

**BOLETÍN
DE LA
ASOCIACIÓN
MURCIANA
DE UROLOGÍA**



Año XXI - Nº 23. MURCIA, febrero 2017



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Tomás Fernández Aparicio

VICEPRESIDENTE:

Lucas Asensio Egea

SECRETARIO:

Marcos Torres Roca

TESORERO:

Emilio Izquierdo Morejón

VOCAL CIENTÍFICO:

Julián Oñate Celdrán

VOCALES:

Carlos González Rodríguez

Gloria Martínez Gómez

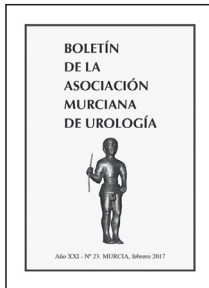
SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MURCIA
Avda. Juan Carlos I - Murcia
www.uromurcia.es

SECRETARÍA TÉCNICA:

Gade Eventos

urologiamurcia@gadeeventos.es



Portada:

Ex voto de un guerreiro en pie con lanza que viste túnica ceñida con cinturón. Encontrado en el Satuario de la Luz del Verdolay (Murcia). Siglo III a. a. de C. Museo Arqueológico de Murcia

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime:

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial	3
Foto de la 5ª Junta Directiva 2008-2011	4
Despedida	5
XXII Jornadas Urológicas Murcianas. Hospital Universitario Santa Lucía. Programa científico XXI Jornadas	6
Presentación de las XXII Jornadas Dr. Juan Moreno Avilés	8
Comunicaciones presentadas	9
Actividades científicas desarrolladas en el año 2016:	35
Premiados por la AMU en 2016: Premio Gerardo Server Falgás	38
Premio Mariano Tomás. Premio al mejor vídeo	41
Galería urológica murciana Dr. D. Agustín Ruiz Martínez	42

Queridos amigos:

Os saludamos desde estas ya emblemáticas páginas del boletín de la AMU, como todos los años. Y en esta ocasión con motivo de nuestro XXII Congreso que se celebra en Cartagena, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Santa Lucía.

Cumplimos nuestro primer año como nueva Junta Directiva, buen momento para hacer un pequeño balance parcial. Aunque hay que decir que hablamos de un “continuo temporal”, dado que sin la desinteresada labor de las Juntas previas no estaríamos aquí. Durante este año hemos generado algunos cambios que han ido encaminados a mejorar la comunicación, dinamizar nuestras actividades científicas y dotarlas de mayor profundidad. Dichos cambios se esbozaron en la “newsletter” de abril; fue la primera de una serie de comunicaciones breves que con carácter bimensual han pretendido acercaros las novedades más relevantes.

La incorporación de nuestros residentes a la Junta Directiva de la AMU ya es un hecho. Ha sido necesario realizar un cambio de los estatutos que fue aprobado de modo provisional en la Asamblea Extraordinaria del 30 de junio. Esperamos el refrendo definitivo en la Asamblea del XXII Congreso Regional.

En el mes de abril, la AMU fue finalista en la segunda edición de los premios Sanitaria 2000 a la Sanidad de la Región de Murcia, en la categoría de Sociedad Científica. El motivo de la nominación fue textualmente que la AMU **“lleva 20 años cumpliendo fielmente su cita con sus asociados a través del ‘Boletín de la Asociación Murciana de Urología’, y este compromiso lo ha renovado con la actualización de una página web que es un perfecto punto de encuentro e informativo para los asociados”**. Es un reconocimiento a la perseverancia y que llega en un momento importante, dado que este es el último año en el que se edita el Boletín de la AMU en formato papel. Hay que adaptarse a las circunstancias, tanto económicas como tecnológicas, pero sin perder las raíces. Por ello, a partir del próximo año el boletín será electrónico conservando el ISSN, y mantendrá el formato que nos es tan familiar. Hay aquí que agradecer el esfuerzo y tesón del Dr. Mariano Pérez Albacete que, bien lo sabéis, es el alma de esta publicación.

Como sabéis, ya están en funcionamiento los grupos de trabajo de Urología Oncológica, Litiasis y Endourología y Urología funcional. Los tres coordinadores (Dres. Antonio Rosino, Enrique Cao y Félix Escudero respectivamente) han trabajado de forma altruista y con rigor para que las dos primeras reuniones celebradas en junio y noviembre hayan tenido un muy buen nivel científico. Sin duda han servido también como punto de encuentro para todos los asistentes. Confirmaros además que se ha conseguido la acreditación para estas jornadas.

Hemos incorporado algunos cambios en el formato de nuestro Congreso Anual que ya son visibles en el programa actual. Se han trasladado las sesiones a jueves y viernes, incrementando el tiempo disponible; además incluimos formatos como el “cara a cara” y se han potenciado las mesas de debate. Las comunicaciones en formato poster serán defendidas públicamente a fin de darles la relevancia oportuna. Finalmente, la cena de clausura incorpora un acto formal

de entrega de premios que era absolutamente necesario. Pensamos que todo ello mejorará el intercambio de ideas y la convivencia entre nosotros.

Este año también ha dado cabida en el mes de noviembre a la reunión conjunta de residentes de las comunidades valenciana y murciana. Como sabéis, dichas reuniones han sido hasta el momento semestrales. Estamos trabajando de modo conjunto con la Asociación Valenciana para establecer un turno rotatorio anual que permita asegurar la viabilidad de esta iniciativa, que creemos de interés para nuestros residentes.

Queremos también tener un recuerdo para nuestro compañero D. Ángel Guardiola Mas, que como sabéis nos dejó este año pasado.

Por último, os animamos a participar de las actividades de la AMU durante este 2017. Sólo con vuestra colaboración y crítica constructiva seremos capaces de mejorar.

La Junta Directiva



QUINTA JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU (2008-2011)

De izquierda a derecha: Tomás Fernández Aparicio, vocal científico; Gloria Doñate Iñiguez, tesorera
Gerardo Server Pastor, presidente; Pedro Ángel López González, secretario

Una vez constituida la Asociación Murciana de Urología en octubre de 1974, los responsables de su primera junta directiva comenzamos a proyectar las acciones que deberíamos realizar para darle vida, además de organizar reuniones e invitar a urólogos eminentes como conferenciantes y de celebrar un congreso anual en el que presentar nuestros trabajos urológicos; surgió la idea de recoger todos los actos efectuados a lo largo del año en un boletín que constituyese a su vez la voz y el vínculo de unión entre todos los urólogos de la Región de Murcia: nació el Boletín de la AMU.

A mí me correspondió la responsabilidad de desarrollarlo; he procurado en todo momento estar pendiente de cuantos hechos y acciones han llevado a cabo los socios de la AMU para dejarlos fielmente reflejados en sus páginas. A lo largo de los veintidós años transcurridos, desde 1996 hasta este 2017, el Boletín de la AMU ha permitido conservar la memoria de las actividades de sus socios y seguir sus pasos además de abrir una ventana que ha facilitado el dar a conocer algunos aspectos de la historia urológica de nuestra comunidad.

Hoy queremos agradecer la colaboración y ayuda de cuantos participaron con sus escritos y estudios a mantener la publicación, así como los ánimos de aquellos que nos han alentado a seguir con la empresa.

En la actualidad los avances que se producen en todos los campos tanto científicos como técnicos obligan a modificar nuestros hábitos y nuestro modo de vida y de actuación. Uno de los de mayor trascendencia fue la aparición de Internet; gracias a la red de redes podemos en cada momento acceder a toda clase de información y fácilmente estar al día en cuantos temas nos pueden interesar. La junta directiva de la AMU, a tenor de los tiempos, ha organizado su propia página web, www.uromurcia.es, en donde se notifican las actividades y que es el nexo de comunicación con sus asociados.

Esto hace que la edición en papel del Boletín tenga menos interés para sus miembros a lo que hay que sumar el elevado costo de su edición, ante ello no podemos ir contra

corriente, razón por la que abandono mi intención de proseguir con la publicación y renuncio a su edición tipográfica.

Es posible que su desaparición para algunos estudiosos que gustan de conservar sus números, consultar datos, fechas y acciones de la AMU constituya una pérdida, pero la colección completa del Boletín de la AMU, además de estar en Internet, yo guardo una encuadernada en dos tomos y otra como depositario de la AMU, ambas a disposición de los socios; también se puede examinar en Murcia en la Biblioteca Regional y en la Municipal, sita en el Almudí, y en Madrid, en la sede de la Asociación Española de Urología.

Tiene un mayor alcance la privación de la credencial que representa el disponer del ISSN (Número Internacional Normalizado de Publicaciones Seriadas) código numérico internacional que identifica a la publicación, facilita su depósito legal y permite citar con precisión los artículos aparecidos en sus páginas, lo que indirectamente les otorga un cierto grado de reconocimiento oficial con valor curricular.

Previendo este casi ineludible paso, he participado en el mantenimiento de la página web de la AMU, donde recojo la parte histórica de nuestra urología con la inclusión de las semblanzas de cuantos urólogos nos han precedido, así como la reproducción íntegra del contenido de todos los boletines aparecidos, de la relación del número de las reuniones celebradas con un resumen de lo expuesto, de la ubicación de la localidad y del servicio organizador, de la lista de socios y de los libros que han editado.

Me pide la directiva que continúe con la labor historiadora de la Asociación, me sugiere conservar el estilo de la obra escrita para insertarla en la red al igual que se hacía en el papel, propósito loable, pero para los amantes de la letra impresa no es igual el tener entre sus manos el ejemplar, ver sus páginas, hojearlas y sentir el papel; todo ello tiene un encanto y un sabor que indefectiblemente se echará en falta. Pese a todo he aceptado proseguir con la tarea en pro de la urología murciana.

Mariano Pérez Albacete

XXII Jornadas Urológicas Murcianas



XXII JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Cartagena, 9 y 10 de Febrero 2017

Jueves 9 de febrero de 2017

16:30-16:50 h. Entrega documentación

16:50-17:00 h. Acto Inaugural

17:00-18:30 h. **MESA COMUNICACIONES 1**

Moderadores:

Dr. Julián Oñate Celdrán. *FEA Urología Hospital General Universitario Reina Sofía*

Dr. Carlos Sánchez Rodríguez. *FEA Urología Hospital Rafael Méndez*

18:30-19:30 h. **MANEJO TERAPÉUTICO EN TUMOR VESICAL I EN PACIENTES DE ALTA COMPLEJIDAD**

Moderador:

Dr. Gregorio Hita Villaplana. *Jefe Sección Urología Hospital General Universitario Morales Meseguer*

Ponentes:

Dr. Marcos Torres Roca. *FEA Urología Hospital General Universitario Reina Sofía*

Dra. Adriana Fondevilla Soler. *Coordinadora Médica Oncología Radioterápica Instituto Oncológico del Sureste*

19:30-20:00 h. Pausa café

20:00-21:00 h. **MESA COMUNICACIONES POSTERS (Simultáneas en distintas salas)**

MESA POSTERS 1

Moderadores:

Dr. Andrés Sempere Gutiérrez. *FEA Urología Hospital General Universitario Reina Sofía*

Dr. Pedro Coteron Ochoa. *FEA Urología Hospital Vega Baja*

MESA POSTES 2

Moderadores:

Dr. Pedro Ángel López González *FEA Urología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

Viernes 10 de febrero de 2017

09:00-10:30 h. **MESA COMUNICACIONES 2**

PEXIA ANTERIOR PARA LA CORRECCIÓN DEL PENE ENTERRADO

Moderadores:

Dr. Cristobal Moreno Alarcón. *FEA Urología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

Dr. Raúl Montoya Chinchilla. *FEA Urología Hospital General Universitario Santa Lucía*

Ponentes:

Dr. A. Rivero. *Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer*

Dres.: G. Zambudio, M^a. J. Guirao, V. Villamil, J. Rojas-Ticona *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

10:30-10:50 h. Pausa café

10:50-12:20 h. **MESA REDONDA:**

AVANCES EN CIRUGÍA DE LA LITIASIS RENAL

Moderador:

Dr. Enrique Cao Avellaneda. FEA Urología Hospital General Universitario Santa Lucía

Ponentes:

Dr. Gaspar Ibarluzea González. FEA Urología. Urología Clínica Bilbao

Dr. Mariano Rigabert Montiel. FEA Urología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Dr. Leandro Sala. FEA Urología Hospital General Universitario Santa Lucía

Dr. Carlos Sánchez Rodríguez. FEA Urología Hospital Rafael Méndez

12:20-13:00 **CONFERENCIA 1**

ORIGEN, EVOLUCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GLEASON

Dr. Ferrán Algaba Arrea. Jefe Sección. Anatomía Patológica Fundació Puigvert

13:00-13:45 h. Asamblea/Examen residentes

14:00-15:00 h. Comida

15:30-17:30 h. **MESA VÍDEOS**

Moderadores:

Dr. Antonio Rosino Sánchez. FEA Urología Hospital General Universitario Morales Meseguer

Dr. Pablo Guzmán Martínez Valls. Jefe Servicio Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor

17:30-18:30 h. **CONFERENCIA 2**

BIORRITMOS Y SU INFLUENCIA EN EL APARATO GENITOURINARIO

Dr. Juan Antonio Madrid Pérez. Catedrático de Fisiología. Director del Laboratorio de Cronobiología. Universidad de Murcia

21:30 h. Cena del Congreso

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente:

Dr. Juan Moreno Avilés

Secretario:

Dr. Carlos García Espona

Vocales:

Dr. Francisco José Jiménez Penick

Dr. Enrique Cao Avellaneda

Dra. Almudena Rodríguez Tardido

Dr. Max Cachay Ayala

Dr. Raúl Montoya Chinchilla

Dr. Eugenio Hita Rosino

Dr. Leandro Sala

Dra. Raquel Berrio Campos

Dra. María José Montes Díaz

Dr. Oleg Santamaría Fernández

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente:

Dr. Julián Oñate Celdrán

Secretario:

Dr. José David Jiménez Parra

Vocales:

Dra. Raquel Berrio Campos

Dr. Manuel José Segura Sánchez

Dr. Pablo Velilla Asurmendi



Presentación XXII Jornadas

En el año 2011 realizamos el traslado al nuevo Hospital de Sta. Lucia, con ilusión y ganas de trabajar; un Hospital nuevo que acogió a un Servicio en progresión, que ha ido modificando su plantilla con jubilaciones, como la de Ricardo García Pérez, José M^a Cervell Ferrón y Juan M Soler Fernández e incorporaciones como la de Raúl Montoya y Raquel Berrio, estando constituido en la actualidad por 12 facultativos, que persisten en el empeño de progreso y mejora continua.

La distribución es la habitual con un área de hospitalización, donde se nos asignan 16 camas. Área de Consultas Externas con 4 salas para consulta médica, 2 para uso por enfermería, 1 sala de endoscopias, 1 para estudios urodinámicos y otra para ecografía; un área administrativa. Área de quirófanos, con 1 quirófano a disposición, dotado adecuadamente para desarrollar actividad laparoscopia, cirugía de litiasis percutánea e intrarrenal retrograda, de suelo pélvico, andrología, uretra y urología general.

Como Servicio perteneciente al complejo hospitalario, damos cobertura a nivel de Consultas Externas y quirófano de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), en el Hospital Sta. María del Rosell.

Adquirimos con agrado el compromiso para organizar la 22 reunión de la Asociación Murciana de Urología, los días 9 y 10 de febrero de 2017. Confiamos estar a la altura que exige este compromiso, esperando que el nivel científico de las actividades cumpla nuestras expectativas.

Así mismo estrechar las relaciones personales, conociendo a los jóvenes facultativos que se han sumado a la Asociación, y la oportunidad para, en nuestro tiempo libre, poder conocer los rincones de esta bella ciudad, recorrer sus calles, visitar lugares emblemáticos, y saborear su magnífica restauración.

Como anfitriones nos ponemos a vuestra disposición, os esperamos.

Dr. D. Juan Moreno Avilés
Servicio Urología.
Complejo Hospitalario Área II. Cartagena

C-1.1 ¿ES LA AZOOSPERMIA EL ÚNICO RESULTADO POSIBLE DE UNA CORRECTA VASECTOMIA? PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL PACIENTE VASECTOMIZADO

P. L. Guzmán Martínez-Valls, B. Honrubia Vilchez, G. Doñate Iñiguez, A. Maluff Torres

Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA. ESPAÑA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Vasectomía (VS) está considerado como uno de los métodos más efectivos y populares de control de la natalidad. Los resultados son medidos por la ausencia de espermatozoides en el eyaculado, éste ha sido el indicador de éxito de la cirugía. Existe controversia no sólo sobre el tiempo necesario para obtener azoospermia sino que si ésta es el único resultado de la VS.

El objetivo de esta revisión es establecer cuando dar el alta tras la VS y proponer un protocolo de atención siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Científicas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias utilizando palabras claves: vasectomy, spermogram, examination, outcomes, pregnancy". No hacemos restricción por años, sí por tipo de publicación.

A tenor de la bibliografía consultada proponemos un Protocolo de Atención al paciente VS

RESULTADOS: Encontramos documentos, recomendaciones para el estudio del semen postvasectomía de diversas Sociedades (SEBC), Guías para la valoración del control postvasectomía destacando la de la Sociedad Británica de Andrología. Analizamos publicaciones relacionadas con el tiempo hasta la azoospermia y otras.

