

XXIII Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología

Sesión: Sesión de comunicaciones D

Sala: Plenaria; Día: viernes 29 de octubre; Hora: 17:15-18:00

C-33: CONCORDANCIA ENTRE QUISTES COMPLEJOS Y MALIGNIDAD ANATOMOPATOLÓGICA EN NEFRECTOMIAS REALIZADAS EN NUESTRO CENTRO ENTRE 2018 Y 2020

Blanco Martín, E.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Pérez Pérez, A.; Vaquero Caballero, P.J.; Rivero Cardenas, A.; de la Cruz Martín, B.; Montero Torres, J.; Hernández García, J.; Gutiérrez Mínguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

C-34: Manejo de la uropatía obstructiva con Catéter Resonance. Experiencia en nuestro centro.

González Martín, E.; Miralles Ayuso, S.; Manso Aparicio, C.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.; Sánchez Estébanez, E.; Cepeda Delgado, M.; Amón Sesmero, J.H.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

C-35: PAPEL DE LA URETEROSCOPIA SEMIRRÍGIDA AMBULATORIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URETERAL EN PANDEMIA COVID-19.

Sánchez Estébanez, E.; González Martín, E.; Manso Aparicio, C.; Cepeda Delgado, M.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.; Amón Sesmero, J.H.

Hospital Universitario Rio Hortega de Valladolid

C-36: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA OSTEÍTIS PÚBLICA TRAS CIRUGÍA UROLÓGICA

Blanco Martín, E.; Diaconu, M.G.; Alcubilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Pérez Pérez, A.; Vaquero Caballero, P.J.; Montero Torres, J.; García Pesquera, J.M.; Virués García, M.; Gutiérrez Mínguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

C-37: Complicaciones de pared abdominal tras cistectomía radical según técnica quirúrgica con preservación o no de arco de Douglas.

Alcubilla García, L.; Diaconu, M.G.; Domínguez Fernández, M.H.; Blanco Martín, E.; Pérez, Pérez, A.; Vaquero Caballero, P. J.; Montero Torres, J.; Díaz Romero, J.M.; Virués García, M.; Gutiérrez Mínguez, E.

Hospital Universitario de Burgos

C-38: CAMBIOS EN LOS ÍNDICADORES DE TRASPLANTE RENAL TRAS LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE DONANTE VIVO

Noya Mourullo, A.; Martín Parada, A.; Rocha De Lossada, A.; García Gómez, F.; Urrea Serna, C.; García García, J.; Palacios Hernández, A.; Heredero Zorzo, O.; Eguíluz Lumbreras, P.; Marquez Sanchez, M.T.; Fraile Gómez, M. P.; Alvarez Ossorio-Fernández, J.L.; Parra Serván, P.; Valverde Martínez, S.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Hospital Universitario de Mérida. Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila. Departamento de Cirugía de la Universidad de La Laguna.

C-39: Malformaciones congénitas como etiopatogenia de síntomas genitourinarios en el varón.

Arqued Sanagustín Jose Antonio; Suárez Toribio Álvaro; Pellegrini-Belinchón Francisco Javier; Rocha de Lossada Alberto; Noya Mourullo Andrea; García Gómez Francisco; Urrea Serna Carmen; Gómez Aristizabal Andrea Liliana; Padilla-Fernandez B.Y.; Valverde Martinez S.; Márquez-Sánchez M.T.; Flores Fraile María Carmen; Lorenzo Gomez Anabel; Herrera Puerto Julio; Tinajas Saldañas Antonio; Lorenzo-Gómez M.F.

Hospital universitario de Salamanca

C-40: Perfil clínico asociado a malformaciones congénitas genitourinarias en mujeres.

Gómez Aristizábal, Andrea Liliana; Noya Mourullo, Andrea; Lopez Alburquerque, P.; Rocha de Losada, Alberto; García Gómez, Francisco; Urrea, Carmen; Arqued Sanagustin, Jose; Palacios Hernández, A.; Herrero Polo, M.; Pellegrini Belinchón, F.J.; Marquez Sanchez, M.T.; Marquez Sanchez, G.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gomez, M. F.; Martín Parada, Alejandro; Heredero Zorzo, Oscar.

Hospital Universitario de Salamanca.

