÚRGICO, SANGRADO, PRESERVACIÓN DE BANDELETAS Y DESARROLLO HOSPITALIZACIÓN SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA.

GUTIERREZ GUTIERREZ, E.; ALBERTO BRAVO, M.J.; GONZÁLEZ VAZQUEZ, S.; MARTÍN MANZANARES, C.; ESCRIBANO LÓPEZ, B; MARLASCA GALLEGO, Y.; ANDREO SANSEGUNDO, I.; GALÁN TURDIDOR, M.A.; SANZ MIGUELÁÑEZ, J.L.; SYED FERNANDEZ, M.; TORRES VARAS, L.; POZO MENGUAL, B.; MERINO HERNÁEZ, A. C.; OTERO TEJERO, I.; LEAL HERNÁNDEZ, L.F.; GOLBANO ABLANQUE, J. M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

P-19: Comparativa entre el tiempo de retirada del drenaje en prostatectomía radical laparoscópica frente a cirugía abierta.

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Escribano López, B.; Marlasca Gallego, Y.; Andreo Sansegundo, I.; González Vázquez, S.; Martín Manzanares, C.; Galán Turdidor, M. A.; Sanz Migueláñez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Chicarro Almarza, G.J.; Covaria Acuña, F.H.; Syed Fernández, M.; Otero Tejero, I.; Leal Hernández, I. F.; Golbano Ablanque, J. M.
Hospital Universitario de Guadalajara.

P-20: ANÁLISIS DEL EMPLEO DE DOCETAXEL Y ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO

Legido Gómez, Ó.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Donate Moreno, M.J.; Carrión López, P.; Giménez Bachs, J.M.; Salinas Sánchez, A.S.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA)

P-21: A propósito de un caso: Carcinomatosis peritoneal como metástasis única en cáncer de próstata.

Pareja Peña, Fernando; Aranda Pérez, Javier; Rodríguez Elena, José Luis; Ferrer López, Ana Isabel.; Murgui Rodríguez, María.; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo.; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruiz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, María Inmaculada.
Hospital Universitario de Cáceres.

P-22: Recidiva bioquímica en pacientes sometidos a linfadenectomía ilioobturatriz laparoscópica por cáncer de próstata del Hospital Universitario de Badajoz entre junio de 2017 a junio 2020. Estudio descriptivo

Palacio Villamagua, P.A.; Luque Moreno, J; Carmona Piña, C; Gutierrez Aguilar, A; Rodríguez J. V.; Mariño del Real, J.; Murillo Mirat, J; Cabo González J.A.
Hospital Universitario de Badajoz

P-23: Metástasis cerebral de carcinoma de células renales

Aranda Pérez, J; Pareja Peña, F; Rodríguez Elena, J.L.; Ferrer López, A.I.; García Martín, L.A.;

P-24: EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA COMO TRATAMIENTO DE MASAS RENALES PEQUEÑAS

Rico Marco, S.; Giménez Bachs, J.M.; Pérez Saus, I.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Legido Gómez, O.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Carrión López, P.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

P-25: Pseudoaneurisma renal tras nefrectomía parcial, a propósito de un caso.

Higuero Acevedo, D.; Pérez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; Grande Murillo, D.; Campos Valverde, D.; García Torres, A.; Casa Valencia, M.; Calahorra Fernández, L.; Damas Arroyo, J.F.; López López, D.; Lara Isla, A.; Pérez-Utrilla Pérez, M.

Hospital General Universitario de Ciudad Real

P-26: METÁSTASIS DE CÁNCER RENAL CROMÓFOBO SOBRE CICATRIZ DE LUMBOTOMÍA DE NEFRECTOMÍA ABIERTA PREVIA. CASO REPORTADO.

Grande Murillo, D.; Pérez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; Campos Valverde, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; López Sánchez, D.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; Lara Isla, A.; Damas Arroyo, F.; Calahorra Fernández, L.

Sº Urología de Hospital General Universitario de Ciudad Real

P-11

XLIII Reunión Manchego-Extremeña de Urología. Albacete. 2021. 15 y 16 de octubre de 2021

Presentación: Poster

Síndrome de Leiomiomatosis hereditaria y cancer de riñón

Ferrer López, A. I.; Rodríguez Romero, M.A.; Machado Fernandez, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A; Lopes Alves Pinto de Almeida, J.B.; Murgui Rodríguez, M.; Manzi Orenzzoli, M.P.; Rodríguez Elena, J.; Aranda Perez, J.; Varilla Varilla, C.A.I.; Bravo Fernandez, MI; Corchero Rubio, A.

HUC

El síndrome de Leiomiomatosis hereditaria es desconocido en nuestro entorno pero de gran importancia ya que asocia varias clases de tumor en mujeres jóvenes como tumores renales, de útero y piel.

Se pretende actualizar el conocimiento de dicha enfermedad a través del caso clínico de una paciente que presentó todos los tipos de tumor de dicho síndrome con sus respectivas características histopatológicas.

P-12

XLIII Reunión Manchego-Extremeña de Urología. Albacete. 2021. 15 y 16 de octubre de 2021

Presentación: Poster

Adenoma nefrogénico: a propósito de un caso

Recio bermejo, Rafael Carlos; Poma Medrano, Liz Juli; Diaz Convalía, Enrique Javier; García Luzón, Anabel; Zazo Romojaro, Andrés Francisco; Mazuecos López, María Pilar; Vázquez Escuderos Jose Julian

Hospital La Mancha Centro

El adenoma nefrogénico es una neoplasia benigna infrecuente que histológicamente se asemeja a los túbulos renales. Predomina en varones y es resultado de una lesión crónica al urotelio en cualquier nivel.