En la construcción del Protocolo definimos el mismo y sus objetivos, establecemos la asignación de responsabilidades, metodología y sistema de monitorización, evaluación e indicadores. Establecemos para el análisis de la muestra las directrices del Manual de análisis del semen de la ESHRE o de la OMS 2010 (como hace nuestro Laboratorio). Los resultados se expresarán junto al porcentaje de error siendo muy importante los campos de visión y valoración de celularidad.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS: Debe existir un equilibrio entre la realización del espermiograma y el tiempo tras la VS así como el número de ellos para demostrar la eficacia de la técnica, se estima que mas de un 90% presentan azoospermia a los 4 meses y/o 24 eyaculaciones, pudiendo existir inmóviles hasta 12 meses después sin que ello suponga mayor riesgo de gestación. En todo caso es imprescindible informar al paciente de los riesgos de recanalización, bien precoz, antes de los 4 meses, que oscila del 0,3 al 0,75% aunque con bajo riesgo de embarazo o tardía que es menor del 0,1 %.

C-1.2 ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL EN LA APLICACIÓN DEL TEST PCA3

Molina Hernández, O.; García Escudero, D.; Samper Mateo, P.; Vilchez Costas, A.I.; Marín Martínez, F.; Oñate Celdrán, J.; Torres Roca, M.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Andreu García, A.; Jiménez López, J.M.; Rico Galiano, J.L.

Servicio de Urología. HGU Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN: Entre el 10 y el 25% de hombres con BP inicial negativa tendrán CP. Son necesarios nuevos marcadores más sensibles y específicos que mejoren y anticipen el diagnóstico.

Prostate Cancer Gene 3 (PCA3) es un ARN no codificante específico de la próstata altamente sobreexpresado (100 veces superior) en las células del CP que en las células benignas. Se trata de una técnica no invasiva (muestra de orina recolectada después del masaje prostático a través de tacto rectal). Se ha determinado ≥ 35 como el límite por encima del cual aumenta el riesgo de BP positiva.

OBJETIVOS: Analizar nuestra experiencia inicial en la aplicación del PCA3 en pacientes con sospecha de CP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis observacional retrospectivo sobre 62 pacientes a los que se les realizó PCA3 en el HGU Reina Sofía entre enero y noviembre de 2016. Criterios de inclusión: al menos una primera BP negativa y sospecha de CP (elevación mantenida del PSA). Analizamos variables epidemiológicas y de resultado del test diagnóstico. Programa IBM SPSS Statistics 20.

RESULTADOS:

		PCA3	
		n	% o media (DT)
Edad		62	65,68 (7,6)
PSA (ng/ml)		62	12,79 (7,63)
Tacto Rectal:	I	9	15,52
	II	27	46,55
	III	7	12,06
	I-II	4	6,9
	II-III	10	17,24
	III-IV	1	1,72
Nº Biopsia previa negativa:	1	16	25,81
	2	35	56,45
	3	11	17,74
Volumen prostático (cc)		62	49,92 (23,6)
RESULTADOS:	≥35	24	38,7
	<35	38	61,3

De los 24 pacientes con PCA3 positivo:
2 pacientes negaron seguimiento.
Se realizaron 15 BPS, resultando 8 positivas para CP.
Calculamos un VPP de 53,33 %.

CONCLUSIONES: La aplicación clínica de este método no invasivo de detección de CP podría permitir una reducción significativa en el número de biopsias repetidas en pacientes con PSA elevado y sospecha de CP.

En nuestra serie, obtenemos resultados limitados en cuanto al cálculo de valores (únicamente, VPP= 53,33%), que no difieren mucho de lo referido en la bibliografía actual (VPP entre 39-75,8%). Si bien, para extraer conclusiones de mayor relevancia se precisan estudios con mayor número de casos.

C-1.3 EFICACIA Y RENTABILIDAD DE MARCADORES DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN NUESTRO MEDIO

Fernández Garay J.C., López González P.A., Prieto González A., Martínez Peralta H.L., Martínez Gómez G., Martínez Muñoz R., Rull Hernández J., Escudero Bregante J.F., Rigabert Montiel M, F., García Hernández J.A., Moreno Alarcón C., Tornero Ruiz J.I., López Cubillana P., Nicolás Torralba J.A., Server Pastor G., Gómez Gómez G.A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN: La baja especificidad del PSA y el sobrediagnóstico en el cáncer de próstata han propiciado el desarrollo de nuevos marcadores. Para determinar el riesgo de padecer CaP en hombre asintomático, con PSA entre 2-10 ng/mL y antes de realizar una biopsia, se aconseja la utilización de las siguientes herramientas: Calculadoras de riesgo, Nuevos marcadores o RMNm.

MATERIAL Y METODOS:

OBJETIVO PRINCIPAL: Determinar la fiabilidad y rentabilidad del uso de PCA3 y 4K-score en nuestro medio.

OTROS OBJETIVOS: Determinar la fiabilidad y rentabilidad de diferentes calculadoras de riesgo y de la RMNm.

DISEÑO ESTUDIO: Estudio retrospectivo, evaluando a pacientes con resultados de nuevos marcadores, comparando su potencia diagnóstica, mediante valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y área bajo la curva (AUC). También se evaluaron los resultados de RMN y de diferentes calculadoras de riesgo. Estudio limitado por el número de pacientes, y biopsias prostáticas realizadas.

RESULTADOS DEL ESTUDIO: Entre agosto-2015 y noviembre-2016, se realizó un estudio de PCA3 o 4Kscore a 72 pacientes, todos ellos con biopsia prostática previa negativa, con una mediana de edad de 64 años (R:48-80). A 41 de ellos se les realizó una RMNm: 26 casos sin hallazgos, 10 con PIRADS-3, 5 con PIRADS-4/5.

Según los resultados de marcadores biológicos: Se evitaron /No se realizó biopsia, a 46 pacientes (63'9%). Se indicó la realización de biopsia a 13 pacientes (18.1%).

A pesar de los resultados de marcadores biológicos: Se realizaron 10 biopsias (13,9%) y se dejaron de realizar 3 (4.2%).

	4k-score (alto grado)	PCA-3	RMN (PIRADS3)	PCPT 2.0 (corte 20)	SWOP (corte 10)	CLEVELAND (corte 10)
Sensibilidad	1	50%	75%	80%	60%	80%
Especificidad	62.5%	45.4%	66.6%	28.5%	44.4%	55.5%
V.P.P.	50%	14.2%	50%	28.5%	23%	33.3%
V.P.N.	1	83.3%	85.7%	80%	80%	90.9%
AUC	0.875	0.477	0.673	0.5	0.472	0.556

CONCLUSIONES: En nuestra serie, el test 4K-score es fiable para la detección de tumores de “alto grado”. Para la detección de cualquier cáncer, la RMNm fue la prueba más robusta. Entre las calculadoras, la de Cleveland resulta la más fiable en nuestra serie.

C-1.4 REPRODUCIBILIDAD Y COMPARACIÓN DE LA MEDIDA DE LA DISTANCIA ANOGENITAL EN EL VARÓN ADULTO SEGÚN LOS DOS MÉTODOS DESCRITOS

Samper Mateo, P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F., Oñate Celdrán J., Sánchez Rodríguez C., Torres Roca M., Sempere Gutierrez A., Morga Egea J.P., Valdevira Nadal P., Jimenez Lopez J.M., Andreu García A., Rico Galiano J.L., Fontana Compiano L.O.

**HG Rafael Mendez, Lorca. HGU Reina Sofía, Murcia.*

INTRODUCCIÓN: la distancia anogenital, desde los genitales al ano, refleja la concentración de andrógenos presente en el medio prenatal en los mamíferos. El uso de esta distancia en estudios sobre humanos es aún limitada, por lo que la calidad y consistencia de las medidas es hoy día una cuestión metodológica de importancia.

OBJETIVO: analizar la fiabilidad y reproducibilidad de la medida de la distancia anogenital en el varón adulto por los dos métodos existentes.

MATERIAL Y MÉTODOS: se seleccionaron pacientes de las consultas externas de urología del HGU Reina Sofía entre enero y mayo de 2014. Fueron incluidos aquellos mayores de 18 años que autorizaron participar en el estudio. Éstos completaron una serie de cuestionarios y se les realizó una exploración urológica. Dos variantes de la distancia anogenital fueron medidas: la distancia desde el ano hasta la base posterior del escroto (AGDAS) y desde la inserción dorsal del pene hasta el ano (AGDAP); cada una de ellas por los dos métodos descritos, litotomía y “posición con piernas de rana”.

RESULTADOS: ambos métodos reproducen valores similares para AGDAP pero se hallan diferencias en el caso de AGDAS. Sin embargo, el grado de acuerdo en términos de reproducibilidad ($ICC \geq 0.80$) resultó aceptable para ambas medidas. Además, ambos métodos resultan con una consistencia interna adecuada para realizar estudios epidemiológicos y pueden ser usados indiferentemente en función de las posibilidades del medio, los instrumentos existentes y la población.

C-1.5 ASOCIACIÓN ENTRE CÁNCER DE PRÓSTATA Y DISTANCIA ANOGENITAL

Julián Oñate Celdrán, Jaime Mendiola, Julián J. Arense Gonzalo, Paula Samper Mateo, Carlos Sánchez Rodríguez, Damián García Escudero, Marcos Torres Roca, Olimpia Molina Hernández, Ana Vilchez Costas, Alberto M. Torres Cantero

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La distancia entre los genitales y el ano [distancia anogenital (AGD)] refleja la concentración de andrógenos durante el desarrollo prenatal en los mamíferos. Sólo hay un estudio que sugiera la relación entre la AGD y el riesgo de cáncer de próstata (PCa). Este estudio tiene como objetivo evaluar la relación entre la AGD, como biomarcador del medio andrógeno prenatal, y el riesgo de PCa en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio caso-control en 260 hombres pertenecientes al Área de Salud VII en Murcia. Se realizó examen físico y andrológico y se completó un breve cuestionario. Los casos (pacientes con PCa) fueron diagnosticados por biopsia prostática. Los controles fueron hombres sin PCa ni enfermedad prostática que acudían al consultorio de Urología para exámenes rutinarios. Se midieron dos variantes de AGD: desde el ano hasta la base posterior del escroto (AGDAS) y desde el ano a la inserción cefálica del pene (AGDAP). Se utilizó regresión logística múltiple para estimar la asociación entre las mediciones de AGD y la presencia de PCa. ORs e intervalos de confianza (IC) del 95% fueron calculados.

RESULTADOS: Los casos mostraron AGDs significativamente más cortas que los controles. Las mediciones de AGD (AGDAP y AGDAS) se asociaron significativamente con la presencia de PCa en modelos crudos y ajustados. Se

encontró una diferencia estadísticamente significativa para las ORs con AGDs más cortas ($P < 0,001$) en los modelos crudos y ajustados.

Se dividió a los pacientes en tertiles. Los sujetos con AGDAP y AGDAS en el tercil más bajo comparado con el tercil superior tuvieron 4,7 veces (IC del 95%: 2,4 - 9,2) y 5,2 veces (IC del 95%: 2,8-10,0) más probabilidades de tener PCa respectivamente.

CONCLUSIONES: En conclusión, nuestro estudio proporciona el mayor número de sujetos en el que se ha estudiado la asociación entre AGD, un biomarcador del entorno androgénico prenatal y el riesgo de padecer PCa y es el primero en informar que una medida de AGD más corta (AGDAP y AGDAS) se asocia a un mayor riesgo de PCa.

C-1.6 MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y CÁNCER DE PRÓSTATA, ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL COCIENTE 2D/4D Y EL RIESGO DE PADECER CÁNCER DE PRÓSTATA?

García Escudero, D., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, Al., Molina Hernández, O., Marín Martínez, F., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Sánchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, JP., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López, JM., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).
Hospital Rafael Méndez (Lorca)*

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es la segunda neoplasia maligna diagnosticada más frecuente en varones en todo el mundo y la sexta causa de mortalidad oncológica. Se sabe que tanto la testosterona como los receptores de andrógenos juegan un papel muy importante en su desarrollo.

Del mismo modo, tanto la distancia anogenital (AGD) como el cociente en la longitud de los dedos 2º y 4º de la mano (2D/4D), son un dimorfismo sexual en mamíferos placentarios y depende de la exposición a andrógenos durante el periodo fetal.

Ambas medidas se determinan “in utero” y son estables durante el desarrollo independientemente de las variaciones hormonales posteriores.

OBJETIVO: Analizar el cociente 2D/4D como potencial biomarcador en cáncer de próstata y los antecedentes familiares. Así mismo se pretende demostrar la equidad en su uso con la AGD en este tipo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se propone un estudio de casos y controles con casos prevalentes e incidentes con cáncer de próstata en población de la Región de Murcia que se identificarán y se estudiarán desde el servicio de Urología del Hospital General Universitario Reina Sofía. El equipo de proyecto medirá el cociente 2D/4D en todos los pacientes y recopilará todos los datos epidemiológicos necesarios.

Se utilizó el programa estadístico spss v.21.0.

RESULTADOS: Se realizó un estudio de casos y controles ajustando en función del IMC. Se observó un aumento del doble en el riesgo de padecer cáncer de próstata en los pacientes con disminución del cociente 2D/4D con un valor de p tendencia de 0,067.

CONCLUSIÓN: La posibilidad de determinar el cociente 2D/4D como un potencial biomarcador en cáncer de próstata nos permitiría identificar aquellos individuos con un mayor riesgo de padecer la enfermedad y adelantarnos a su diagnóstico, disminuyendo por tanto la morbimortalidad vinculada a la enfermedad y a su tratamiento.

C-1.7 MARCADORES PROINFLAMATORIOS COMO MARCADORES PRONÓSTICOS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

García Escudero, D., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, Al., Molina Hernández, O., Marín Martínez, F., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Sánchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, JP., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López, JM., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia
Hospital Rafael Méndez. Lorca*

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia sólida más frecuente en varones. En su desarrollo intervienen varios factores, como la genética o las hormonas.

Por su parte, la inflamación juega un importante papel en el desarrollo del cáncer. Existen estudios que han demostrado que el cociente neutrófilos/linfocitos (NLI) y el de plaquetas/linfocitos (PLI) podrían ser marcadores pronósticos en algunos tumores sólidos, incluido el de próstata, aunque su papel no está bien definido

OBJETIVOS: Estudiar la relación existente entre la PTL y NTL entre sí y con la probabilidad de presentar peor pronóstico y mayor probabilidad de recurrencia bioquímica (RBQ).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 255 pacientes diagnosticados de CaP e intervenidos en nuestro centro desde enero de 2007 a diciembre de 2013. El tiempo de seguimiento mínimo fue de 18 meses. Se definió la RBQ como 2 elevaciones de PSA consecutivos mayores a 0,2 ng/ml, siempre que el PSA postoperatorio fuera negativo. Recogimos los valores de neutrófilos y linfocitos (valores absolutos y porcentajes) y de plaquetas en la analítica preoperatoria en todos los pacientes.

RESULTADOS: Los valores de las curvas ROC para establecer el valor que tiene el NTL y el PTL como marcador de riesgo de RBQ no fue significativo.

Sin embargo, al realizar un ajuste eliminando posibles factores de confusión, realizamos un estudio utilizando el test estadístico de Mann-Whitney, observando que existe asociación entre el NTL y la RBQ, con una tendencia a la significación estadística (p 0.067), así como con el número absoluto de linfocitos (p 0.018). Para comprobar si los resultados tienden hacia esa significación estadística, realizamos el mismo análisis duplicando el tamaño muestral, con valores de NTL y linfocitos (valores absolutos y porcentaje) que presentan asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de RBQ.

CONCLUSIONES: Los factores proinflamatorio, de acuerdo con la literatura, podrían constituir una herramienta importante para analizar el riesgo de los pacientes en sufrir una RBQ, teniendo como gran beneficio su escaso coste y análisis.

C-1.8 ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON CPRC METASTÁSICO EN TRATAMIENTO CON ACETATO DE ABIRATERONA

Samper Mateo, P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutierrez A., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Jimenez Lopez J.M., Andreu García A., Rico Galiano J.L., Fontana Compiano L.O.

HGU Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: con la llegada de nuevas terapias hormonales, como el Acetato de Abiraterona, se han abierto nuevas opciones de tratamiento en el cáncer de próstata resistente a la castración en estadio metastásico (CPRCM).

OBJETIVOS: Analizar la evolución clínica de los pacientes CPRCM tratados con Abiraterona en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional de corte transversal en pacientes con CPRCM tratados con Abiraterona ($n=13$). Criterio de inclusión: seguimiento igual o mayor a 12 meses. Se recogieron datos clínicos y analíticos, valorando la evolución y los eventos acaecidos: progresión radiológica y bioquímica. Análisis de supervivencia mediante test de Kaplan-Meier, programa IBM SPSS Statistics 20.