CONCORDANCIA ENTRE QUISTES COMPLEJOS Y MALIGNIDAD ANATOMOPATOLÓGICA EN NEFRECTOMIAS REALIZADAS EN NUESTRO CENTRO ENTRE 2018 Y 2020

Blanco Martín, E.; Diaconu, M.G.; Alcobilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Pérez Pérez, A.; Vaquero Caballero, P.J.; Rivero Cardenas, A.; de la Cruz Martín, B.; Montero Torres, J.; Hernández García, J.; Gutiérrez Mínguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

INTRODUCCIÓN: Se describe la correlación entre los hallazgos radiológicos de quistes renales complejos y los resultados anatomopatológicos tras nefrectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de una miniserie de 7 casos con quistes complejos sometidos a nefrectomía entre 9/2018 y 12/2020 en nuestro centro. Se excluyen pacientes con historia clínica incompleta.

RESULTADOS: De 70 nefrectomías parciales y totales, el 10% (n=7) fueron realizadas por indicación de quistes renales complejos según TC: n=6 Bosniak III y n=1 Bosniak IV, con una mediana de tamaño de 60 mm (26-150 mm). En algunos casos, se recogió el nivel de captación de septos como diferencia de las densidades en fase basal (menor UH) vs.portal/arterial (mayor UH). Los Bosniak III se describieron como lesiones quísticas con septos engrosados hipercaptantes y/o calcificaciones y el Bosniak IV tenía calcificaciones parietales y polos sólidos en el interior. La anatomía patológica resultó en carcinoma renal de células claras n=5 (71,4%), carcinoma cortical adrenal n=1 (descrito en el informe de radiología como dependiente de polo superior renal) y oncocitoma renal n=1. De los 5 pacientes con carcinoma renal de células claras, n=2 fueron ISUP 1 y n=3 ISUP 2, y respecto al TNM: pT1a n=2, pT1b n=1, pT2a n=1 y pT3a n=1. No hubo recidiva, salvo el paciente con carcinoma cortical adrenal (precisó tratamiento por Oncología Médica por recidiva peritoneal).

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia refleja una mayor proporción de malignidad en quistes complejos Bosniak III-IV diagnosticados por TC en comparación con la literatura publicada, teniendo en cuenta el reducido número de casos analizados.

PALABRAS CLAVE: Bosniak, malignidad, quistes complejos.

Manejo de la uropatía obstructiva con Catéter Resonance. Experiencia en nuestro centro.

González Martín, E.; Miralles Ayuso, S.; Manso Aparicio, C.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.; Sánchez Estébanez, E.; Cepeda Delgado, M.; Amón Sesmero, J.H.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Introducción

El manejo de la uropatía obstructiva supone, en ciertos pacientes, un reto terapéutico. Cuando la reparación quirúrgica no es posible, la cateterización ureteral o la derivación urinaria percutánea son las alternativas más factibles, no exentas, por ello, de riesgos y complicaciones. En este contexto, existen diversas opciones, siendo una de ellas el empleo de catéteres ureterales metálicos (Resonance®). Analizamos nuestra experiencia en catéteres Resonance®.

Material y métodos

Se seleccionaron aquellos pacientes con uropatía obstructiva crónica desde enero de 2014 hasta enero de 2021. Se implantó Resonance® bajo control radioscópico y en régimen ambulatorio. El seguimiento se realizó bajo control ecográfico del aparato urinario, controles analíticos y entrevista con el paciente en consulta.

Resultados

Implantamos en este periodo 41 catéteres en 25 pacientes (60% varones y 40% mujeres), con una edad media de 69,68 años; en un 36% de forma bilateral. La etiología de la uropatía obstructiva fue en un 80% de etiología maligna. La tasa de éxito se situó en torno a un 88%. El tiempo medio de recambio fue de 11 meses. El 44% experimentaron algún tipo de complicación asociada al catéter.

Conclusiones

En nuestra experiencia, Resonance® constituye una alternativa efectiva y segura en el manejo de la uropatía crónica en pacientes seleccionados.

PAPEL DE LA URETEROSCOPIA SEMIRRÍGIDA AMBULATORIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URETERAL EN PANDEMIA COVID-19.