Presentamos el caso de un paciente de 60 años con antecedentes personales de HTA, dislipemia, fumador activo de 20 cig/24 horas diagnosticado inicialmente con un tumor vesical pT1 GIII (2005) que recidiva en el año 2013 realizándose la segunda RTU con otro pT1G3 que se trató con BCG. En el año 2014 en la cistoscopia se biopsia una lesión sospechosa en la pared posterior, con anatomía patológica de cistitis folicular. En el año 2016 en la cistoscopia se vio a nivel retromeático izquierdo otra lesión eritematosa aterciopelada catalogada histológicamente como cambios reactivos.

El 21 de julio de 2021 se observa en la cistoscopia de revisión una lesión papilar de 5-7 mm en pared lateral izquierda. Se tomó biopsia fría y en la anatomía patológica se observó que expresaba ck7, EMA, PAX8, PAX2 y racemasa por lo que se diagnosticó el adenoma nefrogénico.

El día 14 de julio se realizó RTU vesical donde se observó lesión de 5 mm en pared lateral izquierda hacia fondo. Se realizó resección y en la anatomía patológica se confirmó la presencia de adenoma nefrogénico de vejiga.

P-13

XLIII Reunión Manchego-Extremeña de Urología. Albacete. 2021. 15 y 16 de octubre de 2021

Presentación: Poster

Resultados de nuestras biopsias de próstata en el último año en comparación con la literatura

Ferrer López, A. I.; Rodríguez Romero, M.A.; Machado Fernandez, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A; Lopes Alves Pinto de Almeida, J.B.; Murgui Rodríguez, M.; Manzi Orenzzoli, M.P.; Rodríguez Elena, J.; Aranda Perez, J.; Varilla Varilla, C.A.I.; Bravo Fernandez, MI; Corchero Rubio, A.

HUC

Poster donde se analizan los resultados oncológicos, tanto positivos como negativos, de todas las biopsias de próstata realizadas por nuestro servicio del hospital de Cáceres en el último año, sus resultados por estratos de Gleason y el PSA comparando estos resultados con la incidencia de los diferentes estadios del cancer de próstata al diagnóstico en la población española.

Priapismo como debut de cáncer de próstata localmente avanzado.

Rodríguez Elena, José Luis; Aranda Pérez, Javier; Pareja Peña, Fernando; Ferrer López, Ana Isabel; Murgui Rodríguez, María; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruíz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, María Inmaculada

Hospital Universitario de Cáceres

INTRODUCCIÓN.

El priapismo es una urgencia urológica. Consiste en una erección anormalmente prolongada (>4 horas). Se puede diferenciar etiológicamente entre priapismo primario o secundario. Entre las principales etiologías destacan las enfermedades hematológicas o la yatrogenia (Fármacos, drogas). Una causa poco común de priapismo es la afectación por procesos oncológicos. (3-8%)

Priapismo en cáncer de próstata localmente avanzado.

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Paciente de 78 años con antecedentes personales de posible parálisis cerebral idiopática probablemente connatal. Intervenido de herniorrafia inguinal derecha.

Portador de sonda vesical previa a ingreso por episodio de retención aguda de orina previo.

Performance status 0.

En noviembre de 2020 ingresa a cargo del servicio de medicina interna por deterioro del estado general con clínica de debilidad y mareos. Se objetiva priapismo.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

A la exploración física, existe induración de tercio proximal del pene que se extiende a rafe medio y periné, sospechoso de proceso neofornativo. Erección mantenida.

Presenta lesiones nodulares en glande (x3). Se realiza drenaje de cuerpos cavernosos + infiltración con fenilefrina sin lograr la detumescencia.

Se decide realizar técnicas de tratamiento de priapismo en quirófano.

Se realiza shunt distal. Técnica de Winter y Técnica de Al Ghorab.

Persiste induración proximal de pene.

Se realiza TC abdomino-pélvico urgente objetivando próstata aumentada de tamaño con contornos irregulares que se extiende hacia base del pene y contacta con recto. Se solicita PSA = 97 ng/mL.

Se realiza exéresis de lesión nodular en glande + uretroscopia visualizando lesiones nodulares en totalidad de la uretra con imposibilidad de acceder a vejiga que se resecan + Biopsia de cuerpo cavernoso a nivel proximal.

Anatomía patológica de adenocarcinoma compatible con origen prostático.

Se solicita biopsia de próstata sistemática para confirmar diagnóstico.

Anatomía patológica de adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4).

En estudio de extensión en abril de 2020 se visualizan metástasis óseas en pelvis y fémur izquierdo.

RESULTADOS:

Se decide tratamiento con terapia de privación androgénica

Las células prostáticas dependen de los androgenos para su crecimiento, función y proliferación. Si son privadas de este estímulo, se produce apoptosis celular.

En el momento actual, control de sintomatología realizado por unidad de cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE. priapismo, adenocarcinoma de próstata, terapia de privación androgénica.

Linfoma secundario de próstata. Revisión de la literatura a propósito de un caso.