RESULTADOS: incluidos 10 pacientes, edad media de 72,54 años (DT 20,8). Uno tratado con intención curativa inicialmente. Estadio clínico: 5 con metástasis óseas (grupo1); 2 ganglionares (grupo2); 3 ganglionares y óseas (grupo3). Tiempo de tratamiento: mínimo 12 y máximo 32 meses; media 21,6 (DT 7,13). Ningún caso de abandono voluntario o por intolerancia del tratamiento.

La mediana de supervivencia es 28 meses (IC 95%;15,9-40) para progresión radiológica y 27 meses (IC 95%; 16,4-37,5) para progresión bioquímica. Hallamos diferencias significativas en el tiempo hasta la progresión radiológica al clasificarlos en función del tipo de metástasis al inicio del tratamiento; óseas tiempo medio 30,6 (DT 1,08) meses, ganglionares 24,5(DT 1,7) y óseas y ganglionares 16,6 (DT 2,7), ($p<0,05$); no ocurre igual para el tiempo hasta la progresión bioquímica. Clasificando según el grado de Gleason de la biopsia (grupo 1 =7; grupo 2 >7) no existe significancia en ninguno de los dos parámetros.

CONCLUSIONES: en nuestra experiencia inicial valoramos positivamente los datos hallados en pacientes en tratamiento con Abiraterona. El haber hallado una mediana de supervivencia mayor a dos años tanto para progresión bioquímica como radiológica refuerza la indicación de este tratamiento en nuestros pacientes. Hallamos mejores datos de supervivencia libre de progresión radiológica en aquellos que sólo tienen metástasis óseas, estos datos pueden verse artefactados por la baja n , otros factores pronóstico o el tratamiento con Ácido Zoledrónico o Denosumab recibido por estos pacientes. Será necesaria mayor experiencia en tiempo y número de pacientes para poder obtener conclusiones definitivas.

C-1.9 ¿SON REALMENTE TUMORES DE BAJO RIESGO LOS DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA? COMPARACIÓN DE 3 PROTOCOLOS DIFERENTES

Carrillo George, Carlos; Rosino Sánchez, Antonio; Rivero Guerra, Ángela; Barceló Bayonas, Isabel; Pardo Martínez, Arancha; Muñoz Guillermo, Victoria; Trasancos Escura, Cristina; Pietricica, Bogdan Nicolae; Izquierdo Morejón, Emilio; Romero Hoyuela, Antonio; Hita Villaplana, Gregorio; Fernández Aparicio, Tomás; Miñana López, Bernardino.

Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer Murcia

INTRODUCCIÓN: Una de las mayores preocupaciones en pacientes candidatos a VA es si los datos de la biopsia son fiables para seleccionar pacientes con tumores de bajo riesgo.

El objetivo de nuestro trabajo es valorar si los protocolos más ampliamente usados de VA seleccionan de forma adecuada pacientes con tumores de bajo riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de 155 PR realizadas en nuestro centro entre marzo 2010 a diciembre 2013. Se identificaron pacientes que cumplieran criterios de VA previa biopsia con toma de mínimo 6 cilindros por lóbulo y se clasificó a los pacientes según los siguientes protocolos:

1.EAU:PSA<10ng/ml; Gleason BP£6, cT1c-2a;<2 cilindros afectados; menos del 50% de afectación del cilindro. 2.PRIAS:PSA<10ng/ml; dPSA <0,22 ng/ml/cc; Gleason BP£6;cT1c/cT2; <2 cilindros afectados. 3.START:PSA<10ng/ml; Gleason BP£6; cT1c/cT2a-2b.

Se analizaron datos anatomopatológicos desfavorables de la pieza de PR (aumento de grado Gleason y/o enfermedad no órgano-confinada) y la capacidad de cada protocolo para detectar tumores de bajo riesgo (Gleason 6 y pT2a en la pieza de PR).

RESULTADOS: La edad media fue 63,78 años (DE 6,78). De todos los pacientes intervenidos, 33 cumplían criterios de VA de la EUA, 31 los criterios PRIAS, 69 los criterios START.

Datos anatomopatológicos desfavorables y reestadificación:

	Márgenes +	T2a	T2b-T2c	T3a	Infiltración VVSS
EUA	21,21%	30,3%	63,63%	6,1%	0%
PRIAS	25,8%	32,25%	61,29%	6,4%	0%
START	30,4%	28,98%	60,86%	10,1%	2,9%

Reclasificación en grado Gleason:

	Gleason 7 (3 + 4)	Patrón 4 dominante o 5	Concordancia Gleason 6
EUA	18,18%	3,0%	78,78%
PRIAS	9,67%	3,22%	87,1%
START	28,98%	4,34%	66,66%

Detección de pacientes por los protocolos:

	pT2a Gleason 6 no detectados por los protocolos	pT2a Gleason 6 detectados por el protocolo	pT2a Gleason 6 confirmados dentro de los incluidos en cada protocolo	Pacientes incluidos en los protocolos con lesiones ≥pT2b Gleason 6
EUA	64,3%	35,7%	30,3%	69,7%
PRIAS	63%	37%	32,2%	67,7%
START	28,6%	71,4%	28,9%	71%

CONCLUSIONES:

En nuestra serie:

- Sólo 1/3 de los pacientes que cumplen criterios de VA presentan tumores de bajo riesgo.
- Aproximadamente 2/3 de los pacientes con tumores de bajo riesgo de la serie no son detectados con los criterios de los protocolos más extendidos.

C-1.10 BIOPSIAS TRANSRECTALES DE PRÓSTATA GUIADAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA: ¿SIGUE SIENDO NECESARIA LA BIOPSIA ESTÁNDAR?

Rivero Guerra, A.; Rosino Sánchez, A.; Girela Baena, E.L.*; Ortiz Morales, C.M.*; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, BN.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio de Urología, Servicio de Radiodiagnóstico*. H. Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Se recomienda realizar resonancia prostática (RMp) cuando, a pesar de biopsias negativas, persiste sospecha clínica de malignidad.

Nuestro objetivo es analizar la calidad de las biopsias transrectales de próstata en abanico dirigidas por RMp previa realizadas en nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos los datos de 36 biopsias transrectales de próstata en abanico (3-5 cilindros) dirigidas a los nódulos en RM realizadas en pacientes con Bx previa negativa entre enero de 2014 y diciembre de 2016. Las biopsias dirigidas se acompañaron de biopsia estándar según nuestro protocolo volumen-dependiente. El estudio estadístico se realiza con SPSS v15.

RESULTADOS: Se biopsiaron 51 nódulos, cuyas características aparecen en las tablas 1 y 2. Todos los pacientes tenían, al menos, una biopsia previa negativa (rango 1-6). En caso de malignidad del nódulo, la media de cilindros afectados fue de 71'5%. En los pacientes que fueron sometidos a prostatectomía radical (n=8), la coincidencia de localización del tumor en la pieza con la localización del nódulo en la RM ocurrió en el 75% de los casos.

Tabla 1. Características anatomopatológicas según PI-RADS y localización.

		AP Nódulo			Gleason	
		Benigna	Maligna	ASAP	6	7
PI-RADS (% Casos)	2/5 (3'9%)	50%	0%	50%	0%	0%
	3/5 (52'9%)	74'1%	18'5%	7'4%	60%	40%
	4/5 (35'3%)	66'7%	27'8%	5'6%	60%	40%
	5/5 (7'8%)	0%	100%	0%	0%	100%
Localización (%Casos)	Z. Periférica (39'2%)	80%	10%	10%	50%	50%
	Z. Transicional (51%)	65'4%	26'9%	7'7%	71'4%	28'6%
	Cara anterior (9'8%)	0%	100%	0%	0%	100%

Tabla 2. Resultados anatomopatológicos Biopsia estándar + Biopsia nódulo RMp por paciente.

Biopsia estándar	Biopsia Nódulo RMp	
	Benigna	Maligna
Benigna	47'2%	11'1%
Maligna	16'7%	25%

CONCLUSIONES: La menor rentabilidad se obtuvo en las biopsias de los nódulos de la zona periférica, en contraposición a las biopsias de los nódulos de cara anterior; probablemente debido a que nuestro protocolo de biopsia estándar presenta una buena capacidad de detección en la zona periférica.

Consideramos que debe seguir asociándose una biopsia estándar a la biopsia dirigida por RM.

C-2.1 PEXIA ANTERIOR PARA LA CORRECCIÓN DEL PENE ENTERRADO

Rivero, A.*; Zambudio, G.; Guirao, M^aJ.; Villamil, V.; Rojas-Ticona, J.

*Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. H. Infantil

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El pene enterrado en edad infantil se debe a una escasa fijación de la piel y Dartos a la fascia de Buck. Existen múltiples técnicas descritas para su corrección. La mayoría se basan en la fijación del subcutáneo a la albugínea de los cuerpos cavernosos en la base del pene para crear y fijar así un ángulo peno púbico y penoescrotal. Estas técnicas suelen causar edema postoperatorio y presentan una alta tasa de recidiva.

Presentamos una modificación de la técnica con el objetivo de evitar el edema postoperatorio y reducir la tasa de recidiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: 12 pacientes de edades comprendidas entre 16 meses y 11 años han sido intervenidos mediante la pexia anterior de la túnica Dartos a los cuerpos cavernosos, lateral a la uretra a nivel ventral penoescrotal, sin aplicarse puntos dorsales.

RESULTADOS: Tiempo de seguimiento de 1-20 meses, un paciente presentó dehiscencia superficial de la herida a nivel penoescrotal que curó con curas locales en una semana, ningún paciente presentó edema postoperatorio significativo y en la actualidad todos los pacientes mantienen el ángulo penoescrotal y penopúbico, sin recidiva.

CONCLUSIONES: La fijación anterior del dartos a los cuerpos cavernosos se muestra como un método sencillo y estable que permiten corregir el pene enterrado con menor índice de complicaciones.

C-2.2 ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES DE LAS BIOPSIAS RENALES Y SU REPERCUSIÓN SOBRE LOS VALORES DE HEMOGLOBINA Y CREATININA

Marín Martínez, F., García Escudero, D., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, Al., Molina Hernández, O., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López JM., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

HGU Hospital Reina Sofía

INTRODUCCIÓN: La biopsia renal percutánea (BRP) es una herramienta determinante en el diagnóstico de enfermedades renales parenquimatosas. Las complicaciones van desde pequeños hematomas perirrenales a hemorragias que requieren transfusiones. El objetivo es describir las complicaciones, y analizar la repercusión de la biopsia renal sobre los valores de hemoglobina y creatinina.

MATERIALES Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo que incluye 102 pacientes a los que se les realizó BRP ecodirigida desde enero de 2010 a noviembre de 2016. La edad promedio fue 51,17 +/- 17,01, de los cuales 58 (56,9%) fueron hombres y 44 (43,1%) mujeres. Se registraron las complicaciones en función de la clasificación de Clavien-Dindo modificada, además los niveles de hemoglobina y creatinina prepunción y a las 24 horas posteriores. El análisis estadístico se realizó mediante comparación de medianas con pruebas no paramétricas con el programa SPSS Statistics versión 20.

RESULTADOS: En los 102 pacientes se recogieron muestras suficientes para el análisis histológico.

	n	% o media (DT)
Edad	102	51,17(17,01)
Sexo:		
- Hombres	58	56,9
- Mujeres	44	43,1
Clavien-Dindo modificada		
I	7	6,86
II	2	1,96
Complicaciones		
- Hematoma perirrenal	5	4,9
- Hematuria macroscópica	2	1,96

	n	Hemoglobina prepunción	Hemoglobina postpunción	p IC 95%
Mediana (Rango intercuartil)	102	12,15(3,35)	11,45(3,45)	0,000

	n	Creatinina prepunción	Creatinina postpunción	p IC 95%
Mediana (Rango intercuartil)	102	1,23(1)	1,20(1)	0,002

CONCLUSIONES: Las complicaciones surgidas en nuestro medio además de ser poco habituales, evolucionaron favorablemente con tratamiento conservador. Tanto en la indicación del procedimiento como en la selección de los pacientes debemos tener en cuenta que se relacionan de forma significativa, con un descenso en los niveles de hemoglobina y un incremento de la función renal, siendo éstas clínicamente no relevantes.

C-2.3 ¿ES NECESARIA UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CÁNCER TESTICULAR? ANÁLISIS DE LOS DATOS CLÍNICOS AL DIAGNÓSTICO

Pardo Martínez, A.; Rosino Sánchez, A.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Barceló Bayonas, I.; Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Actualmente hay en la población una mayor concienciación sobre el cáncer de testículo lo que debería implicar un diagnóstico precoz de estos tumores.

Nuestro objetivo es presentar las características del paciente y la estadificación clínica del cáncer testicular en el momento del diagnóstico en una serie reciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo observacional. Se incluyen pacientes con neoplasia germinal testicular confirmada a los que se les realizó la orquiectomía radical entre enero de 2010 y diciembre de 2015. El estudio estadístico se ha realizado con el programa SPSS 20.

RESULTADOS: 52 pacientes son válidos para el estudio. La edad media de nuestros pacientes es de 34 años (18-51). Un 54% fueron tumores derechos y un 46% izquierdos. Los principales subtipos histológicos fueron el seminoma clásico (36,5%) y los tumores mixtos (36,5%). El principal motivo de consulta fue la autopalpación de una masa testicular (52%) seguido de dolor testicular (25%). En un 13,5% el motivo de consulta fue por sintomatología sistémica. En un 42,5% de los casos había adenopatías al diagnóstico (en el 21% de los seminomas, en el 58% de los tumores de células embrionarias, en el 47,7% de los tumores mixtos y en el 100% de los coriocarcinomas) y 25% presentaban metástasis a distancia (en el 10,5% de los seminomas, en el 33% de los tumores de células embrionarias, en el 26% de los tumores mixtos y en el 100% de los coriocarcinomas).

CONCLUSIONES: Actualmente alrededor del 40% de las neoplasias testiculares se siguen diagnosticando en fases avanzadas, por lo que sería conveniente plantear actuaciones para intentar un diagnóstico y un tratamiento más precoz.

C-2.4 MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL URÉTER DISTAL TRAS CISTECTOMÍA RADICAL. REVISIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES

Carrillo George, Carlos; Hita Villaplana, Gregorio; Rivero Guerra, Ángela; Barceló Bayonas, Isabel; Pardo Martínez, Arancha; Muñoz Guillermo, Victoria; Pietricica, Bogdan; Izquierdo Morejón, Emilio; Romero Hoyuela, Antonio; Rosino Sánchez, Antonio; Fernández Aparicio, Tomás; Miñana López, Bernardino.

Hospital Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La cistectomía radical (CR) resulta una cirugía compleja, en la que a parte de las características oncológicas radicales, también es necesario realizar un enfoque reconstructivo para lograr la adecuada derivación urinaria. En este último aspecto tiene especial importancia el manejo del uréter distal para evitar la aparición de posibles complicaciones.

El objetivo de nuestro trabajo es revisar las características clínicas de los pacientes que presentan complicaciones a nivel del uréter distal tras una CR y que precisaron posterior intervención (endoscópica o quirúrgica).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de CR que precisaron posteriormente manejo endoscópico o nuevo procedimiento quirúrgico sobre el uréter distal entre los años 2011 y 2016 (10 pacientes, 12 procedimientos). Se revisaron variables clínicas, anatomopatológicas, radiológicas y aspectos quirúrgicos.

RESULTADOS: El 90% fueron varones. Edad media 67 años +/-13,54.

Tipo de cirugías derivativas: 50% conducto ileal, 40% neovejiga y 10% ureterostomía cutánea. El 20% de los pacientes habían recibido quimioterapia neoadyuvante previa a CR y 10% existía campo radiado. Todos presentaron márgenes quirúrgicos negativos en uréter distal tras CR.

El 60% presentó hidronefrosis bilateral y el 40% restante solo sobre el uréter izquierdo.

En pocos casos se pudo atribuir una causa específica de origen obstructivo, no encontrando recidiva tumoral a dicho nivel en ningún paciente.

En relación con la patología asociada a la hidronefrosis se objetivó: 40% insuficiencia renal combinada con ITU complicada, 30% insuficiencia renal, 20% ITU complicada y 10% fistula anastomótica en neovejiga.

El manejo resolutivo inicial elegido fue endourológico en el 70% de los casos y cirugía abierta en 30%. El 57% de los pacientes manejados mediante procedimientos endourológicos no se observó mejoría en el grado de hidronefrosis ni mejoría de función renal pasando 2 de estos pacientes al grupo de cirugía. De los pacientes manejados quirúrgicamente de entrada el 67% presentaron completa resolución de su hidronefrosis y el resto mejoría parcial sin resolución completa.

CONCLUSIONES: La patología del uréter distal es una complicación infrecuente tras CR y generalmente tiene un origen idiopático. Los mejores resultados funcionales en nuestra serie se observaron con el tratamiento quirúrgico directo.

C-2.5 ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL EN LA MINI-NEFROLITOTOMÍA PERCUTANEA Y COMPARACIÓN CON LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTANEA ESTÁNDAR Y LA CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA

Samper Mateo, P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutierrez A., Morga Egea J.P., Valdevira Nadal P., Jimenez Lopez J.M., Andreu García A., Rico Galiano J.L., Fontana Compiano L.O.