Sánchez Estébanez, E.; González Martín, E.; Manso Aparicio, C; Cepeda Delgado, M.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.; Amón Sesmero, J.H.

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

INTRODUCCIÓN: La pandemia Covid-19 supuso un reto en la gestión de la patología urgente y preferente en todos los servicios hospitalarios. Mientras las patologías oncológicas mantuvieron una actividad mínima pero continua en la mayoría de centros, otras patologías prevalentes y preferentes se vieron afectadas, como es el caso del manejo de la litiasis ureteral.

Servicios con protocolos de cirugía ambulatoria implementada pudieron gestionar de forma más eficiente las listas de espera de la patología no oncológica.

OBJETIVO: Analizar el tratamiento ambulatorio de la litiasis ureteral con ureteroscopia semirrígida en nuestro centro durante la situación de pandemia Covid-19.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde marzo 2020 a marzo de 2021 se analizan los pacientes con litiasis ureteral tratados con ureteroscopia semirrígida ambulatoria. La cirugía se realiza de forma ambulatoria en sala de endoscopia bajo sedación o anestesia general. Se emplean ureterorenoscopios de 8 Fr y láser Holmium de 30 W. Tras el procedimiento el paciente permanece en sala de observación y en ausencia de complicaciones se procede al alta en la misma mañana del procedimiento. Se define éxito como la ausencia de litiasis ureteral residual en control con TAC al mes del procedimiento.

RESULTADOS: Se trataron 71 pacientes con una edad media de 52,1 años. El 21.12% de los pacientes portaban catéter doble J previo. El tamaño medio de la litiasis fue de 7.6 mm con un 35,21% de litiasis ureterales proximales. EL 39.4% requirieron catéter doble J posterior. Se resolvieron todos los pacientes en un solo procedimiento. No existieron complicaciones intraoperatorias. Ninguno de los pacientes requirió ingreso ni readmisión en urgencias.

CONCLUSIÓN: El desarrollo de un programa de ureteroscopia semirrígida ambulatoria permitió realizar un tratamiento efectivo y seguro de los pacientes con litiasis ureteral durante la pandemia Covid-19.

Palabras clave: Ureteroscopia ambulatoria, litiasis ureteral, covid 19.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE LA OSTEÍTIS PÚBLICA TRAS CIRUGÍA UROLÓGICA

Blanco Martín, E.; Diaconu, M.G.; Alcobilla García, L.; Domínguez Fernández, M.H.; Pérez Pérez, A.; Vaquero Caballero, P.J.; Montero Torres, J.; García Pesquera, J.M.; Virués García, M.; Gutiérrez Mínguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

INTRODUCCIÓN: La osteítis del pubis puede ocurrir como complicación infrecuente tras una cirugía retropúbica, sobre todo si hay manipulación del tracto genitourinario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis descriptivo retrospectivo de 12 pacientes que desarrollaron osteopatía púbica tras cirugía urológica en nuestro centro desde el año 2006 hasta 2021.

RESULTADOS: Total de 12 pacientes con diagnóstico de osteítis púbica (n=11 hombres y n=1 mujer), con una mediana de edad de 79 años (64-88 años).

N=2 con HBP: Adenomectomía retropúbica (Millin). Eran portadores de sonda vesical previamente y no precisaron cirugía desobstructiva posterior.

N=9 con cáncer de próstata: Prostatectomía radical con radioterapia adyuvante (n=7) y radioterapia exclusivamente (n=2). La mediana de tiempo desde la primera RTU desobstructiva hasta el diagnóstico de osteopatía púbica fue de 59.5 meses (5-94 meses), con una mediana de intervenciones de 3 (1-6).

La única mujer presenta antecedentes de histerectomía con uretropexia (Marshall-Marchetti), con 3 reintervenciones posteriores (una uretrocervicopexia y dos litotricias vesicales por extrusión de malla con adherencia de litiasis).

La clínica común es un dolor pélvico incapacitante que limita la deambulación. Los signos radiológicos característicos son cambios inflamatorios y edematosos en hueso, partes blandas peripúbicas y músculos regionales, y diástasis de la sínfisis con erosión y esclerosis cortical. En nuestro estudio, n=8 abscesos peripúbicos, n=8 fístulas vesico-púbicas y n=5 osteomielitis.