Carmona Piña, C.; Palacio Villamagua, P.A.; Gutierrez Aguilar, A.; Luque Moreno, J.; Rodríguez Jaureguialde, V.; Camacho Monge, J.J.; Carmona Piña, M.; Cabo González, J.A.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

INTRODUCCIÓN

El linfoma de origen tanto primario como secundario de próstata es extremadamente infrecuente. Se clasifica histopatológicamente como enfermedad de Hodgkin (HD) y linfoma no Hodgkin (NHL), este último más frecuente. Representan el 0,2 a 0,8% de linfomas extranodales y el 0,1% de todas las neoplasias de próstata. Los síntomas de presentación pueden sugerir una hiperplasia benigna prostática o un adenocarcinoma de próstata. Han de cumplirse para su diagnóstico los criterios del linfoma primario de próstata: 1) Tumor limitado a próstata y tejidos blandos adyacentes. 2) Ausencia de afectación nodal. 3) Periodo libre de enfermedad de 1 mes. Presentamos un caso clínico de un paciente con linfoma prostático.

CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años con antecedentes de politraumatismo en 1988, accidente laboral con secuelas posteriores, síndrome linfoproliferativo crónico B en seguimiento por Hematología desde 2015 (en respuesta completa en 2018), carcinoma basocelular en mejilla, isquemia crónica del miembro inferior derecho y apendicectomía. Seguimiento en nuestras consultas por síntomas del tracto urinario inferior y litiasis vesical por lo que es intervenido en 2016 de litotricia láser vesical + resección transuretral de próstata (RTU-P) (resultado anatomopatológico de hiperplasia nodular de próstata). En 2018 presenta empeoramiento de la clínica miccional y hematuria monosintomática y autolimitada. En uretrocistoscopia diagnóstica se aprecia restos de adenoma prostático y un área < 5 mm eritematosa en cara lateral derecha vesical de comportamiento incierto. Se incluye para exploración bajo anestesia +/- RTU vesical +/- RTU-P.

En 2019 se interviene sin incidencias. El resultado histológico e inmunohistoquímico fueron concordantes con infiltración por proceso linfoproliferativo B de bajo grado tipo LLC-B con positividad para CD20, CD5, CD23 y ZAP-70 y negativo para CD38 y p53 en la muestra remitida de próstata. La muestra vesical presentaba una mucosa artefactada con celularidad de aspecto linfoide no valorable.

Dado que el paciente ya se encontraba en seguimiento por Hematología, tras hablar con su médico responsable, se acordó inicio de tratamiento y seguimiento por su parte. El paciente se ha mantenido estable de su linfoma en todo momento.

CONCLUSIÓN

Se trata de una patología que se presenta habitualmente en la 7ª década de vida, manifestándose con síntomas del tracto urinario inferior y, siendo muy infrecuente la aparición de síntomas B o sistémicos, que debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. El tratamiento se basa en quimioterapia (esquema CHOP) +/- radioterapia en casos localizados tras el tratamiento sistémico. El pronóstico a largo plazo se desconoce por la poca incidencia de casos, aunque parece depender del grado histológico y el estadiaje tumoral.

PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE EUA. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Rico Marco, S.; Carrión López, P.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Legido Gómez, O.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Pastor Navarro, H.; Martínez Sanchiz, C.; Fernández Anguita, P.J.; Salinas Sánchez, A.S.
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Objetivo: Evaluar los resultados de pacientes de alto riesgo, según la clasificación de la EUA, tratados con prostatectomía radical (PR).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de 76 pacientes diagnosticado de Adenocarcinoma de próstata de alto riesgo tratados mediante PR entre 2010-2020.

Resultados: Con una edad media de 61,03 años (40,62-74,38) y un PSA medio de $13,98 \pm 8,39$ ng/ml, el 23,68% de los pacientes presentaron en la biopsia prequirúrgica un ISUP 4 y el 17,11 % ISUP 5, frente al 30,26% ISUP 4 y 17,11% ISUP 5 de la pieza de PR. El estadio clínico más frecuente fue cT2c con un 30,26% de la muestra, seguido de cT3a (22,36%), el cT3b (15,78%) y cT4 (1,31%). El resultado de la linfadenectomía fue pN0 en el 56,58% y pN1 el 12,39% de los pacientes. Presentaron un 29,87% márgenes quirúrgicos positivos, y recibieron radioterapia durante el seguimiento el 61,84% del total de la muestra.

Presentaron recidiva bioquímica 23,38%, y metástasis a distancia el 5,2%, con un seguimiento medio de 54,12 meses. Precisaron tratamiento con terapia deprivativa androgénica el 53,25% y el 3,9% precisó tratamiento por CPRC. No hubo ningún éxito por causa cáncer específica.

Según la clasificación Clavien-Dindo, los pacientes presentaron alguna complicación tipo II: 23,38%; IIIa: 3,95% y IIIb: 2,63%.

La SLRB al cabo de 1, 2 y 5 años fue 95,6%, 90,6%, y 71,8% respectivamente. La SCE fue del 100% a los 5 años. La SG al cabo de 1 y 5 años fue 98,1% y 93,9% respectivamente.

Los pacientes que presentaron al diagnóstico un PSA ≥ 10 ng/dL presentaron un riesgo 1,8 veces mayor de recibir radioterapia adyuvante que aquellos con PSA < 10 ng/dL ($p=0.01$).

Conclusión: La prostatectomía radical en los pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo es un procedimiento seguro y con buenos resultados oncológicos, no obstante, estos pacientes deben ser informados previamente a la cirugía que probablemente precisen un tratamiento multimodal a lo largo de su seguimiento.

ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO DE PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA EN VIGILANCIA ACTIVA

GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, E.; ALBERTO BRAVO, M.J.; HERRERO GUTIERREZ, M.; BARRIGA GUIJO, R. M.; SANZ MIGUELÁÑEZ, J.L.; OTERO TEJERO, I.; LEAL HERNÁNDEZ, L.F.; POZO MENGUAL, B.; SYED FERNANDEZ, M.; CHICHARRO ALMARZA, G.J.; COVARÍA ACUÑA, F. H.; TORRES VARAS, L.; MERINO HERNÁNDEZ, A.C.; GOLBANO ABLANQUE, J. M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Introducción: La vigilancia activa es una estrategia de manejo conservador de pacientes con cáncer de próstata localizado que busca reducir el sobretratamiento causado por el diagnóstico de tumores clínicamente insignificantes.

Palabras clave: cáncer de próstata, vigilancia activa, sobretratamiento

Objetivos: Estudiar la evolución de una cohorte de pacientes con cáncer de próstata en vigilancia activa en el Servicio de Urología del Hospital Universitario de Guadalajara y analizar las variables clínicas asociadas a la indicación de tratamiento activo (reclasificación) en estos pacientes.

Material y Métodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo que incluye pacientes con cáncer de próstata confirmado histológicamente de los grupos de muy bajo riesgo, bajo riesgo y riesgo intermedio favorable de la NCCN de baja carga tumoral. Estudio de supervivencia con cálculo de la tasa de incidencia de reclasificación y representación gráfica de las funciones de incidencia y supervivencia con curvas de Kaplan-Meier. Análisis uni y multivariante con regresión de Cox del riesgo de reclasificación en los pacientes diagnosticados por elevación del PSA.

Resultados: Entre 2008-2019 se reclutan 57 pacientes diagnosticados por elevación del PSA (51) o de forma incidental en cirugía (6) que permanecen en vigilancia activa una mediana de 26.33 meses (IQRT 18.33, rango 1.7-138.27). La tasa de incidencia de reclasificación es 0,0073 reclasificaciones por paciente y mes en riesgo. La mayor parte de las reclasificaciones sucede en los primeros 10 meses con 0.02 reclasificaciones por paciente y mes en riesgo. El análisis univariante con regresión de Cox en los pacientes diagnosticados por elevación del PSA no muestra relación entre el riesgo de reclasificación y las variables clínicas al diagnóstico y las relacionadas con la biopsia. En cambio, el análisis multivariante muestra relación significativa con el número de zonas afectas en la biopsia y el número de cilindros positivos (LR chi2 (2)=6.55, p=0.0377) con un estadístico C de Harrell de 0,6687.

Conclusiones: La vigilancia activa es una opción válida que reduce el riesgo de sobretratamiento de los pacientes con cáncer de próstata localizado. El análisis multivariante muestra una relación significativa con el número de cilindros y zonas afectas en la biopsia diagnóstica.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA FRENTE A PROSTATECTOMÍA RADICAL ABIERTA: COMPARACIÓN DEL TIEMPO QUIRÚRGICO, SANGRADO, PRESERVACIÓN DE BANDELETAS Y DESARROLLO HOSPITALIZACIÓN SEGÚN NUESTRA EXPERIENCIA.

GUTIERREZ GUTIERREZ, E.; ALBERTO BRAVO, M.J.; GONZÁLEZ VAZQUEZ, S.; MARTÍN MANZANARES, C.; ESCRIBANO LÓPEZ, B; MARLASCA GALLEGO, Y.; ANDREO SANSEGUNDO, I.; GALÁN TURDIDOR, M.A.; SANZ MIGUELÁÑEZ, J.L.; SYED FERNANDEZ, M.; TORRES VARAS. L.; POZO MENGUAL, B.; MERINO HERNÁNDEZ, A. C.; OTERO TEJERO, I.; LEAL HERNÁNDEZ, L.F.; GOLBANO ABLANQUE, J. M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA

Introducción: Existen diversas formas de tratamiento para el cáncer de próstata localizado, una de ellas es la Prostatectomía Radical.

Objetivos: Comparar si existen diferencias en las variables intraoperatorias (tiempo quirúrgico, sangrado, preservación de bandeletas) y la evolución postquirúrgica del paciente entre la prostatectomía radical por vía laparoscópica o abierta.

Material y Métodos: Estudio observacional longitudinal y prospectivo que incluye en un grupo de pacientes sometidos a Prostatectomía radical como forma de tratamiento de cáncer de próstata localizado en el Hospital Universitario de Guadalajara entre 01/01/2018 y el 31/12/2018. Todos ellos dieron su consentimiento. Variables intraoperatorias: Tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, necesidad de transfusión y preservación de bandeletas. Variables de evolución postquirúrgica: dolor postoperatorio medido por la escala analógica visual. Tiempo hasta inicio de deambulación, retirada del drenaje y recuperación el tránsito intestinal. Análisis de regresión comparando el tiempo quirúrgico entre ambas técnicas. Comparación de medias mediante Wilcoxon rank-sum test del resto de variables.