HGU Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: los avances tecnológicos han permitido el desarrollo de nuevas técnicas en la cirugía de la litiasis renal, como mini- nefrolitotomía percutánea (mini-NLP) y cirugía intrarrenal retrógrada (RIRS).

OBJETIVOS: Analizar nuestra experiencia inicial en mini-NLP y comparar los resultados obtenidos con la NLP estándar y la RIRS.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio observacional de corte transversal en pacientes intervenidos mediante NLP estándar (30Ch), mini-NLP (18Ch) y RIRS entre enero de 2013 y octubre de 2016. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, características de la litiasis, la intervención quirúrgica y la evolución de los pacientes. Análisis descriptivo de los datos, comparación de medias y test de Chi-cuadrado, programa IBM SPSS Statistics 20.

RESULTADOS: incluidos 36 pacientes, 9 (34,6%) fueron intervenido con mini-NLP, 17 (47,2%) mediante NLP y 10 (27,8%) con RIRS.

	Mini-NLP		NLP		RIRS	
	n	% o media (DT)	n	% o media (DT)	n	% o media (DT)
Edad	9	54,6(7,7)	17	54,1(13,9)	10	59(11,64)
IMC	9	27,98 (4,1)	17	28,8(4,9)	10	26,3(4,83)
ASA	I	1	11,1	3	17,6	0
	II	7	77,8	12	70,6	8
	III	1	11,1	2	11,8	2
Tamaño de la litiasis (mm)	9	23,8(2,4)	17	25,7(7,29)	10	15,19(6,1)
Litiasis coraliforme	4	44,4	11	64,7	0	0
Tiempo quirúrgico	9	262,2(61,8)	17	245(47,7)	10	199(63,87)
Catéter doble jota / nefrostomía postcirugía	7	77,8	16	94,1	10	100
Stone free	4	44,4	8	47,1	4	40
Hospitalización (días)	9	2,7 (1,6)	17	4,8(4,5)	10	2,9(1,85)
Necesidad de tratamiento accesorio	2	22,2	6	35,3	3	30
Complicaciones	1	11,1	5	36,3	2	20

No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre la mini-NLP y la NLP para los parámetros analizados. Sin embargo, entre la mini-NLP y la RIRS existen diferencias estadísticamente significativas en el tamaño de la litiasis y en el tiempo quirúrgico ($p < 0,05$). Para el resto de parámetros no existe significancia.

CONCLUSIONES: A pesar de nuestra experiencia inicial y considerando que es necesaria una exhaustiva selección de los casos, los datos obtenidos confirman los buenos resultados de la mini-NLP y su equivalencia en términos de estancia hospitalaria, complicaciones, “Stone free” y necesidad de cateterización.

C-2.6 ECIRS (CIRUGIA ENDOSCOPICA INTRARRENAL COMBINADA) PARA LITIASIS RENALES COMPLEJAS: NUESTROS INICIOS

Sala L, Cao E, Rodríguez A, Jiménez F, Berrio R, Hita E, Cachay M, Montoya R, García C, Moreno, J. a Irene Gutiérrez I, Rodríguez C. b

a Servicio de Urología, Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

b Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

INTRODUCCIÓN: La ECIRS combina el abordaje endoscópico retrógrado y anterógrado para tratar litiasis renales complejas. Presentamos nuestra serie inicial, y la experiencia adquirida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo y descriptivo sobre pacientes intervenidos en nuestro hospital mediante ECIRS, desde Septiembre de 2012 hasta Noviembre de 2016, con datos recogidos y procesados en una base de datos Access 2010.

RESULTADOS: Realizamos 15 ECIRS bajo anestesia general y en posición de Galdakano. La edad media fue de 48 años (22-79), 73% mujeres, y 27% hombres, con IMC medio de 27.9 (22-35). ASA II eran un 60%; y ASA I y III un 20% cada uno. El 33% tenían algún factor de inmunodepresión.

El 73% fueron cálculos coraliformes. Además, una superficie media de 1050 mm² (267-1730), una dureza media de 924 UH (579-1200), y una mediana de 57 en el score de CROES que refleja anticipadamente una tasa de "stone free" del 43%, demuestran la gran complejidad de las litiasis en nuestra serie.

El tiempo medio operatorio fue de 241 minutos (116-360). Un sólo acceso percutáneo en todos los casos, y ninguno por cáliz superior. En el 86% utilizamos Amplatz de 30 Fr, y para la vía retrógrada, vaina de acceso ureteral en el 71% de los casos.

Tuvimos hasta un 20% de dificultades endourológicas, con sólo un 7% de hemorragia, sin trascendencia perioperatoria.

Las complicaciones de manejo anestésico tampoco fueron de importancia: hipotermia, HTA, y bradicardia en un 7% respectivamente. Ninguno requirió transfusión de hematies.

Hubo 5 complicaciones inmediatas (33%), todas Clavien I. La mediana de estancia hospitalaria fue de 4 días (2-8), con 4 reingresos (26%) por infección urinaria. Ninguno requirió ingreso a UCI. Tampoco tuvimos mortalidad.

Con seguimiento medio de 17 meses, la tasa libre de litiasis fue del 33.3%, y un 20% quedaron con fragmentos menores de 8 mm. Ninguno presentó insuficiencia renal, y el 90% de los estudios funcionales fueron normales.

CONCLUSIÓN: A pesar de la complejidad litiásica presentada en nuestro camino inicial de ECIRS, obtuvimos resultados favorables y nos anima a continuar el esfuerzo dedicado a dejar a nuestros pacientes libres de litiasis.

C-2.7 NUESTRA EXPERIENCIA A 15 AÑOS CON LOS DONANTES RENALES DE VIVO

Martínez Gómez, G; Prieto González, A; López Cubillana, P; González Soriano, MJ; Saura Luján, I; Martínez Peralta, HL; Fernández Garay, JC; Martínez Muñoz, R; Rull Hernández, J; García Hernández, JA; López González, PA, Moreno Alarcón, C; Nicolás Torralba, JA; Rigabert Montiel, M; Tornero Ruiz, JI; Server Pastor, G; Gómez Gómez, GA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La mejor opción para el tratamiento de la insuficiencia renal es el trasplante renal.

La limitación principal para el mismo es la disponibilidad de órganos válidos, por ello se han desarrollado diferentes programas de donación para aumentar el número de injertos disponibles.

El objetivo de este trabajo es demostrar la seguridad para el donante de vivo.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Nuestro programa de trasplante renal con riñón de vivo se inició en julio de 2002. Desde ese momento se han realizado 47 procedimientos.

La evaluación previa del donante se realiza de forma conjunta con Nefrología. Es necesario estudio mediante AngioTC abdominal para selección de órgano y planificación de acto quirúrgico. Además, todos los donantes son estudiados por el Servicio de Psicología para descartar presiones externas para la donación.

Se analizan las variables: edad, sexo, riñón donado, filtrado glomerular previo y post-trasplante, tipo de cirugía, complicaciones postquirúrgicas, estancia media y supervivencia del injerto.

RESULTADOS:

Mediana de edad: 55 años (R: 27-69).

Sexo: 13 varones y 34 mujeres.

Riñón donado: derecho: 8; izquierdo: 39.

El filtrado glomerular (FG) previo al trasplante era:

FG \geq 90ml/min/1.73m²: 31 donantes.

FG 60-89ml/min/1.73m²: 16 donantes.

En el 97,8% de los casos se realizó la extracción renal laparoscópica manoasistida.

La pérdida hemática media fue de 1'6 gr/dL de hemoglobina. Ningún donante precisó transfusión de hemoconcentrados.

Complicaciones postquirúrgicas: 4,3% complicaciones postquirúrgicas Clavien-Dindo IIIb.

Estancia media: 4,2 días (R 3-8).

Actualmente el FG postdonación:

FG \geq 90ml/min/1.73m²: 7 donantes.

FG 60-89ml/min/1.73m²: 24 donantes.

FG 30-59 ml/min/1.73m²: 16 donantes.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, la donación renal de vivo es una opción segura que mejora la calidad de vida del receptor sin condicionar la del donante.

C-2.8 RESULTADOS INICIALES DE LOS TRASPLANTES RENALES PROCEDENTES DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA TIPO MAASTRICHT III EN NUESTRA REGIÓN

Martínez Gómez, G; Tornero Ruiz, JI; Gómez Gómez, GA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La incapacidad para cubrir las necesidades de los pacientes en lista de espera de trasplante, con la donación en muerte encefálica y el donante vivo, han llevado al desarrollo de programas alternativos con el fin de aumentar el número de órganos donantes.

En nuestra Región, hemos implantado la donación en asistolia controlada con donantes tipo III de Maastricht, es decir, aquellos pacientes fallecidos tras el cese del tratamiento de soporte vital (LTSV).

Los datos que presentamos a continuación corresponden a los pacientes trasplantados con órganos de donantes tipo III de Maastricht.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Este modelo de donación se puso en marcha en febrero de 2015 tras el diseño de un protocolo multidisciplinar de extracción y manejo aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Por el mismo, la técnica de elección de la extracción de órganos fue la laparotomía reglada y canulación aórtica. El tiempo de isquemia caliente verdadero no debe superar los 60 minutos para aceptar los riñones.

El número de donantes es 22 y el de receptores 29. Se analizan las variables: edad, sexo, tipo de enfermedad renal, tiempo y tipo de diálisis, trasplantes previos, características propias del injerto, complicaciones y tipo y función renal.

RESULTADOS:

Receptores:

Mediana de edad: 64 años (36-76).

Sexo: 75,9% varones y 24,1% mujeres.

Mediana de tiempo en diálisis: 28 meses, predominando la hemodiálisis como técnica sustitutiva.

Este tipo injerto supone un 19 % de los implantados al año.

Se apreció retraso funcional en un 48,3% de los casos, precisando en algunos casos hemodiálisis.

En el 41,4% de los pacientes fue precisa la biopsia renal; en un 25% de estas se detectó un rechazo agudo.

El filtrado glomerular al primer mes en el 75,9% de los casos se encontraba entre el 59-15 ml/min/1.73m².

Donantes:

Mediana de edad: 66,5 años (24-74).

Mediana de isquemia caliente total: 22 minutos (11-37); isquemia caliente funcional: 12 minutos (7-27).

CONCLUSIONES: A corto plazo, los resultados con este tipo de donantes son superponibles a los de la donación en muerte encefálica.

C-2.9 RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN MEDIANTE CUESTIONARIOS VALIDADOS DE LA SINTOMATOLOGÍA UROLÓGICA EN PACIENTES VARONES

Muñoz-Guillermo. V, Rosino-Sánchez. A, Carrillo-George. C, Rivero-Guerra. A, Barceló-Bayonas. I, Pardo-Martínez. A, Pietricica. B.N, Izquierdo-Morejón. E, Romero-Hoyuela. A, Hita-Villaplana. G, Fernández Aparicio. T, Miñana-López. B

Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El uso de cuestionarios validados es una herramienta cada vez más recomendada por las distintas guías. Nuestro objetivo es describir los resultados de los cuestionarios IPSS, IIEF-5 e ICIQ y en nuestra población y estudiar posibles relaciones entre los síntomas estudiados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Por protocolo, a los pacientes que se les va a realizar una biopsia de próstata se les entrega los cuestionarios IPSS, IIEF-5 e ICIQ. Realizamos un estudio retrospectivo observacional incluyendo los pacientes que desde Febrero de 2015 hasta Octubre de 2016 se hayan realizado una biopsia prostática y hayan cumplimentado de forma correcta al menos 2 de los 3 cuestionarios, siendo válidos para este trabajo 122 varones. Los estudios estadísticos se han realizado mediante el programa SPSS v20.

RESULTADOS: La edad media es de 67,84 años (48-92 años). La prevalencia de disfunción eréctil (DE) de cualquier grado es 73,6% (30% leve, 20% leve-moderada, 14,5% moderada, 9,1% severa) y de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) de 99,1% (33,6% sintomatología leve, 47,8% sintomatología moderada, 17,7 sintomatología grave); un 30,19% presentaba incontinencia urinaria (IU). Se ha hallado una correlación estadísticamente significativa entre STUI y DE ($p < 0'05$), así como entre STUI e IU ($p < 0'01$) y entre STUI y un mayor volumen prostático ($p < 0'01$). La presencia de IU se asocia a una peor puntuación en el IPSS-L ($p < 0'002$). La presencia de lóbulo medio se asocia a un mayor volumen prostático ($p < 0'05$).

CONCLUSIONES: Hay una alta prevalencia de patología urológica (DE, STUI, IU) en la población analizada. Además hay una asociación entre los STUI, la DE y la incontinencia. La incontinencia afecta gravemente la calidad de vida. Un mayor volumen prostático se asocia a mayores puntuaciones en el IPSS.

C-2.10 ¿QUÉ PAPEL JUEGA EL ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL EN NUESTRO PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA? PRESENTAMOS NUESTRA SERIE Y RESULTADOS

Rivero Guerra, A.; Romero Hoyuela, A.; Izquierdo Morejón, E.; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B.N.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T.; Hita Villaplana, G.; Miñana López, B.

Servicio de Urología. H. Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La implantación de esfínter urinario artificial (EUA, en adelante) se considera la técnica gold-standard para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo grave.

Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en los pacientes a los que se ha implantado un EUA en nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos los datos de 20 pacientes sometidos a implantación de esfínter urinario artificial entre Mayo de 2010 y Mayo de 2016. El estudio estadístico se realiza con SPSS v15.

RESULTADOS: La mediana de tiempo desde la cirugía causante de IUE y la implantación del EUA fue de 28 meses (rango 8-124). El resto de características demográficas y los resultados se muestran en las Tablas 1 y 2. La talla de manguito más frecuentemente utilizada fue de 4'5cm. El 85% de los pacientes no presentó ningún tipo de complicación postoperatoria y sólo un paciente presentó una complicación Clavien II (sondaje vesical por retención urinaria). Fue necesaria la retirada del esfínter en un único caso.

Tabla 1. Características preoperatorias de los pacientes.

Características preoperatorias	Valor
Edad (años) media (rango)	69 (57-77)
Pad-test 24h (gr)media (rango)	783 (400-1710)
ICIQ-SF preoperatorio (media)	18
Cirugía radical previa (n)	
Prostatectomía radical laparoscópica	11
Prostatectomía radical abierta	6
Otra	3
Radioterapia previa (n)	
Sí	4
No	16
Rehabilitación de suelo pélvico previa (n)	
Sí	8
No	12
Cirugía de corrección de IUE previa (n)	
No	14
Sí (Advance)	6

Tabla 2. Resultados

Resultados	
ICIQ-SF postoperatoria (media)	2'17
Continencia a los 3 meses	
Continencia total	10 (71'4%)
Uso de ≥ 1 absorbente	4 (28'6%)
Continencia a los 6 meses	
Continencia total	10 (76'9%)
Uso de ≥ 1 absorbente	3 (23'1%)
Continencia a los 12 meses	
Continencia total	8 (66'7%)
Uso de ≥ 1 absorbente	4 (33'3%)
Urgencia de novo	
Sí	25%
No	75%

CONCLUSIONES: La implantación de EUA en nuestro Centro es una técnica con una baja tasa de complicaciones y resultados de continencia total (ningún absorbente) en torno al 75%, similares a las descritas en la literatura.

VÍDEOS

V-1.1 “REPARACIÓN DE FÍSTULA URETROCUTÁNEA CORONAL MEDIANTE TÉCNICA PATIO (PRESERVE THE TRACT AND TURN IT INSIDE OUT) TRAS MEATO/URETROPLASTIA EN UN TIEMPO CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL EN PACIENTE AFECTO DE LIQUEN ESCLEROSO”

Ruiz Morcillo, J.C. Jiménez Parra, J.D. Segura Sánchez, M.
 Sánchez Rodríguez, C. Bitsunov Bitsunova, A. La Iglesia Cabrerizo, R.
 Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El rango de incidencia de fístula uretrocutánea tras uretroplastia en pacientes con hipospadias es muy variable en la literatura y va del 0 al 28%1 siendo del 7% en procedimientos realizados en un tiempo2. El objetivo de este vídeo es presentar la corrección de una fístula uretrocutánea coronal en un paciente intervenido previamente de meato-uretroplastia peneana con injerto de mucosa bucal en un tiempo.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso de un varón de 71 años seguido en consulta de urología por estenosis de meato secundaria a liquen escleroso. Se indicó cirugía en un tiempo de la misma utilizando injerto de mucosa bucal pero, al mes postoperatorio, el paciente queda con fístula uretrocutánea coronal de aproximadamente 1,5mm que no cierra de forma espontánea ni con sondaje. Dado que el paciente presenta buen calibre de meato y fosa navicular y demanda un tratamiento poco agresivo decidimos la corrección de la fístula utilizando la técnica PATIO (Preserv the tract And Turn it Inside Out) descrita por Peter Malone en 2009.

RESULTADOS: La duración de la intervención para la corrección de la fístula fue de 1,5 horas. La técnica se realiza con anestesia local disecando microquirúrgicamente el trayecto fistuloso sin llegar a la luz uretral y posteriormente se invagina hacia la misma con ayuda de una sutura pasada previamente y que queda exteriorizada y unida al trayecto disecado creando un mecanismo de válvula. Tras esto se sutura el defecto generado en un plano para evitar enfrentar dos líneas de sutura.