El tratamiento inicial fue con reposo, antiinflamatorios, antibioterapia de larga duración con ciprofloxacino o según urocultivos o biopsia ósea (n=7), drenaje de abscesos y/o sondaje vesical. En caso de evolución tórpida se optó por realizar curetaje del pubis y limpieza del espacio de Retzius, junto con fistulorrafia o cistectomía en algunos casos. En nuestro estudio, 5 pacientes acabaron en cirugía y actualmente hay otros 3 en lista de espera.

CONCLUSIONES: El principal factor de riesgo para desarrollar osteítis del pubis es la cirugía retropúbica (disección del Retzius) seguido de RTU desobstructiva. Si persiste la clínica incapacitante tras el tratamiento conservador, no debería retrasarse el abordaje invasivo mediante curetaje del pubis, fistulorrafia y/o cistectomía.

PALABRAS CLAVE: Osteítis púbica, curetaje pubis, cirugía retropúbica

Complicaciones de pared abdominal tras cistectomía radical según técnica quirúrgica con preservación o no de arco de Douglas.

Alcubilla García, L.; Diaconu, M.G.; Domínguez Fernández, M.H.; Blanco Martín, E.; Pérez, Pérez, A.; Vaquero Caballero, P. J.; Montero Torres, J.; Díaz Romero, J.M.; Virués García, M.; Gutiérrez Mínguez, E.

Hospital Universitario de Burgos

Introducción y objetivos

Las complicaciones de pared abdominal, así como las dehiscencias de herida representan las causas más frecuentes de reintervenciones tras cistectomías.

El arco de Douglas es el borde inferior de la lámina posterior de la aponeurosis de los músculos rectos del abdomen. Su función es estructural, fortaleciendo la parte craneal de la pared abdominal infraumbilical.

El objetivo del trabajo es comprobar si preservar el arco de Douglas, mediante una incisión media pubo-infraumbilical, reporta algún beneficio en cuando a complicaciones relacionadas con pared abdominal respecto a la no preservación del mismo.

Material y métodos

Se analizan retrospectivamente los datos de 64 pacientes intervenidos de cistectomía en el Hospital Universitario de Burgos entre el 2016 y 2019. Se compara las cistectomías con preservación del arco de Douglas (21 pacientes) con las sin preservación (43 pacientes). Para comprobar complicaciones relacionadas con la pared abdominal se revisan las historias clínicas y las últimas pruebas de imagen (TAC). Se ha realizado estudio T student y análisis multivariante.

Resultados

Con una mediana de seguimiento de 22,4 meses, no hubo diferencias de punto de vista estadístico de la edad (mediana edad de 74 vs 69), género, IMC, comorbilidades, estado nutricional, estadio tumoral y mortalidad entre los dos grupos. En los pacientes con preservación de arco de Douglas solo hay complicaciones de pared abdominal en el 19% frente al 37,2% de los que no se ha realizado preservación. En el análisis multivariante, comprobando solo la preservación de arco de Douglas, se asoció con una menor incidencia de complicaciones de pared abdominal, OR de 0,39, de lo que se extrae que sería un factor protector frente a la aparición de complicaciones de pared abdominal. Análisis por subgrupos: Evisceraciones 0 vs 1, eventraciones 1 vs 8 y hernias paraestomales 3 vs 7.

Conclusiones

La cistectomía abierta con preservación de arco de Douglas es una técnica factible y reproducible que parece aportar un beneficio a corto y largo plazo para prevenir complicaciones de pared abdominal.

Palabras clave: Cistectomía, Douglas, complicaciones, pared abdominal.

CAMBIOS EN LOS ÍNDICADORES DE TRASPLANTE RENAL TRAS LA IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE DONANTE VIVO

Noya Mourullo, A.; Martín Parada, A.; Rocha De Lossada, A.; García Gómez, F.; Urrea Serna, C.; García García, J.; Palacios Hernández, A.; Heredero Zorzo, O.; Eguíluz Lumbreras, P.; Marquez Sanchez, M.T.; Fraile Gómez, M. P.; Alvarez Ossorio-Fernández, J.L.; Parra Serván, P.; Valverde Martínez, S.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gómez, M.F. *Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Hospital Universitario de Mérida. Hospital Universitario Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila. Departamento de Cirugía de la Universidad de La Laguna.*

INTRODUCCION/OBJETIVO: Determinar si hay diferencias en los indicadores de un programa de trasplante renal de cadáver antes y después de introducir el programa de donante cadáver en un mismo equipo de trasplante.