Resultados: Se reclutaron 55 pacientes de los cuales 34 fueron sometidos a una técnica abiertas y 21 a laparoscópicas. Objetivamos un mayor tiempo quirúrgico en la cirugía laparoscópica (Abierta [Media: 158.1 SD: 37.5] Laparoscópica [Media: 207.62 SD: 42.67; $p=0.000$]). Mayor preservación de las bandeletas neurovasculares en las prostatectomías laparoscópicas (Abierta [Unilateral: 3.23%/Bilateral: 9.68 %] Laparoscópica [Unilateral: 58.82%/Bilateral: 17.65%. $p=0.000$]). Existe una mayor tendencia al sangrado en la cirugía laparoscópica sin observarse diferencias estadísticamente significativas en el sangrado intraoperatorio ni en la necesidad de transfusión (Abierta [Media: 519.697 SD: 307.19]Laparoscópica [Media: 592.81 SD: 368.95] $p=0.434$). Los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica comienzan antes a deambular (Abierta [Media: 2.41 SD: 0.99] Laparoscópica [Media: 1.85 SD: 0.79] $p=0.02$). A estos pacientes también se les retira el drenaje antes (Abierta [Media: 2.41 SD: 0.99] Laparoscópica [Media: 1.85 SD: 0.79] $p=0.02$). Por otro lado, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el dolor postoperatorio, ni en el tiempo que tardan en recuperar el tránsito intestinal.

Conclusiones: En nuestra experiencia la cirugía laparoscópica requiere de más tiempo para su realización. Existen diferencias significativas en el inicio de la deambulación y retirada del drenaje, los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica lo hacen antes.

Comparativa entre el tiempo de retirada del drenaje en prostatectomía radical laparoscópica frente a cirugía abierta.

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Escribano López, B.; Marlasca Gallego, Y.; Andreo Sansegundo, I.; González Vázquez, S.; Martín Manzanares, C.; Galán Turdidor, M. A.; Sanz Migueláñez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Chicarro Almarza, G.J.; Covaria Acuña, F.H.; Syed Fernández, M.; Otero Tejero, I.; Leal Hernández, I. F.; Golbano Ablanque, J. M.

Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: Existen diferentes formas de tratamiento para el cáncer de próstata localizado. Una de ellas es la prostatectomía radical por laparoscopia o de forma abierta. Todo paciente sometido a dicha cirugía debe llevar un drenaje para controlar el sangrado postoperatorio inmediato, en un segundo tiempo y evitar la formación de linfocelos o urinomas.

Objetivos: Estudiar si hay diferencias en el tiempo transcurrido necesario para retirar el drenaje en la prostatectomía laparoscópica frente a la cirugía abierta.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo realizado en el Hospital de Guadalajara entre el 1/01/2018 y el 31/12/2018 en pacientes ingresados para cirugía por cáncer de próstata localizado. Comparamos los tiempos de drenaje a través de un estudio de supervivencia con regresión de Cox, representación gráfica de las curvas de supervivencia (Kaplan-Meier), diferencia de medias con T student y análisis de regresión logística, todo ello usando el paquete estadístico Stata 12.

Resultados: De 60 pacientes, dieron su consentimiento 55, siendo 21 sometidos a prostatectomía laparoscópica y 34 a abierta. En 4 de las cirugías laparoscópicas se asoció linfadenectomía, frente a 22 en las abiertas. No existen diferencias significativas en la retirada del drenaje entre grupos, ni de forma global [Dif.medias: 0.92, IC95%(-0.21–2.04), p=0.11], ni en función de si hubo linfadenectomía asociada [Dif.medias: 1.04, IC95%(-.34–3.43), p=0.36] o no [Dif.medias: 0.72, IC95%(-0.82–2.26), p=0.34]. Al considerar como objetivo de retirada del drenaje el 1^{er} y 2^o día, e incluyendo en el modelo la linfadenectomía, se observó un Odds ratio estadísticamente significativo para la retirada a las 24 horas [OR 16.66, IC95%(1.54–174.18), p=0.007], pero no al 2^o [OR 1.8, IC95%(0.53–6.19), p=0.2].

Conclusiones: No existen diferencias significativas en el tiempo de retirada del drenaje al comparar ambas técnicas. El escaso número de linfadenectomías en el grupo laparoscópico limitan la validez de los resultados. En cambio, si tomamos como objetivo la retirada del drenaje a las 24h, existe una probabilidad significativa 17 veces mayor de retirada a favor de la laparoscópica.

ANÁLISIS DEL EMPLEO DE DOCETAXEL Y ABIRATERONA EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO

Legido Gómez, Ó.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Donate Moreno, M.J.; Carrión López, P.; Giménez Bachs, J.M.; Salinas Sánchez, A.S.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA)

OBJETIVO: Analizar los resultados de la aplicación de los esquemas de tratamiento CHARTED y LATITUDE en nuestro centro así como los criterios de selección para cada terapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo de 44 pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) entre los años 2015 y 2021. A 30 de ellos se les administró, además de bloqueo androgénico completo, tratamiento quimioterápico según el esquema del estudio CHARTED (6 ciclos de quimioterapia (QT) con docetaxel a dosis de 75mg/m²) y 14 recibieron acetato de abiraterona (AA) 1000 mg + prednisona 5 mg/24 horas según LATITUDE.