CONCLUSIONES: La técnica PATIO es reproducible y puede ser una buena opción para la corrección de una fístula uretrocutánea coronal en casos seleccionados con buen calibre uretral.

V-1.2 RECONSTRUCCIÓN DE MEATO PERINEAL CON INJERTO DE MUCOSA BUCAL EN PACIENTE JOVEN CON ANTECEDENTE DE PENECTOMÍA TOTAL TRAS GANGRENA DE FOURNIER PERINEAL

Ruiz Morcillo, J.C. Segura Sánchez, M. Cánovas Sanchís, S. Jiménez Parra, J.D. Sánchez Rodríguez, C. Bitsunov Bitsunova, A. La Iglesia Cabrerizo, R.*

Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez. Lorca (Murcia)

Servicio de Cirugía plástica y reparadora. Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La uretrotomía perineal es una opción ampliamente aceptada para el manejo de la estenosis compleja de la uretra cuando la restauración total de la misma no es factible o tras emasculación por motivo oncológico o infeccioso (Gangrena de Fournier). La estenosis de la uretrotomía perineal puede ser compleja y recidivante. Mostramos en vídeo una reconstrucción de meato perineal utilizando injerto de mucosa bucal en paciente con tendencia a la a estenosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 54 años sometido penectomía total por recidiva de carcinoma escamoso en 2011. Perdimos seguimiento en consulta en el mismo año y a los 4 acudió a servicio de urgencias por presentar Gangrena de Fournier perineal secundaria a estenosis y fistulización de uretrotomía previa. Precisó de desbridamiento radical lográndose identificar y cateterizar muñón uretral sano. A los dos meses de la intervención la cicatrización de la herida fue excelente pero el meato perineal tendía a la estenosis tras retirada de sonda. Tras colocar talla vesical y comprobar continencia del paciente se decidió realizar reconstrucción de meato perineal utilizando injerto de mucosa bucal.

RESULTADOS: La duración de la intervención para reconstruir el meato fue de 3 horas y media. Se reseco el área cicatricial perimeatal así como de región suprapúbica. Se extrajo injerto de mucosa bucal de aproximadamente 5 x 3cm que se suturó en forma de pantalón invertido en el lecho creado y rodeando la uretra sana. Asimismo se realizó colgajo y cierre primario de región púbica.

CONCLUSIONES: La estenosis de meato perineal en casos dramáticos como el que se presenta puede ser compleja y recidivante. La reconstrucción del mismo utilizando injerto de mucosa bucal en pacientes bien seleccionados puede ser una primera opción factible a tener en cuenta antes de optar por realizar una derivación suprapúbica permanente.

V-1.3 FÍSTULA URETRO-RECTAL IATROGÉNICA: TRATAMIENTO MEDIANTE COLGAJO DE MÚSCULO GRACILIS E INJERTO DE MUCOSA BUCAL

Molina Hernández, O; García Escudero, D; Samper Mateo, P; Vilchez Costas, A.I; Marín Martínez, F; Oñate Celdrán, J; Torres Roca, M; Sempere Gutiérrez, A; Valdelvira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Jiménez López, J. M; Andreu García, A; Rico Galiano, J. L; Albaladejo Mora, F; Parra Baños, P**; Fontana Compiano, L.O.*

**Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. **Servicio de Cirugía General.*

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN: Las fístulas uretro-rectales son en la actualidad una complicación rara del tratamiento del cáncer de próstata, tanto quirúrgico como radioterápico. La dificultad de acceso a la zona afecta, la fibrosis y adherencias secundarias al proceso, al igual que la cercanía de las distintas estructuras hacen de este tipo de lesiones un reto para el cirujano. Se han descrito múltiples técnicas quirúrgicas para la reparación, sin embargo actualmente ninguna de ellas ha demostrado clara superioridad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente varón caucásico de 58 años intervenido de prostatectomía radical abierta en Enero de 2012 (Gleason Score 4+3, pT3b, N0, M0), se realizó tratamiento radioterápico de rescate por persistencia de enfermedad (estudio de extensión negativo), con buen control oncológico posterior.

En Enero de 2013, el paciente se somete a resección transuretral por esclerosis de neocuello vesical. En la primera revisión, manifiesta fecaluria, objetivando en estudio con TC la presencia de fístula uretro-rectal. Colocamos sonda

vesical y realizamos colostomía de descarga (marzo de 2013) previa a tratamiento quirúrgico definitivo (noviembre de 2013) mediante fistulorrafia rectal con interposición de colgajo de músculo gracilis y cierre del defecto uretral con injerto de mucosa bucal.

RESULTADOS: La intervención se realizó sin incidencias. No hubo pérdida hemática significativa. Tiempo quirúrgico: 480 minutos. Buena evolución de heridas quirúrgicas: perineal, bucal y de miembro inferior. Alta hospitalaria sin incidencias. Retirada de la sonda uretral a las 4 semanas, tras comprobación radiológica del cierre de la fístula. Actualmente el paciente no presenta signos de recidiva, ni limitaciones en la movilidad derivadas de la obtención del colgajo.

CONCLUSIONES: La reparación de fístulas uretro-rectales complejas con interposición de colgajo de músculo gracilis e injerto de mucosa oral es una técnica complicada pero efectiva.

V-1.4 DIVERTICULECTOMÍA VESICAL. ABORDAJE COMBINADO ENDO-LAPAROSCÓPICO

Vílchez Costas, A.I; García Escudero, D; Samper Mateo, P; Molina Hernández, O; Marín Martínez, F; Torres Roca, M; Oñate Celdrán, J; Sempere Gutiérrez, A; Valdevira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Jiménez López, J. M; Andreu García, A; Rico Galiano, J. L; Fontana Compiano, L.O

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN: Los divertículos vesicales son hernias de la mucosa vesical a través del músculo detrusor. Se trata de una entidad poco frecuente descrita por primera vez en 1614.

Etiológicamente se clasifican en congénitos o adquiridos, siendo estos últimos secundarios a patología obstructiva como la hiperplasia de próstata o estenosis uretrales.

Clínicamente pueden mantenerse asintomáticos o relacionarse con la formación de litiasis, aparición de tumores y/o asociarse a infecciones urinarias de repetición, proponiéndose en estos casos tratamiento quirúrgico.

Se han propuesto múltiples técnicas quirúrgicas para su resolución, si bien, a día de hoy la cirugía del divertículo vesical continúa siendo compleja y poco habitual en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Caso clínico: paciente de 40 años intervenido de uretroplastia termino-terminal por estenosis uretral, presenta infecciones de repetición por *Proteus* spp secundarias a vejiga polidiverticular con gran divertículo adyacente a meato ureteral derecho, que condiciona importante residuo postmiccional.

Presentamos nuestra técnica quirúrgica para la resolución del divertículo. Realizamos un abordaje combinado, endoscópico con elemento flexible para la cateterización ureteral e identificación selectiva del divertículo mediante transiluminación y laparoscópico transperitoneal.

RESULTADOS: La intervención transcurrió sin incidencias. No hubo pérdida hemática. Tiempo quirúrgico: 150 minutos (120 minutos de neumoperitoneo), drenaje 24 horas y estancia hospitalaria 48 horas. Tiempo de sonda vesical 7 días. El paciente no ha presentado nuevos episodios de infección urinaria encontrándose asintomático en la actualidad.

CONCLUSIONES: La técnica propuesta para la cirugía del divertículo vesical a través de un abordaje combinado endo-laparoscópico, a pesar de su complejidad, resulta segura y reproducible en manos expertas. Esta opción nos permite ofrecer al paciente una cirugía efectiva y con las ventajas propias de la cirugía mínimamente invasiva.

V-1.5 COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA EN PROLAPSO COMPLEJO DE ÓRGANOS PELVICOS

Romero Hoyuela, A.; Rosino Sánchez, A.; Izquierdo Morejón, E.; Rivero Guerra, A.; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A., Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B; Fernández Aparicio, T.; Hita Villaplana, G., Miñana López, B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Determinar el tratamiento quirúrgico más eficaz para el prolapso de órganos pélvicos (POP) continua siendo un desafío. En los últimos años, la colposacropexia laparoscópica (CL) ha adquirido una creciente difusión gracias a su elevada tasa de éxito y sus bajas complicaciones.

En nuestro Servicio de Urología, recientemente se ha implantado con éxito un programa con la introducción de la técnica de colposacropexia laparoscópica con excelentes resultados anatómicos y funcionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de una paciente de 69 años de edad, con antecedentes generales de hipertensión arterial, dislipemia, cirugía abdominal previa hace más de 20 años y nefrectomía izquierda de causa litiasica crónica. Ingresó en nuestro servicio de Urología con un cuadro de insuficiencia renal con alteración de los parámetros bioquímicos secundario a uropatía obstructiva y ureterohidronefrosis de la unidad renal derecha. En la exploración física se evidencia prolapso uterino Grado IV con eversión casi completa de vagina (Sistema de cuantificación del prolapso genital, POP-Q).

La indicación quirúrgica fue colposacropexia laparoscópica. Inicialmente se cateterizó uréter derecho con doble J 7Fr para mejor control ureteral durante la cirugía, se practicó histerectomía subtotal con doble anesectomía, disección de espacio rectovaginal y vesicovaginal hasta nivel de triángulo y fijación de doble malla UPLIFT® de polipropileno con puntos a pared vaginal. El extremo de las mallas se suturó al ligamento presacro mediante dos puntos, finalmente cierre peritoneal con V-lock.

El postoperatorio cursó sin complicaciones siendo alta al tercer día.

CONCLUSIONES: La colposacropexia laparoscópica realizada por equipos urológicos experimentados es una alternativa eficaz y segura en el tratamiento del POP incluso en casos complejos, con escasas complicaciones y excelentes resultados funcionales.

V-2.1 ECTOPIA URETERAL Y DUPLICIDAD SINTOMÁTICA. HEMINEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Martínez Gómez, G, Tornero Ruiz, JI; Rigabert Montiel, M, Gómez Gómez, GA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La duplicidad pieloureteral completa cursa con ectopia ureteral del pielón superior que puede ser sintomática o no. Cuando el paciente presenta dolor tipo cólico, infecciones urinarias de repetición o cualquier otro síntoma, se debe realizar un estudio completo de la vía urinaria y actuar sobre dicha patología.

Presentamos la heminefrectomía laparoscópica vía transperitoneal como tratamiento de una duplicidad ureteral completa con megauréter y meato ureteral ectópico.

MATERIALES Y MÉTODOS: Mujer de 30 años que consulta por infecciones urinarias de repetición (ITUs). Se realiza ecografía identificando doble sistema excretor izquierdo; se completa estudio con TC con contraste, cistografía y cistoscopia comprobando anulación funcional del hemisistema afecto. Se programa heminefrectomía laparoscópica del segmento malfuncionante por persistencia de la clínica (ITUs y dolor lumbar). En este caso, nos ayudamos del videoureteroscopia para delimitar el parénquima sano del patológico.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico fue de 160 minutos.

No precisó transfusión de hemoconcentrados.

La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta al tercer día postoperatorio con correcta función renal.

Se retiró catéter doble J al mes.

CONCLUSIONES: La duplicación pieloureteral es una anomalía congénita que puede no condicionar manifestaciones clínicas asociadas.

En aquellos casos como este, en el que asocie clínica refractaria al tratamiento farmacológico habitual, la cirugía laparoscópica es una opción segura y eficaz.

V-2.2 HEMINEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA EN DOBLE SISTEMA COMPLETO

P. L. Guzmán Martínez-Valls, B. Honrubia Vilchez, G. Doñate Iñiguez, A. Maluff Torres

Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA.ESPAÑA

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La heminefrectomía es una técnica quirúrgica que ha ido ganando aceptación en la comunidad urológica y sus indicaciones son tanto en patología benigna como en la patología tumoral, sobre todo hoy en día que buscamos siempre que sea posible técnicamente la "cirugía conservadora de nefronas".

Nuestro objetivo es presentar la experiencia en el tratamiento laparoscópico de una heminefrectomía de un doble sistema completo por patología benigna renal con atrofia del hemirrión superior que le producía Infecciones urinarias complicadas con varios ingresos hospitalarios. Presentamos la técnica y las bondades de un acceso laparoscópico, aunque no hay que olvidar que es un abordaje especialmente complejo con dificultades técnicas que precisa de mucha experiencia en esa localización.

MATERIAL Y METODOS: Presentamos una paciente de 41 años con infecciones urinarias complicadas con multiples ingresos hospitalarios con diagnóstico de pielonefritis izquierdas y que en estudio de imagen se objetivaba doble sistema completo con dilatación de hemirriñon superior grado III-IV con abocamiento ectópico de uréter distal de pielon superior.

Dado su cuadro repetitivo se le propuso cirugía de heminefroureterectomia completa superior laparoscópica de riñon izquierdo. Describimos la sistematización del procedimiento: cateterismo previo de cada uréter asi como la técnica laparoscópica empleada.

RESULTADOS: La heminefroureterectomia laparoscópica tuvo una duración de 260 minutos y no fue preciso trasfusión. Tuvo una estancia de 2 días y no presentó ninguna complicación en el postoperatorio.

COMENTARIOS: La Heminefrectomia laparoscópica transperitoneal es una técnica mínimamente invasiva que se debe realizar en patología relacionada con duplicación del sistema colector. Es un procedimiento técnicamente exigente pero con muy buenos resultados.

V-2.3 ECTOPIA URETERAL DERECHA: REIMPLANTE POR ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Samper Mateo, P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutierrez A., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Jimenez Lopez J.M., Andreu García A., Rico Galiano J.L., Fontana Compiano L.O.

HGU Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: La ectopia ureteral es una patología poco frecuente de origen embrionario. Con mayor prevalencia en mujeres, en el 80% de los casos se asocia a duplicidad ureteral. En estos casos el parénquima correspondiente al uréter que desemboca de forma ectópica es generalmente displásico. El síntoma más frecuente es la incontinencia, que aparece cuando la inserción en uretra es distal al esfínter urinario, en vagina o en otros órganos pélvicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 57 años, hipertensa y obesa, sin antecedentes de embarazos. Consulta por incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). En la exploración física se identifica marcada IUE. Completamos la evaluación del caso con estudio urodinámico que demuestra insuficiencia uretral, cistoscopia que identifica meato ureteral derecho ectópico en cuello vesical y TC-urografía que es informada sin anomalías.

Indicamos reimplante ureteral derecho que realizamos por abordaje laparoscópico. Presentamos nuestra técnica quirúrgica para la resolución del caso.

RESULTADOS: Técnica quirúrgica: acceso transperitoneal; liberación amplia del uréter hasta su inserción vesical; sección del extremo distal ureteral y anastomosis urétero-vesical en pared lateral derecha (mínima movilización vesical) tutorizada sobre catéter doble J.

Duración de la intervención: 120 minutos (100 minutos de neumoperitoneo). No se produjo pérdida hemática durante la intervención. Tiempo de drenaje 24 horas. Alta a las 48 horas de la intervención. Retirada del catéter doble J y de la sonda vesical a las 3 semanas de la cirugía. Estudio AP: segmento ureteral sin alteraciones. En la primera revisión tras la intervención, la paciente presenta pérdidas de orina a grandes esfuerzos (importante mejoría con respecto a situación basal).

CONCLUSIONES:

-El abordaje laparoscópico permite la resolución de situaciones derivadas de malformaciones anatómicas de forma eficaz y con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva en comparación con el abordaje a cielo abierto.

-La ectopia ureteral es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes con incontinencia sin una causa secundaria conocida.

V-2.4 REIMPLANTE URÉTERO-ILEAL LAPAROSCÓPICO. EXPERIENCIA INICIAL EN 2 CASOS

Vilchez Costas, A.I.; García Escudero, D.; Samper Mateo, P.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.M.; Torres Roca, M.; Oñate Celdrán, J.; Sempere Gutiérrez, A.; Valdelvira Nadal, P.; Morga Egea, J.P.; Jiménez López, J.M.; Andreu García, A.; Rico Galiano, J.L.; Fontana Compiano, L.O.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN: La estenosis de la unión ureteroileal es una de las complicaciones más frecuentes en las derivaciones urinarias tras cistectomía radical, con una incidencia que oscila entre el 2-15% según las series. Esta complicación conlleva una situación de uropatía obstructiva que puede traducirse en la temida pérdida funcional de la unidad renal.

Son múltiples las técnicas propuestas para la resolución de la misma. Las técnicas endourológicas consistentes en la dilatación, incisión o colocación de endoprótesis a nivel de la estenosis, presentan menor morbilidad aunque se muestran menos eficaces a medio-largo plazo. La cirugía de reimplante ureteroileal aunque de mayor complejidad técnica presenta mejores resultados a largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos dos casos de pacientes con estenosis de anastomosis ureteroileal tras cistectomía radical más derivación urinaria tipo Bricker, que presentaron deterioro de función renal precisando colocación de nefrostomía izquierda.