MATERIAL Y METODO: Muestra multicéntrica retrospectiva de 1300 pacientes receptores trasplante renal cadáver o vivo en centros de referencia. Factores de inclusión: pacientes trasplantados mayores de edad con al menos 1 año de seguimiento. Criterios exclusión: pacientes menores de edad; seguimiento inferior a un año; ausencia de registro de autorización para el uso de datos con fines de investigación.

Grupos de estudio: según el tipo de donante y la fecha de implantación del programa de donante vivo (año 2011):

Grupo TV (trasplante donante vivo), n= 150: pacientes receptores de riñón de donante vivo.

Grupo TCpre11 (trasplante donante cadáver previamente al 2011), n= 650: pacientes receptores de riñón de donante cadáver en fecha previa al 2011.

Grupo TCpos11 (trasplante donante cadáver en o posteriormente al 2011), n= 500: pacientes que han recibido un riñón de donante cadáver en fecha ó 2011 o posterior.

Variables: Edad. IMC. Pre-trasplante: ITU; Hb, Cre; TA sistólica y diastólica. Sexo. Post-trasplante: Hb, Cre; TA sistólica y diastólica. Hallazgos angio-TAC pre-trasplante. Hallazgos eco-doppler y TAC post-trasplante. Etiopatogenia de la insuficiencia renal. Tratamiento inmunosupresor. Enfermedades/condiciones concomitantes. Tipo de diálisis. Profilaxis ITU post-Trasplante. Diálisis post-trasplante. Rechazo agudo. Días sonda uretral. Días catéter doble J. Tiempo isquemia fría. Resultado funcional del trasplante. Estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher y análisis multivariante, $p < 0.05$ se consideró significativo.

RESULTADOS: Edad, IMC, ITU-pre-tx inferior en TV. Hb pre-tx similar. Cre pre-tx inferior en TCpos11. Cre post-tx inferior en TCpre11. ITUR más frecuente en TCpre11. Más mujeres en TCpre11 que TV. Más varones en TV que TCpre11. Similar sexo entre TV y TCpos11. Análisis multivariante de regresión múltiple tomando como variable dependiente el resultado de la función renal

En TV tendencia negativa en: ningún tratamiento para ITU pre-quirúrgico, poliquistosis renal, dislipemia, TAC sin hallazgos de colección; tiempo de isquemia fría; días con catéter doble J. Se encontró tendencia positiva en: Eco Doppler sin perfusión; HTA; rechazo agudo.

En TCpre11 tendencia negativa: tabaquismo; ateromatosis en angio TAC; Tensión Arterial Diastólica elevada post trasplante. Se encontró tendencia positiva en: etiología del trasplante no filiada; hiperuricemia; hallazgo de litiasis/alteración estructural en la ecografía; TAS elevada post trasplante.

En TCpos11 tendencia negativa para: edad, urinocultivos positivos al año, en mujeres, profilaxis antibiótica pre trasplante, Doppler sin perfusión, HTA maligna y tiempo de isquemia. Se encontró tendencia positiva para IMC, dislipidemia, tabaquismo, ecografía con alteración estructural, diálisis post-trasplante, más días de sonda uretral.

CONCLUSIONES: Los cambios en el programa de trasplante cadáver después de implantar en el mismo equipo el trasplante de donante vivo: Aumenta la tendencia a mayor edad del receptor; se vigila más la profilaxis contra las ITUR pre-trasplante, se permiten tiempos mayores de isquemia del injerto, se prolonga catéter doble J ureteral y se retira más precozmente la sonda uretral.

Malformaciones congénitas como etiopatogenia de síntomas genitourinarios en el varón.