RESULTADOS:

	CHARTED (n. 30)	LATITUDE (n. 14)
Edad (años)	61,89	73,54
Mediana PSA inicial (ng/ml)	210,75	101,09
ISUP 4-5	73,33%	85,71%
N1	83,33%	71,42%
M1a	6,66%	0%
M1b	86,66%	100%
M1c	6,66%	0%
Efectos secundarios	62,90%	35,71%
Tiempo seguimiento (meses)	30,77	22,58
PSA nadir (ng/ml)	5,49	19,75
Tiempo en alcanzar nadir (meses)	7,91	10,73
Resistencia a la castración (RC)	58,62%	35,71%
Tiempo hasta RC (meses)	11,59	14,16
Tiempo hasta necesidad de tratamiento RC (meses)	15,15	15,11
Éxitus	17,2%	28,5%
Supervivencia media a los 2 años (meses)	90%	61%

En relación a los efectos secundarios, en el grupo de QT los más frecuentemente referidos fueron astenia (14,7%), insuficiencia respiratoria (11,1%) y neutropenia (7,4%). Únicamente 3 pacientes (6,8%) precisaron suspensión del tratamiento. En la mayoría de los pacientes que fueron tratados con AA se prefirió esta terapia sobre la QT por tratarse de pacientes de edad más avanzada (9/14, 65,4%), presentando edemas el 21,42% e hipertensión arterial, hipopotasemia e hipertransaminasemia un 7,1% y precisando disminución de dosis un único sujeto.

De los pacientes que presentaron resistencia a la castración en el grupo de QT se inició tratamiento con abiraterona (76,5%) o enzalutamida (17,6%). En cuanto a los que recibían AA, dos de ellos fueron tratados con docetaxel, uno con enzalutamida y otro con *Radium* 223. La supervivencia media a los dos años de seguimiento en los pacientes tratados con QT fue del 90% y del 61% en pacientes tratados con AA (diferencias no significativas).

CONCLUSIONES: Los datos correspondientes a la muestra analizada en nuestro centro confirman el beneficio de añadir docetaxel o acetato de abiraterona a la terapia de privación androgénica clásica, siendo crucial individualizar cada caso para la aplicación del esquema terapéutico más óptimo.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de próstata, hormonosensible, metastásico, docetaxel, abiraterona.

A propósito de un caso: Carcinomatosis peritoneal como metástasis única en cáncer de próstata.

Pareja Peña, Fernando; Aranda Pérez, Javier; Rodríguez Elena, José Luis; Ferrer López, Ana Isabel.; Murgui Rodríguez, María.; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo.; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruiz del Olmo, Jesús Ángel.; Bravo Fernández, María Inmaculada.

Hospital Universitario de Cáceres.

INTRODUCCIÓN

La metástasis del cáncer de próstata es principalmente ósea. No obstante, las metástasis viscerales se dan hasta en un 49% de los pacientes metastásicos, coincidiendo con un estadio avanzado de la enfermedad y correlacionándose con un peor pronóstico. La diseminación peritoneal del cáncer de próstata no es una entidad habitual, con tan solo unos pocos casos descritos en la literatura. En especial, cuando no se asocia a otra lesión metastásica a distancia. Presentamos el caso de un paciente con cáncer de próstata Gleason combinado 7 tratado en 2004 con Radioterapia (RT) + Bloqueo androgénico completo (TAD) por recidiva bioquímica, con diagnóstico en 2020 de carcinomatosis peritoneal como metástasis única.

HALLAZGOS CLÍNICOS

Paciente de 81 años con antecedentes personales de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 en 2004 manejado con RT y TAD, y carcinoma vesical de células transicionales pT1G2 en 2005 en instilaciones con Mitomicina C (MMC). Intervenido de Colectomía en 2016 y prótesis de rodilla bilaterales.

Performance Status 0. Polaquiuria. Incontinencia ocasional, chorro miccional aceptable.

En PET-TAC de control en 2019 se observa un foco hipermetabólico en próstata con Anatomía patológica compatible con Adenocarcinoma prostático de alto grado. En estudio de extensión de Diciembre 2020 se observa hidronefrosis derecha por probable progresión local y carcinomatosis peritoneal. No evidencia de lesiones óseas en gammagrafía.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Varón con cáncer de próstata Gleason combinado 7 tratado mediante RT en 2004 y TAD por recidiva bioquímica. En seguimiento en consulta multidisciplinar de uro-oncología. En 2006 se suspende la TAD por estabilidad bioquímica y en 2013 se reintroduce por elevación de PSA.

En 2017 se evidencia elevación de transaminasas y progresión bioquímica (PSA 0.5, 0.29, 0.146) por lo que se retira la Bicalutamida por probable toxicidad hepática.

El paciente se mantiene asintomático con estudio de extensión mediante Gammagrafía ósea y TAC sin evidencia de progresión de la enfermedad, a pesar de una progresión bioquímica, por lo que en Enero de 2018 se reintroduce la Bicalutamida (PSA 5.62, 3.89, 2.44). En Mayo de 2019 se realiza PET-TAC por duplicación de PSA (PSA 6.59, 2.8) en el que se objetiva foco hipermetabólico en próstata, con anatomía patológica tras la rebiopsia de adenocarcinoma de alto grado. Se deriva al paciente al Hospital 12 de Octubre y al Hospital Puerta del Hierro para braquiterapia, desestimándose por afectación capsular. Se solicita revaloración por el servicio de oncología radioterápica que considera no candidato para nuevas sesiones.

En Diciembre de 2020 se realiza TAC en el que se observa hidronefrosis derecha y carcinomatosis peritoneal. Biopsia de los implantes sugestiva de adenocarcinoma de origen prostático. Se inicia tratamiento con Abiraterona. En Abril 2021 se incluye en ensayo clínico MK-3475.

RESULTADOS

Se decide inclusión en ensayo clínico MK-3475 (enzalutamida +/- Pembrolizumab).