En ambos casos, tras varios intentos infructíferos de dilatación endourológica se decide reimplante de uréter izquierdo al asa de Bricker bajo abordaje laparoscópico.

Proponemos nuestra técnica quirúrgica para la resolución de la estenosis ureteroileal bajo abordaje laparoscópico.

RESULTADOS: En ambos casos la cirugía transcurrió sin problemas, no precisando transfusión de concentrados hemáticos. Tiempo de drenaje: 48 horas. Estancia hospitalaria: 6 días. La anatomía patológica de la pieza no muestra evidencia de malignidad.

Retirada de nefrostomía: 21 días postcirugía. En pielografía de control, buena visualización de uréter izquierdo con paso de contraste a asa ileal.

CONCLUSIONES: El reimplante ureteral al asa de Bricker constituye la técnica definitiva para el tratamiento de las estenosis ureteroiliales. Gracias al abordaje laparoscópico brindamos al paciente las posibilidades de una cirugía mínimamente invasiva. Si bien es cierto, estamos ante una cirugía de alta complejidad que precisa gran habilidad en cirugía laparoscópica.

V-2.5 URETEROLISIS E INTRAPERITONIZACIÓN URETERAL BILATERAL LAPAROSCÓPI- CA EN PACIENTE CON FIBROSIS RETROPERITONEAL IDIOPÁTICA

García Escudero, D., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, A., Molina Hernández O., Marín Martínez, F., Torres Roca, M., Oñate Celdrán, J., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, JP., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López, JM., Rico Galiano, JL., Ruibal Moldes, MA., Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN: La fibrosis retroperitoneal es un proceso fibroinflamatorio crónico caracterizado por la aparición de una placa fibrótica a nivel de la aorta infrarrenal que se extiende en sentido caudal hacia las arterias ilíacas. Característicamente tiende a afectar los uréteres, ya sea de manera unilateral o bilateral, generando un cuadro de fallo renal de origen obstructivo.

Aunque el tratamiento inicial se basa en corticoterapia asociado o no a inmunosupresores, los pacientes suelen necesitar derivación urinaria, constituyendo la cirugía el tratamiento definitivo.

CASO CLÍNICO: Varón de 60 años que presenta síndrome constitucional asociado a fracaso renal agudo de predominio obstructivo.

En TC se identifica hidronefrosis bilateral grado II y la presencia de un conglomerado adenopático que engloba aorta y cava inferior y se extiende desde los vasos renales hasta los ilíacos comunes. Los uréteres están en contacto con la masa a nivel de L5.

Se inició tratamiento con corticoterapia e inmunosupresores, con mejoría clínica pero siendo imposible la retirada de los catéteres ureterales, por lo que realizamos ureterolisis e intraperitonización bilateral por abordaje laparoscópico.

Resultados: Tiempo quirúrgico de 200 minutos. Pérdida hemática escasa. Estancia hospitalaria: 36 horas. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, sin dilatación en los sistemas excretores renales y con función renal conservada.

CONCLUSIÓN:

-La fibrosis retroperitoneal es una entidad nosológica rara cuyo tratamiento inicial consiste en corticoterapia asociada o no a inmunosupresores y derivación urinaria en los casos con obstrucción grave.

-En algunos pacientes es necesario realizar un tratamiento quirúrgico cuyo objetivo es la preservación de la función renal.

-Clásicamente el tratamiento quirúrgico consistía en ureterolisis a cielo abierto con intraperitonización ureteral o cobertura con epiplón. En la actualidad, los avances en cirugía laparoscópica, nos permiten abordar esta intervención mediante cirugía mínimamente invasiva.

V-2.6 NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LA POLIQUISTOSIS RENAL

Samper Mateo, P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutierrez A., Morga Egea J.P., Valdevira Nadal P., Jimenez Lopez J.M., Andreu García A., Rico Galiano J.L., Fontana Compiano L.O.

HGU Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoscópica de grandes masas renales supone un reto en la implantación de este abordaje en nuestra práctica clínica, estando condicionada en gran medida por las habilidades del cirujano. Un ejemplo es la PQRAD, enfermedad renal hereditaria más frecuente y tercera causa de ERC en nuestro medio. Entre sus distintas complicaciones, la infección quística refractaria a tratamiento antibiótico representa una de las indicaciones quirúrgicas principales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 61 años con ERC estadio G5A1 secundaria a PQRAD. Acude a urgencias por molestias en hemiabdomen izquierdo y fiebre de 3 días de evolución. A la exploración presenta un abdomen doloroso a la palpación en epigastrio, flanco e hipocondrio izquierdo, sin irritación peritoneal. Se ingresa para tratamiento médico. El estudio de imagen con TC abdominal simple informa de la presencia en polo inferior renal izquierdo de dos quistes hiperdensos (28x28mm y 62x48 mm), sin flujo Doppler en su interior, compatibles con quistes complicados. Se realiza drenaje radiológico (PAAF, dejando pig tail de 8Fr).

Tras 3 semanas de antibioticoterapia el paciente presenta picos febriles de origen renal, descartándose otro foco. Ante la evolución tórpida y la escasa función renal residual se decide tratamiento quirúrgico. Se inicia programa de hemodiálisis de forma preoperatoria para optimización del proceso. Presentamos nuestra técnica quirúrgica para la resolución del caso.

RESULTADOS: Realizamos nefrectomía radical laparoscópica por abordaje transperitoneal. Duración de la intervención: 150 minutos (tiempo de neumoperitoneo: 120 minutos). Pérdida hemática: <100ml. Drenaje retirado a las 48 horas. Alta al décimo día postoperatorio. Estudio AP de la pieza: riñón de 1950gr y 23 cm de longitud con enfermedad poliquistica.

CONCLUSIONES: Las complicaciones secundarias a la PQRAD deben tratarse de la forma más conservadora posible a fin de mantener la función renal. Sin embargo, en aquellos casos en los que la cirugía es necesaria, el abordaje laparoscópico es una alternativa viable y con resultados óptimos.

V-2.7 NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON TROMBO EN VENA RENAL ASOCIADA A LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL

Barceló Bayonas, I.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Miñana López, B.

Servicio de Urología. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

RESUMEN: Conforme se adquiere experiencia en cirugía laparoscópica se abordan casos más complejos. Exponemos un caso de nefrectomía laparoscópica compleja en paciente con masa renal izquierda con trombo en vena renal asociado a conglomerado adenopático.

Caso Clínico: Paciente de 82 años que mediante pruebas de imagen (TAC T-A-P, ecografía y doppler) se aprecia neoplasia renal de 5 cm, estadio cT3a junto con trombo en vena renal y adenopatías paraaórticas distales a la altura del hilio renal. Se comenta caso en sesión clínica decidiéndose nefrectomía radical laparoscópica asociada a linfadenectomía.

El video muestra la nefrectomía según técnica transperitoneal. Identificación a la altura de la arteria iliaca externa de la vena gonadal y el uréter izquierdo que se clipan y seccionan. Se realiza disección por plano aórtico proximal apreciándose múltiples adenopatías periaórticas hasta identificar vena renal con trombo, por lo que se disecciona hasta su inserción en la vena cava. Identificación de arteria renal a la altura de la salida de aorta rodeada una adenopatía hilar perirrenal. Ordeñamiento de vena renal junto a clipaje y sección. Extirpación del riñón y suprarenal clipando abundantes circulación colateral. Posteriormente se completa linfadenectomía completa bifurcación aórtica.

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo alta a los 5 días tras la intervención. La anatomía patológica de la pieza informó de adenocarcinoma renal de células claras, Fuhrman 3 con invasión de vena renal y grasa del seno, sin evidencia de metástasis ganglionar.

V-2.8 MASA RETROPERITONEAL QUÍSTICA DERECHA: EXÉRESIS VÍA LAPAROSCÓPICA

Samper Mateo, P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutierrez A., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Jimenez Lopez J.M., Andreu García A., Rico Galiano J.L., Fontana Compiano L.O.

HGU Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: Los quistes suprarrenales son una entidad infrecuente que en la mayoría de casos resultan asintomáticos siendo un hallazgo incidental. Se reserva su exéresis quirúrgica para aquellos de gran tamaño o que producen síntomas secundarios a la compresión de estructuras vecinas, infección o hemorragia. El abordaje laparoscópico de grandes masas retroperitoneales resulta técnicamente complicado, al verse comprometida la movilización y manipulación de las estructuras, debido sobre todo a la limitación espacial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una paciente de 43 años remitida desde atención primaria por hallazgo incidental de masa retroperitoneal derecha. Se identifica en TC-urografía una imagen quística de gran tamaño (aproximadamente 12 cm) con calcificaciones parietales, situada sobre riñón derecho y contactando con suprarrenal e hígado, sin poder determinar su origen. Urocultivo: negativo. Citología de orina: negativa para células malignas. Análítica sanguínea: aldosterona y cortisol dentro de la normalidad. Catecolaminas en orina normales.

Ante las grandes dimensiones de la tumoración y la incapacidad para filiar su origen mediante las pruebas disponibles, se indicó exploración quirúrgica. Presentamos nuestra técnica.

RESULTADOS: Realizamos un acceso laparoscópico transperitoneal con 4 trócares, precisando de 2 más adicionales (uno para retracción hepática y otro para manipulación de la masa). Identificamos el origen suprarrenal de la lesión y realizamos suprarrenalectomía derecha laparoscópica.

La intervención transcurrió sin incidencias a pesar de la gran dificultad para la movilización de la lesión. Duración de la cirugía: 120 minutos (tiempo de neumoperitoneo: 100 minutos). Pérdida hemática no cuantificable. El drenaje se mantuvo 48 horas y la paciente fue alta hospitalaria a las 72 horas. Estudio AP: lesión de 10x10x10 cm compatible con pseudoquiste medular con calcificación distrófica y reacción xantogranulomatosa.

CONCLUSIONES:

-La evolución de la laparoscopia permite abordar de forma satisfactoria situaciones de mayor complejidad, como las grandes masas retroperitoneales.

-A pesar del advenimiento de las llamadas unidades de cirugía endocrina, los urólogos (como especialistas en patología retroperitoneal) debemos reclamar un papel principal en el tratamiento quirúrgico de las glándulas adrenales, al igual que hacemos cuando se trata de lesiones retroperitoneales de otro origen.

V-2.9 LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA POSTQUIMIOTERAPIA DE TUMOR GERMINAL NO SEMINOMATOSO.

Carrillo George, C.; Hita Villaplana, G.; Pietricica, BN.; Rivero Guerra, A.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La linfadenectomía retroperitoneal en los tumores germinales no seminomatosos está indicado en masas residuales postquimioterapia de hasta 5cm. La cirugía laparoscópica ofrece una opción de tratamiento válida en estos pacientes con importante reducción de la morbilidad aunque debe ser realizado en centros con experiencia.

Se presenta el video de una cirugía de linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica en paciente con varias adenopatías retroperitoneales residuales tras tratamiento con quimioterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 34 años que es diagnosticado de tumor testicular derecho realizando orquiectomía inguinal derecha en junio 2014 con anatomía patológica compatible con tumor germinal mixto (carcinoma embrionario 60%, tumor del seno endodérmico 35% y carcinosarcoma 5%). En PET-TC se objetivan 2 adenopatías retroperitoneales de 8 mm con SUVmax de 5,6 y 7 y se objetiva la no normalización de los marcadores tumorales. Se administra quimioterapia (BEP x3). En PET-TC de control se visualiza crecimiento de adenopatías pasando a ser de 16 y 14mm y aparición de una nueva adenopatía paraaórtica de 0,8cm. Tras reevaluación del caso en el comité multidisciplinar de tumores urológicos se decide realización de linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica.

RESULTADOS: La cirugía transcurrió sin incidencias con un tiempo quirúrgico estimado de 120 minutos. El paciente presentó un postoperatorio normal siendo alta al tercer día de la intervención. La anatomía patológica objetivó teratoma en 3 de los ganglios aislados de la muestra.

CONCLUSIONES: La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica en las masas residuales postquimioterapia resulta una cirugía compleja y exigente que reduce la morbilidad de los pacientes pudiendo realizarse en centros con experiencia en cirugía laparoscópica.

V-2.10 LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL DE RESCATE EN PACIENTE CPRCM

García Escudero, D., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, Al., Molina Hernández O., Marín Martínez, F., Torres Roca, M., Oñate Celdrán, J., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, JP., Valdelvira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López, JM., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es el segundo tumor más frecuente en el mundo. En España alrededor de un 4% se diagnostican en fase metastásica. La adecuada selección y secuenciación de los tratamientos disponibles en esta fase de la enfermedad, es capital para el incremento de la supervivencia y la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

CASO CLÍNICO: Varón de 65 años, antecedentes de artritis reumatoide en tratamiento inmunosupresor. Derivado desde atención primaria por elevación de PSA.

PSA: 217 ng/ml. Tacto rectal patológico. Biopsia transrectal ecodirigida (12 cilindros): adenocarcinoma Gleason Score 10 (5+5) afectando a todas las muestras. En el estudio de extensión se identifican adenopatías de 2 cm a nivel pélvico y retroperitoneal.

Se inicia tratamiento con bloqueo hormonal presentando muy buena respuesta (serológica y radiológica), por lo que se indica radioterapia local y sobre las cadenas ilíacas.

Alcanza un nadir de PSA de 0,15 ng/ml. Presenta progresión bioquímica posterior cumpliendo criterios de CPRC. Con PSA de 5,16 ng/ml, se identifica adenopatía retroperitoneal para-aórtica izquierda de 2,5 cm, sugestiva de metástasis (captación de colina).

Nos encontramos ante un paciente con CPRCm con afectación única ganglionar retroperitoneal, optamos por rescate quirúrgico que realizamos por abordaje laparoscópico.

RESULTADOS: Tiempo quirúrgico: 180 min. Pérdida hemática: 100 ml. Alta hospitalaria: 24 horas. Estudio AP: metástasis ganglionar de origen prostático (CK y PSA +). Actualmente el paciente continúa en fase de hormonosensibilidad (aLHRH semestral), asintomático y con cifras de PSA de 0,0 ng/ml tras 9 meses de la intervención.

CONCLUSIONES:

- Aunque es un hecho que los pacientes con CPRCm progresarán con el paso del tiempo, podemos intervenir en la evolución de la enfermedad. La secuencia adecuada e individualizada de los tratamientos disponibles en la actualidad, incluyendo en casos seleccionados, como el descrito, el rescate quirúrgico de la/s metástasis, podría ralentizar el curso clínico, abriendo una "ventana" de hormonosensibilidad y retrasando la necesidad de administración de otros fármacos y los efectos adversos relacionados con los mismos.

- El abordaje laparoscópico constituye una opción eficaz con las ventajas inherentes de la cirugía mínimamente invasiva.

V-2.11 LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEOENDOSCÓPICA POR CARCINOMA DE PENE.

Rivero Guerra, A.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T., Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Pietrónica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Miñana López, B.

S. Urología, H. Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En pacientes con carcinoma de pene se recomienda la realización de linfadenectomía inguinal en casos con ganglios palpables, enfermedad de alto riesgo o confirmación histológica de metástasis en ganglios inguinales. En los últimos años se ha desarrollado la linfadenectomía inguinal mediante video-endoscopia con el objetivo de reducir la morbilidad asociada al abordaje abierto utilizado tradicionalmente, que presentaba una tasa de complicaciones de hasta el 70%.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente con carcinoma de pene sometido a linfadenectomía inguinal bilateral mediante video-endoscopia (VEIL).

RESULTADOS: Paciente de 74 años, con antecedentes de EPOC severo, parkinsonismo secundario a hidrocefalia normotensiva y deterioro cognitivo leve; diagnosticado en abril de 2016 de carcinoma epidermoide de pene moderadamente diferenciado. Tras estudio de extensión negativo y ecografía que no mostraba infiltración de cuerpos cavernosos se realizó una penectomía parcial con margen amplio y una biopsia bilateral mediante ganglio centinela siendo la AP de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado con afectación de cuerpo cavernoso y márgenes negativos, así como ganglio inguinal izquierdo con afectación neoplásica (pT2N+Mx).

Ante estos hallazgos, se decide realización de VEIL bilateral (julio 2016). Para cada linfadenectomía inguinal, se utilizó un trócar de Hasson y dos trócares de 5 y 12mm. En el lado izquierdo se observaba paquete adenopático de aspecto patológico, que se remitió para estudio anatomopatológico intraoperatorio, informándose de infiltración neoplásica en 3 ganglios con extensión extranodal. Dados estos hallazgos, se realizó linfadenectomía iliaca bilateral. El tiempo quirúrgico total fue de 255 minutos (120 minutos VEIL izquierda, 75 minutos VEIL derecha, 60 minutos linfadenectomías iliacas). No se encontró evidencia de metástasis en los ganglios de la linfadenectomía inguinal derecha ni en las linfadenectomías iliacas.

El paciente ingresó en UCI para control postoperatorio inmediato debido a sus comorbilidades y a dificultades en la extubación. Posteriormente, evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al 10º día postoperatorio. No presentó datos de infección de herida, necrosis cutánea ni linfedema en miembros inferiores.