Arqued Sanagustín Jose Antonio; Suárez Toribio Álvaro; Pellegrini-Belinchón Francisco Javier; Rocha de Lossada Alberto; Noya Mourullo Andrea; García Gómez Francisco; Urrea Serna Carmen; Gómez Aristizabal Andrea Liliana; Padilla-Fernandez B.Y.; Valverde Martinez S.; Márquez-Sánchez M.T.; Flores Fraile María Carmen; Lorenzo Gomez Anabel; Herrera Puerto Julio; Tinajas Saldañas Antonio; Lorenzo-Gómez M.F.

Hospital universitario de Salamanca

Malformaciones congénitas como etiopatogenia de síntomas genitourinarios en el varón.

Introducción: Las malformaciones genitourinarias son de las más frecuentes del ser humano. Pueden ser asintomáticas o causar grave deterioro en la salud. Es clave sospecharlas en los diagnósticos diferenciales para evitar tratamientos erróneos y complicaciones.

Pacientes y método: Estudio prospectivo observacional desde 1-1-2019 a 1-3-2021 en el H Universitario de Salamanca. Criterios de inclusión: varones mayores de 16 años con diagnóstico principal de malformación congénita del tracto urinario. Variables: edad, motivo de consulta, pruebas realizadas, diagnóstico clínico y tratamiento propuesto.

Resultados:

Hematuria anemizante: Riñón en herradura: 68 años. MC: Dolor lumbar. Pruebas: tomografía axial computarizada (TAC) y laparotomía exploradora. Diagnóstico: Rotura de riñón en herradura y hemorretroperitoneo. Tratamiento: Evacuación y heminefrectomía.

ITUR: Defecto de rotación: 51 años, Dolor en fosa lumbar izquierda, diagnostico con urografía intravenosa (UIV) de Litiasis ureteral y riñón rotado. Tratamiento: Litotricia extracorpórea.

Hematuria: Doble sistema excretor: 77 años acude a consulta por hematuria macroscópica. Prueba realizada: TC abdominopélvico. Diagnóstico: Masa vesicoprostática y doble sistema excretor. Tratamiento: Cistoprostatectomía radical.

ITU más dolor umbilical: Onfalitis y Uraco: 21 años. Motivo de consulta: Onfalitis de repetición. Prueba realizada: TAC. Diagnóstico: Onfalitis asociada a quiste de uraco. Tratamiento: Resección de quiste de uraco complicado.

Válvulas de uretra posterior versus Síndrome de Hinman: 38 años. Motivo de consulta: dinámica miccional Prueba realizada: ecografía y cistouretrografía miccional seriada (CUMS). Diagnóstico: Megavejiga. Probable Síndrome de Hinman Tratamiento: autocateterismos.

Disuria y subinfertilidad: Quiste de Muller: 39 años. Motivo de consulta: fertilidad subóptima. Prueba realizada: ecografía urinaria. Diagnóstico: Quiste prostático de Muller. Tratamiento de cuadro depresivo.

ITUR Y dolor en Flanco izquierda: Riñón en herradura asociado a doble sistema excretor con fusión en L4/L5: 44 años. MC: Fiebre 39° con dolor en Flanco Izquierdo asociado a vómitos. Prueba realizada: TAC. Diagnóstico: Pielonefritis en riñón en herradura y doble sistema pieloureteral derecho con fusión en L5, Litiasis de 9mm en GCM izquierdo. Tratamiento médico.

Conclusiones: El diagnóstico precoz las malformacion genitourinarias facilita el abordaje terapéutico adecuado, contribuyendo a una mejora en la calidad de vida de estos pacientes y a una reducción de los riesgos de progresión hacia posibles complicaciones futuras.

Palabras clave: Malformación, aparato urinario, riñón, uraco, testículo.

Perfil clínico asociado a malformaciones congénitas genitourinarias en mujeres.

Gómez Aristizábal, Andrea Liliana; Noya Mourullo, Andrea; Lopez Alburquerque, P.; Rocha de Losada, Alberto; García Gómez, Francisco; Urrea, Carmen; Arqued Sanagustin, Jose; Palacios Hernández, A.; Herrero Polo, M.; Pellegrini Belinchón, F.J.; Marquez Sanchez, M.T.; Marquez Sanchez, G.; Padilla Fernández, B.; Lorenzo Gomez, M. F.; Martín Parada, Alejandro; Heredero Zorzo, Oscar.