Actualmente en Respuesta parcial según los criterios radiográficos RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors).

En seguimiento en consultas de oncología. Asintomático en la actualidad.

PALABRAS CLAVE: Adenocarcinoma de próstata, carcinomatosis peritoneal, bloqueo androgénico, enzalutamida, pembrolizumab.

Recidiva bioquímica en pacientes sometidos a linfadenectomía ilioobturatriz laparoscópica por cáncer de próstata del Hospital Universitario de Badajoz entre junio de 2017 a junio 2020. Estudio descriptivo

Palacio Villamagua, P.A.; Luque Moreno, J; Carmona Piña, C; Gutierrez Aguilar, A; Rodríguez J. V.; Mariño del Real, J.; Murillo Mirat, J; Cabo González J.A.

Hospital Universitario de Badajoz

Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con recidiva bioquímica que han sido sometidos a linfadenectomía ilioobturatriz laparoscópica.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con recidiva bioquímica intervenidos en el período junio 2017- junio 2020 de prostatectomía radical más linfadenectomía en el Hospital Universitario de Badajoz. Se realizó muestreo no probabilístico, encontrando un total de 10 pacientes con criterios de recidiva bioquímica. Las variables estudiadas serán analizadas por el programa SPSS Statistics 19.

Resultados: Se analizan las características clínicas de los pacientes, PSA total y libre al diagnóstico, densidad de PSA al diagnóstico, niveles de PSA al tiempo de la recidiva bioquímica en pacientes sometidos a linfadenectomía y tiempo a la recidiva bioquímica, características anatomopatológicas de la biopsia y pieza quirúrgica, correlación de nomograma de Briganti, así como estudios radiológicos realizados bajo sospecha de recurrencia y tratamiento de la misma.

Metástasis cerebral de carcinoma de células renales

Aranda Pérez, J; Pareja Peña, F; Rodríguez Elena, J.L.; Ferrer López, A.I.; García Martín, L.A.; Rodríguez Romero, M.A.; Lopes Alves, J.B.; Murgui Rodríguez, M; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Bravo Fernández, I

Hospital Universitario de Cáceres

Introducción

El carcinoma de células claras renal (CCCR) supone el 70-80% de los carcinomas renales (CR). La incidencia de metástasis cerebral al diagnóstico es del 1.51% de los CR, con una incidencia acumulada de desarrollarlo a los 5 años de aproximadamente el 10%.

Material y métodos

Varón de 69 años con antecedentes de nefrectomía radical izquierda en 2002 con Anatomía Patológica de CCCR y nefrectomía parcial y adrenalectomía derecha en 2020 con hallazgos de carcinoma de células claras renal metastásico (CCCRm). Seguimiento en consultas con TC toracoabdominopélvico cada 3 meses sin evidencia de afectación linfática ni enfermedad a distancia. Al año de la última cirugía, acude al servicio de Urgencias por inestabilidad de la marcha y dolor de cabeza de dos días de evolución. Se realiza TC craneal urgente objetivando lesión en lóbulo temporal sugerente de metástasis.

Resultados

Se realiza metastasectomía cerebral. En el postoperatorio inmediato presenta hipertensión intracraneal. Se realiza un TC urgente evidenciando hemorragia intraventricular. Se lleva a cabo la colocación de una derivación ventricular externa. Posteriormente se obstruye la misma con la imposibilidad para su recanalización y el paciente fallece. La Anatomía Patológica de la lesión cerebral fue de CCCR.

Conclusión

En los pacientes con antecedentes de CCCR, las lesiones metastásicas del tumor primario deben permanecer en el diagnóstico diferencial al evaluar cualquier lesión cerebral, ya que las metástasis pueden aparecer, según la literatura, hasta más de una década después de realizar la nefrectomía.

EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE RADIOFRECUENCIA PERCUTANEA COMO TRATAMIENTO DE MASAS RENALES PEQUEÑAS

Rico Marco, S.; Giménez Bachs, J.M.; Pérez Saus, I.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Legido Gómez, O.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Carrión López, P.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

INTRODUCCIÓN. El cáncer renal (CR) representa el 3% de todos los cánceres y en las últimas dos décadas su incidencia global se ha visto aumentada en un 2% debido en parte al uso de técnicas de imagen con otros fines. Esto conlleva el diagnóstico precoz, lo que en pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico, pluripatológicos, añosos o en seguimiento por Von-Hippel-Lindeau, adquiere cada vez más importancia las alternativas mínimamente invasivas.

OBJETIVO. Análisis de eficacia y seguridad tras el empleo de Radiofrecuencia Percutánea Renal (RPR) en tumores renales < 4 cm.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión retrospectiva de 21 tumores renales tratados con radiofrecuencia desde Marzo/15 a Diciembre/20. Estudio descriptivo de edad, comorbilidades y complicaciones.