CONCLUSIONES: Aunque los carcinomas de pene con indicación de linfadenectomía inguinal son infrecuentes en nuestro medio, ésta puede realizarse mediante abordaje video-endoscópico por equipos con amplia experiencia en laparoscopia.

V-12 NEFROLITOTOMÍA MINI PERCUTÁNEA BILATERAL Y SIMULTÁNEA EN UN LACTANTE DE 11 MESES CON LITIASIS CORALIFORME BILATERAL

Martínez Gómez, G, Tornero Ruiz, JI, Rigabert Montiel, M, Jara Fernández, MR, Peñalver Villa, S, Gómez Gómez, GA. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las litiasis en la edad pediátrica se consideran una entidad poco frecuente. El tratamiento de elección es la litotricia extracorpórea (LEOC), aunque la mejora técnica y la miniaturización de los instrumentos hacen que deba considerarse la nefrolitotomía percutánea (NLP) para tratar grandes cálculos.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar los resultados de la cirugía minipercutánea bilateral y simultánea en un lactante de 11 meses con insuficiencia renal por litiasis coraliforme en ambos riñones.

MATERIALES Y MÉTODOS: Niño de 11 meses y 5'5 kg de peso que consultó por vómitos, irritabilidad, hematuria leve y fracaso renal agudo. Se realizó estudio metabólico, cultivos y preoperatorio; se solicitó ecografía que demostró litiasis renal con hidronefrosis bilateral. Se colocó nefrostomía bilateral y se decidió cirugía percutánea de una o ambas unidades renales en función del resultado de la primera percutánea.

RESULTADOS: Mediante abordaje minipercutáneo con ayuda del videoureteroscopia, se realizó litotricia láser izquierda. Con el buen resultado obtenido, se decide abordaje contralateral similar al primero, con resultado de >80% de extracción litiasica.

Retirada de nefrostomías a las 48 horas postoperatorias, y alta al sexto día, tras regularizar los valores metabólicos.

CONCLUSIÓN: Los avances técnicos y la mejora del instrumental hacen de la NLP una alternativa válida a la LEOC para tratar la litiasis coraliforme en niños, independientemente de la edad.

PÓSTER

P-1 CASO CLÍNICO MELANOMA DE PENE

Fernández Garay J.C., Martínez Peralta H.L., Martínez Gómez G., Martínez Muñoz R., Rull Hernández J., Escudero Bregante J.F., Prieto González A. Rigabert Montiel M, F., García Hernández J.A., Moreno Alarcón C., Tornero Ruiz J.I., López González P.A., López Cubillana P., Nicolás Torralba J.A., Server Pastor G., Gómez Gómez G.A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El melanoma primario de pene es raro y de mal pronóstico. Corresponde a 1% de los casos de cáncer de pene. Se presenta con mayor frecuencia en la 6º-7º década de la vida. Se localiza en el glande en la mitad de los casos, aunque también puede afectar a uretra, meato, prepucio o surco corona. Su presentación clínica varía desde pápulas o placas hasta úlceras y masas de gran tamaño, aunque la lesión inicial pocas veces es reconocida como melanoma. El tratamiento es esencialmente quirúrgico con o sin linfadenectomía en función de la invasión del tumor. El melanoma de pene metastatiza precozmente a ganglios linfáticos y también a distancia (hígado, pulmón, hueso y cerebro). La supervivencia es inversamente proporcional a la profundidad invasiva del tumor y al retraso en su diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 74 años de edad con antecedentes de fimosis no intervenida y exfumador hace 14 años que consultó por lesión excrecente en meato uretral, electrocoagulada en 2 ocasiones y que tras volver a reproducirse se realiza biopsia incisional siendo diagnosticado de melanoma de extensión superficial, ulcerado de crecimiento vertical. Tras el diagnóstico se procede a realizar penectomía parcial junto con linfadenectomía bilateral previa identificación de ganglio centinela. En la anatomía patológica se evidenció afectación de prepucio por melanoma in situ multifocal y 2 micrometástasis en ganglio centinela derecho, motivo por el que el paciente fue sometido a radioterapia externa adyuvante a nivel inguinal bilateral.

CONCLUSIONES: El melanoma primario de pene es una patología maligna, infrecuente y caracterizada por una diseminación metastásica rápida así como un mal pronóstico. Tiene una presentación clínica atípica lo que dificulta el diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas o malignas lo que dificulta un diagnóstico precoz y manejo adecuado.

P-2 EXPERIENCIA DE PIELOPLASTIA EN 5 AÑOS

Martinez Peralta HI, López Cubillana P, López González Pa, Martínez Gómez G, Fernandez Garay JC, Martinez Muñoz R, Rull Hernandez Javier, Prieto González A, Escudero Bregante JF, Moreno Alarcon C, García Hernández JA, Nicolás Torralba JA, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Server Pastor G, Gómez Gómez GA.

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca

OBJETIVOS: Presentar nuestros resultados en pacientes intervenidos por estenosis de la unión pieloureteral en los últimos 5 años

MATERIALES Y METODOS: Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes sometidos a cirugía por estenosis de la UPU en el Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca desde abril de 2011 hasta noviembre de 2016. Se definen diferentes variables como: Indicación quirúrgica, edad, lateralidad, sexo, Hb pre y post intervención, estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico, presencia o no de vaso segmentario, conversión, función renal diferencial y complicaciones operatorias.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 23 pieloplastias desmembradas (2 abiertas por elección del cirujano y el resto por vía laparoscópica) en 22 pacientes, 12 hombres y 10 mujeres en edades comprendidas entre 18 y 69 años de edad. El vaso segmentario como causa extrínseca de estrechez estuvo presente en el 43% de los casos y el 57% restante por una obstrucción intrínseca. El tiempo quirúrgico medio fue de 180 min. La estancia hospitalaria media fue de 3,3 días. En ningún caso fue preciso transfusión de hemoderivados. No hubo casos de reconversión a cirugía abierta en las realizadas por laparoscopia.

Se realizó renograma de control en el 95,5% de los casos.

Encontramos 4 complicaciones postoperatorias:

2 estenosis de la UPU. Una de ellas resuelta mediante dilatación percutánea y otra que requirió nueva pieloplastia.

1 fístula urinaria tratada de forma conservadora mediante nefrostomía.

Cuadro infeccioso que requirió derivación urinaria.

CONCLUSIONES: Nuestros resultados con la pieloplastia se comparan favorablemente con los de la literatura. Podemos decir, que en nuestra serie es una técnica segura para el manejo de la obstrucción de la unión pieloureteral.

P-3 CLÍNICA Y MANEJO DIAGNÓSTICO DEL QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Pardo Martínez, A.; Pietricica, B.N.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Barceló Bayonas, I.; Muñoz Guillermo, V.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Rosino Sánchez, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: El quiste epidermoide es un tumor testicular benigno muy poco frecuente. Sus manifestaciones clínicas son similares a las de otros tumores de testículo por lo que es importante hacer un diagnóstico diferencial.

OBJETIVOS: Presentación de un caso clínico de quiste epidermoide testicular. Sospecha clínica y diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través de un caso clínico desarrollamos los pasos diagnósticos que seguimos desde la sospecha clínica de quiste epidermoide hasta su confirmación anatomopatológica.

EVOLUCION CLÍNICA: Varón de 11 años, sin antecedentes de interés, que consulta en urgencias por dolor testicular izquierdo. Se realiza ecografía con hallazgos de lesión quística en testículo derecho de 5 mm con estructura en capas concéntricas de ecogenicidad alterante y una zona central marcadamente hipoeecogénica, compatible con quiste epidermoide. Se sacan marcadores tumorales: LDH 515, B-HCG 8.2, alfafetoproteína <1. Se repite analítica 3 días antes de la cirugía: LDH 443, B-HCG<1 y alfafetoproteína <1. Para confirmar el diagnóstico se realiza orquiectomía parcial, previa ecografía intraoperatoria para localizar la lesión. Se envía muestra a Anatomía Patológica que confirma el diagnóstico de quiste epidermoide: quiste con láminas de queratina, revestido con epitelio escamoso estratificado sin atipias. El intervalo de tiempo desde la sospecha clínica hasta la cirugía es de dos semanas.

CONCLUSIONES: El quiste epidermoide es un tumor testicular benigno pero se debe confirmar su diagnóstico ya que sus manifestaciones clínicas son similares a las de cualquier otro tumor de testículo. Aunque las pruebas de imagen pueden ser muy características, el diagnóstico definitivo nos lo da el análisis anatomopatológico de la lesión.

P-4 COLOCACIÓN SIMULTÁNEA DE SISTEMA TRANSOBTURADOR AJUSTABLE (ATOMS) Y PRÓTESIS DE PENE HINCHABLE 3 COMPONENTES (AMS 700 CXR) EN PACIENTE COMPLEJO

Barceló Bayonas, I.; Romero Hoyuela, A.; Rosino Sánchez, A.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B.; Izquierdo Morejón, E.; Fernández Aparicio, T.; Hita Villaplana, G.; Miñana López, B.

Hospital Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN: Actualmente disponemos de una gran variedad de dispositivos protésicos tanto para la disfunción eréctil como para la incontinencia, que permiten solucionar incluso casos complejos. El implante combinado debe ser evaluado bajo criterios de selección.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente que en el año 2007 se colocó en otro centro prótesis de pene AMS Ambicor. Posteriormente en 2010, recibió radioterapia por un adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo. Acude en noviembre de 2013 a las consultas por extrusión de uno de los cilindros por meato uretral. Se realiza extracción quirúrgica de la prótesis con reparación uretral, apreciando además perforación proximal del otro cuerpo cavernoso quedando la prótesis al lado de la uretra bulbar. Se asoció uretrotomía interna para el sondaje. Al año, se realizó uretrotomía con amplio injerto de mucosa oral. Tras esta cirugía el paciente presentaba una disfunción eréctil y una incontinencia severas. Se decidió abordaje quirúrgico combinado. Dada la mala calidad uretral se desestimó esfínter artificial y se optó por sistema ATOMS.

Protocolo quirúrgico: Incisión transversa escrotal. A pesar de la fibrosis se logró dilatar los cuerpos cavernosos hasta poder colocar una prótesis AMS CXR 12+2 siendo necesario asociar colocación de parche en un cuerpo cavernoso para cierre de defecto. Posteriormente mediante incisión longitudinal perineal se colocó (en zona distal a injerto de mucosa oral previo) un dispositivo ATOMS.

RESULTADOS: No hubo complicaciones en el postoperatorio y en las revisiones semanales no se apreciaron datos de infección o complicación. El paciente presentaba una clara mejoría de la incontinencia, pendiente de activación de prótesis y cuantificación de incontinencia a medio plazo.

CONCLUSIONES: Actualmente disponemos de herramientas para abordar casos complejos de forma combinada resultando una opción factible en pacientes seleccionados y candidatos a restablecer la función sexual y continente.

P-5 METÁSTASIS DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA EN CARCINOMA RENAL

Barceló Bayonas, I.; Hita Villaplana, G; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Pardo Martínez, A., Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Hospital Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN: La recidiva local tras nefrectomía radical se considera una complicación infrecuente, siendo más raro el hallazgo de metástasis peritoneales. De hecho, de los tumores primarios que metastatizan a peritoneo, sólo el 2% corresponde a carcinomas renales.

La actitud terapéutica en el carcinoma renal metastático es individualizada y depende de sus características clínicas y factores pronósticos.

Se presenta un caso de carcinoma renal con metástasis peritoneales meses tras la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 59 años con antecedente de linfoma NH en 2009, hemicolectomía derecha carcinoma in situ en 2012 y adenocarcinoma de pulmón tratado con RT bien controlado. Antecedente de hematoma renal subcapsular izquierdo de causa traumática. En TACs de control se objetiva crecimiento de quiste renal izquierdo complejo, Bosniak IV. Se realiza nefrectomía radical izquierda laparoscópica con diagnóstico AP de carcinoma renal papilar Fuhrman 3, p T3a N0 Mx.

En TAC de control a los 8 meses de la intervención, aparición de ascitis moderada con incremento de la de la densidad de la grasa omental y engrosamiento de hojas mesentéricas. Presencia de nodulaciones en omento y peritoneo parietal que sugieren carcinomatosis peritoneal.

Se realiza colocación de catéter de paracentesis evacuadora y biopsia percutánea de nódulo omental.

RESULTADOS: La imagen morfológica e inmunohistoquímica de la muestra confirmó metástasis de carcinoma renal iniciando tratamiento con Sunitinib con buena tolerancia.

CONCLUSIONES: La afectación peritoneal por carcinoma de renal es un hecho infrecuente que se requiere conocer por conferir un manejo distinto y mal pronóstico.

P-6 PANICULITIS MESENTÉRICA Y RECIDIVA TUMORAL, UN RETO DIAGNÓSTICO

Barceló Bayonas, I.; Hita Villaplana, G; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Pardo Martínez, A., Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Hospital Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN: La paniculitis mesentérica supone la inflamación crónica inespecífica del tejido adiposo del mesenterio intestinal de etiología aún no aclarada. Un porcentaje importante de casos son un hallazgo casual durante una exploración radiológica o quirúrgica.

Se desconoce la relación patogénica entre la paniculitis mesentérica y las enfermedades tumorales, así como si la paniculitis precede o si aparece posteriormente a la neoplasia suponiendo un reto el diagnóstico diferencial en la evolución de pacientes con tumores previos.

Presentamos el caso de un paciente con antecedente de nefrectomía radical en el que el TAC de control objetivó sospecha de recidiva tumoral junto a paniculitis mesentérica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente de 53 años con antecedente de nefrectomía radical derecha laparoscópica por tumor renal de células claras de gran tamaño, estadio p T3a Fuhrman 3. En TAC de control se objetivan varias lesiones de partes blandas en la zona del lecho quirúrgico sugestivas de recidiva tumoral junto con disminución de la rarefacción de la grasa mesentérica en relación a paniculitis mesentérica. Aparición a ese nivel de lesión ovalada de densidad similar al tumor primario sugestiva de implante tumoral.

Se realiza biopsia y PAAF del nódulo mesentérico y retroperitoneal derecho en área de nefrectomía previa.

RESULTADOS: Los resultados anatomopatológicos mostraron tejido linfoide en el lecho de nefrectomía y fibroadiposo sin evidencia de metástasis en ambos casos. El paciente se encuentra en seguimiento estrecho mediante TAC.

CONCLUSIONES: La paniculitis mesentérica es una enfermedad de etiología desconocida que se ha asociado en algunos casos con neoplasia entre otras. El diagnóstico diferencial con recidiva tumoral puede ser difícil siendo necesaria, en ocasiones, la confirmación mediante biopsia en la evolución de estos pacientes.

Actividades Científicas desarrolladas durante el año 2016

VIGILANCIA ACTIVA EN CÁNCER DE PRÓSTATA

El día 29 de abril de 2016, el servicio de Urología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, bajo el auspicio de la Asociación Murciana de Urología, organizó la reunión “Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata”. La sesión estuvo coordinada por el Dr. Marcos Torres Roca e impartida por el Dr. José Rubio Briones, Jefe de Servicio de Urología del Instituto Valenciano de Oncología (IVO). A lo largo de la jornada se desglosó de forma exhaustiva la definición, criterios de inclusión, manejo y protocolos de un paciente con cáncer de próstata incluido en un programa de vigilancia activa, todo ello basado en los últimos datos publicados en la literatura y en la amplia experiencia del Dr. Rubio que actualmente dirige, junto con el Dr. Borque, el proyecto nacional “Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata” de la Asociación Española de Urología. La reunión tuvo una buena acogida, participando miembros de los distintos servicios de urología de la región y se desarrolló sin ninguna incidencia.



I REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE UROLOGÍA FUNCIONAL DE LA AMU

El día 30 de junio de 2016 tuvo lugar, en el salón de actos del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Murcia, la primera Reunión del Grupo de Trabajo de Urología Funcional, enmarcada dentro de la iniciativa llevada a cabo por la nueva Junta para potenciar este tipo de reuniones de grupo.

Dicha reunión con carácter anual estuvo centrada sobre el tema del Síndrome de Dolor Vesical: Retos diagnósticos y terapéuticos.

El programa científico fue llevado a cabo por los Doctores Moreno y Montoya y estuvo moderado por el Dr Escudero, centrándose sobre todo en el diagnóstico de esta patología y en su manejo posterior y una serie de casos clínicos posteriores abiertos a discusión presentados por las Doctoras Martínez, Rivero y Samper.

El cartel tiene un fondo rosa y blanco. En la parte superior, se lee "GRUPOS DE TRABAJO DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA". El título principal es "I REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE UROLOGÍA FUNCIONAL DE LA AMU". Debajo, se indica el tema: "SÍNDROME DE DOLOR VESICAL: RETOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS". El programa científico incluye: "17:30 – 17:45. Bienvenida y presentación (Dr. Escudero)", "17:45 – 18:15. Primer reto: cómo llegar a un diagnóstico correcto (Dr. Moreno)", "18:15 – 18:30. Pausa café", "18:30 – 19:00. Segundo reto: herramientas y algoritmos terapéuticos (Dr. Montoya)", "19:00 – 19:30. Asimilación de contenidos: casos clínicos (Dra. Martínez, Dra. Rivero, Dra. Samper)". En la parte inferior, se indica la fecha: "Jueves 30 de Junio de 2016", "17:30 horas", "Salón de Actos Jesús Quesada", "Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia". Se muestran los logos de la AMU y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia.