Hospital Universitario de Salamanca.

Perfil clínico asociado a malformaciones congénitas genitourinarias en mujeres.**Objetivos e introducción del estudio:**

Las malformaciones congénitas genitourinarias tienen diferente pronóstico, derivado de las alteraciones en el desarrollo embrionario. Detectar estas anomalías es importante, pues permite realizar una prevención secundaria precoz, lo que implica a su vez el diagnóstico precoz de la enfermedad renal crónica y la implementación de acciones que prevengan y reduzcan el riesgo de otras complicaciones.

Materiales y métodos.

Estudio descriptivo prospectivo de malformaciones congénitas, se toman historias clínicas de una serie de pacientes que acuden a la consulta de Urología para el diagnóstico y tratamiento de malformaciones congénitas en el periodo del curso académico 2020-2021. Las variables son: edad, IMC, diagnósticos secundarios, tratamientos concomitantes, hábitos tóxicos, antecedentes quirúrgicos, procedimientos diagnósticos realizados y tratamiento recibido.

Dentro de estas malformaciones nos centramos en las recogidas en la consulta de Urología de Salamanca, ya sea de Novo o con manifestación durante la infancia y progresión en la edad adulta.

Resultados:

1. *Duplicación ureteral izquierda completa con megauréter:* Paciente de 41 años, antecedente de migraña crónica, trastorno de ansiedad y depresión e infertilidad, portadora de anillo vaginal, se realizó tomografía computarizada, que descarta etiología neoclásica y confirma una duplicación ureteral completa con megauréter, se realizó vigilancia activa y tratamiento quirúrgico con extracción parcial del megauréter.

2. *Vejiga neurogenica con ectasia pielocalicial bilateral:* Paciente de 41 años con antecedente de enfermedad de Charcot-Marie-Tooth y ataxia congénita, incontinencia urinaria y disuria. Se observa en la ecografía (figura 2) una ectasia pielocalicial bilateral en probable relación con hiperreflexión vesical. Sin más control.

3. *Orificios ureterales ectópicos:* Paciente de 55 años de edad, con síntomas de urgencia urinaria, antecedente de histerectomía y absceso perianal. Cistografía con ausencia de reflujo vesical ureteral y ausencia de residuo posmiccional, fibrosis retroperitoneal.

4. *Hidronefrosis grado I con cruce de vasos:* Paciente de 41 años, con antecedente de neutropenia cíclica familiar, consulta por repetición de infecciones urinarias, se realizó orografía donde se ve retraso funcional derecho con hidronefrosis grado I y ureter normal.

5. *Rotación renal anormal:* Paciente de 64 años, hipotiroidismo y endometriosis, orografía intravenosa y tomografía con malrotación renal derecha, sin signos de ectasia pielocalicial o imágenes sugestivas de litiasis. Presencia de quistes parapielicos en el riñón izquierdo.

Interpretación de resultados:

Existen publicaciones sobre la presencia de complicaciones en pacientes con diferentes tipos de malformaciones, dentro de las duplicaciones ureterales, tanto en niños como en adultos, afirman que el megauréter puede ser absolutamente inocuo, en nuestro caso clínico, el uréter con megauréter ha destruido el parénquima renal, el paciente desarrolló una cavidad, por lo que nuestros resultados pueden discutir la evidencia publicada hasta el momento.

En la ectasia pielocalicial, la ecografía es la mejor prueba en esta situación, aunque la TC es la prueba que proporciona mayor precisión a la hora de estudiar estructuras adyacentes.

La hidronefrosis es una malformación que afecta con mayor frecuencia a los riñones de forma unilateral. El paciente no suele manifestar síntomas durante su vida, siendo descubierto como hallazgo incidental mediante pruebas de imagen indicadas por otra situación, las opciones de tratamiento dependen de la presencia de síntomas o complicaciones.

Conclusiones:

Las malformaciones del aparato urinario son muy variadas ya que pueden comprometer riñón, uréter, vejiga y uretra. Algunos de ellos no tienen un tratamiento establecido, pero en la mayoría es posible corregirlos parcial o totalmente. De ahí la importancia del diagnóstico precoz para establecer la mejor terapia para cada paciente y evitar posibles complicaciones a largo plazo.