RESULTADOS. La media de edad fue de 68 años, siendo el 66,7% varones (14 pacientes). En términos de porcentaje: 23,8% eran o habían sido fumadores, 66,7% hipertensos, 47,6% dislipémicos y 19% diabéticos. Presentaban insuficiencia renal (Cr>1,2) el 19% previamente al tratamiento, sin verse modificados estos datos tras el mismo. La lateralidad al diagnóstico fue más frecuente el lado derecho (57,1%). En cuanto al tamaño tumoral, el 47,6% de los tumores eran de <2cm. Según la clasificación de Clavien-Dindo, ningún paciente tuvo complicaciones grado >II. 15 tuvieron una respuesta completa con la primera RPR, y 6 necesitaron una nueva intervención quirúrgica al haber hecho una respuesta parcial (5 fueron tratados con una nueva RPR y 1 con Nefrectomía parcial, todos ellos con respuesta completa en el momento actual). Solamente 1 caso tuvo recidiva local a los 3 años y 6 meses de seguimiento en el que se optó por abstención terapéutica por decisión del paciente. La media de seguimiento fue de 22 meses con una supervivencia cáncer específica del 100%. En el análisis multivariante ninguna variable se comportó como predictora independiente de recidiva. De forma anecdótica hemos obtenido que ser diabético aumenta el riesgo de que el resultado de la primera RPR no sea completo (75% frente 17,6%).

CONCLUSIONES. La termoablación percutánea es una opción efectiva y segura en el tratamiento de masas renales pequeñas en pacientes seleccionados, especialmente para aquellas menores de 2 cm, aunque se precisa de más estudios.

Pseudoaneurisma renal tras nefrectomía parcial, a propósito de un caso.

Higuero Acevedo, D.; Pérez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; Grande Murillo, D.; Campos Valverde, D.; García Torres, A.; Casa Valencia, M.; Calahorra Fernández, L.; Damas Arroyo, J.F.; López López, D.; Lara Isla, A.; Pérez-Utrilla Pérez, M.
Hospital General Universitario de Ciudad Real

Se realiza un poster de un caso clínico de una mujer de 43 años que acude a Urgencias tras sufrir un cuadro de hematuria franca macroscópica con antecedentes de Adenocarcinoma renal de células claras derecho tratado mediante nefrectomía parcial derecha hace 25 días. En TAC con contraste de urgencia se aprecia pseudoaneurisma en arteria renal segmentaria superior, que precisa realización de embolización por cateterismo.

El pseudoaneurisma de arteria renal como complicación tras realización de nefrectomía parcial por tumores renales T1 es un complicación infrecuente pero potencialmente mortales que precisa un diagnóstico y tratamiento urgente. Es preciso, por tanto, conocer de forma adecuada dicha complicación, por lo que se realiza una revisión bibliográfica acerca de los últimos estudios sobre sus mecanismos fisiopatológicos, clínica, diagnóstico, tratamiento y seguimiento actuales de dicha patología.

METÁSTASIS DE CÁNCER RENAL CROMÓFOBO SOBRE CICATRIZ DE LUMBOTOMÍA DE NEFRECTOMÍA ABIERTA PREVIA. CASO REPORTADO.

Grande Murillo, D.; Pérez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; Campos Valverde, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; López Sánchez, D.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; Lara Isla, A.; Damas Arroyo, F.; Calahorra Fernández, L.

Sº Urología de Hospital General Universitario de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN: La siembra tumoral del cáncer de células renales sobre la incisión quirúrgica tras una nefrectomía es un hallazgo excepcional, con un mecanismo de diseminación diferente a las metástasis cutáneas o de órganos sólidos. Debemos sospecharlo ante una lesión única sobre la cicatriz quirúrgica, y debemos reevaluar las posibles complicaciones intraoperatorias de su tumor primario.

CASO CLÍNICO: Paciente de 67 años de edad consulta por presentar desde hace un año un bultoma en zona lumbar izquierda de 4 cm, adherido a planos profundos y adyacente a una cicatriz lumbar previa. El paciente fue sometido en 2013 a nefrectomía radical abierta por vía subcostal por un carcinoma renal cromóforo pT1bN0M0. En TAC se observa eventración ya conocida de la lumbotomía y adyacente a la misma se confirma la lesión sospechosa a nivel paravertebral izquierdo.

Se realiza BAG de la lesión, con diagnóstico anatomopatológico compatible con metástasis de cáncer cromóforo. El resto de estudio de extensión es negativo. Ante el diagnóstico de metástasis única y dado el buen estado general del paciente y la localización de la lesión, se decide realizar metastasectomía + eventroplastia por parte de Sº de Cirugía General de su hospital de referencia.

DISCURSIÓN: La afectación metastásica en la incisión quirúrgica es una manifestación muy infrecuente. El principal mecanismo de diseminación es la implantación tumoral en la incisión quirúrgica durante la nefrectomía. Existen diversos factores de riesgo asociados como un alto grado del tumor primario, diferenciación sarcomatoide, afectación extracapsular, márgenes positivos... pero también factores de riesgo asociados a una incorrecta manipulación del tumor: no embolsado del riñón en la extracción o la rotura del tumor durante la cirugía. En las diferentes series reportadas en la literatura no se ha visto diferencia en la incidencia entre la nefrectomía abierta y laparoscópica.

En los tumores renales, el tratamiento de elección es la exéresis completa de la metástasis subcutánea si es posible, pudiendo requerir terapia sistémica adyuvante. En general el pronóstico es mejor que la afectación metastásica de órganos sólidos y la supervivencia global es mayor, aunque dependen del grado, estadio y estirpe del tumor primario.

CONCLUSIÓN: Realizar una cirugía minuciosa y estandarizada es fundamental en la prevención de la diseminación tumoral a la herida quirúrgica. Debemos emplear diferentes mecanismos preventivos como la fijación de trócares, desinfección de material, liberación de neumoperitoneo a través de válvulas de trocar, embolsado de pieza quirúrgica, cierre correcto de peritoneo, evitar fugas de gas...