REUNIÓN DE RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES VALENCIANA Y MURCIANA

El pasado 18 de febrero se celebró en Cullera (Valencia) la primera de las dos reuniones de médicos residentes de urología de los hospitales de las comunidades Valenciana y Murciana de este año 2016.

La reunión, que como en otras ocasiones se hizo coincidir con el congreso de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana (AUCV), tuvo lugar en el Hotel Santamarta de la localidad organizada por el servicio de urología del Hospital Universitario de La Ribera. Los temas de estudio y debate fueron el Cáncer de pene y de testículo.

Las tres médicas residentes de Urología de los Hospitales de la Comunidad de la Región de Murcia que presentaron su trabajo en este evento fueron:

Gloria Martínez Gómez, residente de tercer año del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, presentó «Tratamiento y seguimiento de la enfermedad localizada» de forma esquemática y muy didáctica.

Olimpia Molina Hernández, residente de primer año del Hospital Universitario Reina Sofía, expuso de forma clara y concisa el “cáncer de testículo en la edad pediátrica”.

Isabel Barceló Bayonas, residente de segundo año del Hospital Universitario Morales Meseguer, mostró cómo se ha de manejar al paciente con “cáncer de pene avanzado”, un tema de interés por lo extraordinario del mismo.

Reunión de Residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y de la Región de Murcia

Los días 4 y 5 de noviembre de 2016, celebramos en la región de Murcia la reunión de residentes de Urología de los hospitales de las comunidades Valenciana y Murciana.

El evento fue organizado por el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y contaba con el auspicio de la Asociación Murciana de Urología.

El tema principal de la reunión en esta ocasión fue la Andrología y los médicos residentes de la comunidad Murciana que expusieron su trabajo fueron:

Rocío Martínez Muñoz, residente de segundo año del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, fue la encargada de abrir la primera mesa sobre el “diagnóstico de la de la infertilidad masculina”.

Arancha Pardo Martínez, residente de segundo año del Hospital Universitario Morales Meseguer, nos presentó un resumen sobre la “evidencia del uso de antioxidantes en los casos de infertilidad masculina”.

Florencio Marín Martínez, residente de primer año del Hospital Universitario Reina Sofía, quien hizo una excelente “puesta al día de la disfunción eréctil”.

Estos dos días, sirvieron para volver a hermanar a los residentes de ambas comunidades.

GRUPOS DE TRABAJO DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

I REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE ONCOLOGÍA DE LA AMU


Abordaje multidisciplinar en cáncer de próstata

17:00	Bienvenida	18:30	Descanso – café
17:10	Introducción y presentación de los panelistas	18:45	Casos clínicos: cáncer de próstata metastásico
17:15	Casos clínicos: cáncer de próstata localizado	19:15	Casos clínicos: CPRC
17:45	Casos clínicos: cáncer de próstata localmente avanzado	19:45	Turno de preguntas
18:15	Turno de preguntas	20:00	Agradecimientos y clausura

Moderador:
Dr. Rosino, Urología, Hospital Universitario Morales Meseguer

Panelistas:
Dr. J. Salinas, Oncología Radioterápica, Hospital General Universitario Santa Lucía
Dr. E. Girela, Radiología, Hospital Universitario Morales Meseguer
Dr. M. Torres, Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía
Dr. S. Ros, Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Dr. M. Laroussi, Medicina Nuclear, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Miércoles 02 de Noviembre de 2016. 17:00 horas
Salón de Actos Jesús Quesada
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia



I REUNIÓN ANUAL DE LA SECCIÓN DE ONCOLOGÍA DE LA AMU

El miércoles 2 de noviembre se realizó en el Salón de Actos Jesús Quejada del Ilustre Colegio de Médicos de Murcia, la primera reunión de la recién creada Sección de Oncología de la AMU. El tema del encuentro fue debatir sobre varios casos diferentes de cáncer de próstata, como si se presentaran en un comité multidisciplinar de cualquier hospital.

Como panelistas participaron, el Dr. J. Salinas (Servicio de Oncología Radioterápica del Hospital Sta. Lucía), el Dr. E. Girela (Serv. de Radiología del Hospital Morales Meseguer), el Dr. M. Torres (Serv. de Urología del Hospital Reina Sofía), el Dr. S. Ros (Serv. de Oncología Médica del Hospital V. de la Arrixaca) y el Dr. M. Laroussi (Serv. de Medicina Nuclear del Hospital V. de la Arrixaca). El acto estuvo moderado por el Dr. Rosino, coordinador de la Sección Oncológica de la AMU.

Se expusieron cuatro casos poco habituales de cáncer de próstata, localizado, localmente avanzado, metastásico y de cáncer de próstata resistente a la castración (CPRC). Hubo una discusión muy instructiva y cordial en la que se vieron los puntos de vista de las distintas especialidades y de los diferentes hospitales representados en la sesión. Entre la audiencia había médicos de varias especialidades y de varios hospitales que realizaron preguntas y plantearon sus dudas en el turno correspondiente por lo que fue una reunión muy participativa.

Premio Server Falgás 2016

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO DE LA EFICACIA DE FOSFOMICINA VS CIPROFLOXACINO COMO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREVIA A BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA

Pedro A. López González; Pedro López Cubillana; Pablo Martínez Pertusa; Ángel Guardiola Más; Antonio Prieto González; Guillermo A. Gómez Gómez; Gerardo Server Pastor; José A. García Hernández; José A. Nicolás Torralba; José Félix Escudero Bregante; Jesús I. Tornero Ruiz; Mariano Rigabert Montiel; José C. Ruiz Morcillo; Cristóbal Moreno Alarcón; Edgar H. Olarte Barragán; Cindy P. Pinzón Navarrete; Pablo F. Gutiérrez Gutiérrez. Servicio Urología H.U.V. Arrixaca, Murcia

José A. Herrero Martínez, Servicio de Infecciosas H.U.V. Arrixaca, Murcia

Juan D. Avilés Hernández. Servicio de Geriátría H.U.V. Arrixaca, Murcia

Juan Moreno Avilés; Carlos García Espona; José M. Cervell Ferrón; Almudena Rodríguez Tardido; Enrique Cao Avellaneda; Eugenio Hita Rosino; Francisco J. Jiménez Penick; Juan M. Soler Fernández; Max E. Cachay Ayala. Servicio Urología, H. G. U. Santa Lucía, Cartagena.

Pablo Guzmán Martínez-Valls; Alejandro Maluff Torres; Beatriz Honrubia Vílchez; Gloria Doñate Íñiguez. Servicio de Urología. H. G. U. los Arcos, San Javier.

INTRODUCCIÓN

La biopsia transrectal de próstata (BTRP) es el procedimiento de elección para el diagnóstico de cáncer de próstata. Es una técnica segura pero no exenta de complicaciones, destacando la infección bacteriana.

Para evitar este cuadro se han desarrollado diferentes regímenes de profilaxis antibiótica. La mayoría de ellos incluyen la administración de fluoroquinolonas por vía oral. Por desgracia, en los últimos años se ha detectado un aumento gradual y constante en la tasa de resistencia de los uropatógenos a las quinolonas.

Por lo tanto, está justificada la investigación de enfoques profilácticos alternativos.

La fosfomicina se ha propuesto como una alternativa de tratamiento para las infecciones causadas por microorganismos multi-resistentes. Tiene una seguridad y perfil de tolerabilidad favorable, siendo, en consecuencia, un buen candidato como agente profiláctico en este escenario.

OBJETIVOS

El objetivo principal es evaluar la eficacia de la profilaxis con ciprofloxacino 500 mg frente a fosfomicina-trometanol 3gr, ambos vía oral y en monodosis.

Otros objetivos: Analizar la asociación entre bacteriuria / infección del tracto urinario tras biopsia prostática y las siguientes variables: edad, volumen de la próstata, resultado de la biopsia, PSA.

MATERIAL Y MÉTODOS

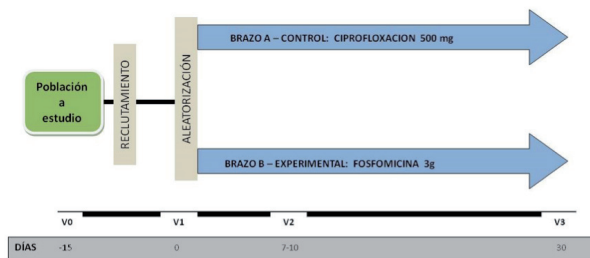
Ensayo clínico aleatorizado, no enmascarado, multicéntrico, con dos brazos según el tratamiento (fosfomicina vs ciprofloxacino).

Participan los Servicios de Urología del H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA), Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor (HLAMM), Hospital General Universitario Santa Lucía (HSL).

Variable principal: BACTERIURIA.

Variables secundarias: Infecciones urinarias asociadas a fiebre (IUAF), sepsis, Complicaciones Infecciosas (Bacteriuria y/o IUAF y/o sepsis).

Otras variables: Edad, volumen prostático, resultado biopsia, PSA

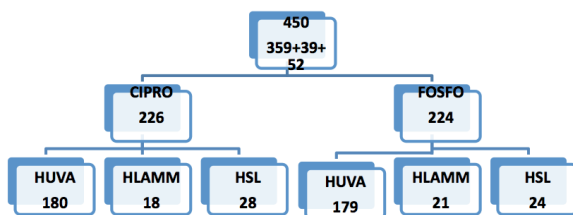


Período de seguimiento de un mes con analítica urinaria/urocultivo, previo a la biopsia, a los 4 y 25 días de su realización.

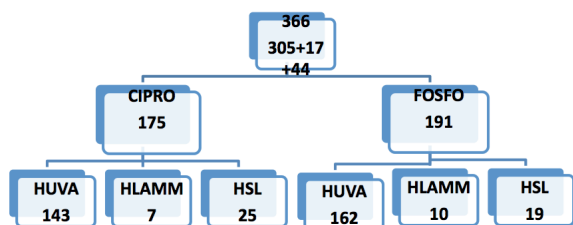
Estudio descriptivo-analítico, considerando un nivel de significación $\alpha < 0.05$. Estudio de variables cualitativas mediante Chi-cuadrado, para variables continuas t-Student/U-Mann-Whitney y análisis de Regresión Logística.

RESULTADOS

Población. Estudio con 450 pacientes biopsiados entre agosto-2012 y noviembre-2014.



Existieron 84 pérdidas, quedando 366 pacientes.



Grupo A-Ciprofloxacino :175 pacientes.
Grupo B-Fosfomicina:191pacientes.

Mediana de edad: 66 años (R:41-89).

Mediana de volumen prostático:40cc (R:9-185).

Mediana de PSA: 7.2 ng/ml (R:4-115)

Resultados globales

-Aparición de bacteriuria en 33 casos (9,3%). 13 casos en Grupo A frente a 20 casos en Grupo B.

p:0.329		BACTERIURIA		Total
		NO	SI	
F	CIPRO	156	13 (7,6%)	169
	FOSFO	167	20 (10,6%)	187
Total		323	33	356

-Aparición de Sepsis en 14 casos (3,8%). 7 casos en Grupo A y 7 casos en grupo B.

p: 0.867		SEPSIS		Total
		NO	SI	
F	CIPRO	168	7 (4%)	175
	FOSFO	184	7 (3,6%)	191
Total		352	14	366

-Aparición de Infección Urinaria Asociada a Fiebre (IUAF) en 21 casos (5,7%). 8 casos en Grupo A frente a 13 casos en Grupo B.

p: 0.358		IUAF		Total
		NO	SI	
F	CIPRO	167	8 (4,5%)	175
	FOSFO	178	13 (6,8%)	191
Total		345	21	366

-La incidencia global de complicaciones infecciosas fue del 13,1% (48casos). 20 casos del Grupo A frente a 28 casos en el Grupo B.

p: 0.36		COMPLICACIONES INFCC		Total
		NO	SI	
F	CIPRO	155	20 (11,4%)	175
	FOSFO	163	28 (14,6%)	191
Total		318	48	366

-En ningún caso existió una relación estadística con el fármaco utilizado ($p > 0.05$).

Análisis de Medias

COMPLICACIONES INFCC		N	Media	Desviación típ.
PSA	NO	312	9,6043	10,14541
	SI	45	8,7158	5,79506
VolP	NO	301	44,5967	23,88647
	SI	47	55,1321	28,34617
Edad	NO	318	65,03	7,925
	SI	48	67,31	6,886

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias							
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia		
PSA	Se han asumido varianzas iguales	,496	,482	,574	355	,567	,88855	1,54876	-2,15736	3,93446
	No se han asumido varianzas iguales			,857	89,038	,394	,88855	1,03739	-1,17272	2,94982
VolP	Se han asumido varianzas iguales	1,103	,294	-2,739	346	,006	-10,53538	3,84669	-18,1012	-2,96955
	No se han asumido varianzas iguales			-2,418	56,660	,019	-10,53538	4,35791	-19,2809	-1,80767
Edad	Se han asumido varianzas iguales	1,820	,178	-1,889	364	,060	-2,281	1,208	-4,656	,094
	No se han asumido varianzas iguales			-2,095	67,277	,040	-2,281	1,089	-4,454	-,108

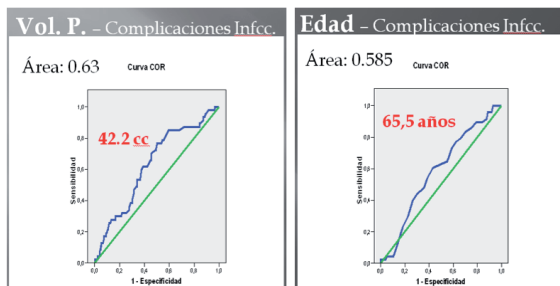
En el análisis de medias, se encontraron diferencias en la aparición de complicaciones infecciosas, a favor de próstatas de mayor tamaño y pacientes de mayor edad.

curvas COR

Se realizaron curvas COR, para la aparición de complicaciones infecciosas, según el volumen prostático y la edad, estableciendo grupos:

-Pacientes con próstata ≤ 40 cc vs próstata > 40 cc.

-Pacientes con edad ≤ 65 años vs > 65 años.



Análisis según el volumen prostático

En el análisis según volumen prostático se encontraron diferencias en la aparición de bacteriuria y en complicaciones infecciosas globales, a favor de próstatas de mayor tamaño. Así, los pacientes con próstata ≤ 40 cc presentaron bacteriuria en un 6,3% frente al 13,4% en pacientes con próstata > 40 cc (p:0'028). De igual manera, los pacientes con

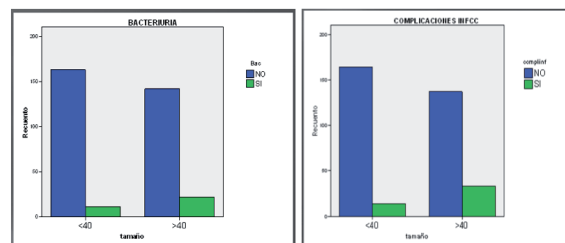
próstata ≤ 40 cc presentaron Complicaciones Infecciosas en un 7,8% frente al 19,4% en pacientes con próstata > 40 cc (p:0'002).

p: 0.028	BACTERIURIA		Total
	NO	SI	
tamaño ≤ 40	163	11 (6,3%)	174
tamaño > 40	142	22 (13,4%)	164
Total	305	33	338

p: 0.002	COMPLICACIONES INFCC		Total
	NO	SI	
tamaño ≤ 40	164	14 (7,8%)	178
tamaño > 40	137	33 (19,4%)	170
Total	301	47	348

p: 0.351	SEPSIS		Total
	NO	SI	
tamaño ≤ 40	173	5 (2,8%)	178
tamaño > 40	162	8 (4,7%)	170
Total	335	13	348

p: 0.051	IUAF		Total
	NO	SI	
tamaño ≤ 40	172	6 (3,3%)	178
tamaño > 40	156	14 (8,2%)	170
Total	328	20	348



Análisis según edad

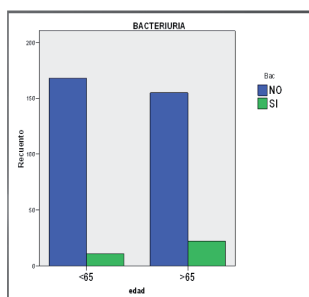
En el análisis según edad se encontraron diferencias en la aparición de bacteriuria a favor de pacientes de mayor edad. Así, los pacientes ≤ 65 años presentaron bacteriuria en un 6,1% frente al 12,4% en pacientes > 65 años (p:0'041).

p: 0.041	BACTERIURIA		Total
	NO	SI	
edad ≤ 65	168	11 (6,1%)	179
edad > 65	155	22 (12,4%)	177
Total	323	33	356

p: 0.076	COMPLICACIONES INFCC		Total
	NO	SI	
edad ≤ 65	163	18 (9,9%)	181
edad > 65	155	30 (16,2%)	185
Total	318	48	366

p: 0.294	SEPSIS		Total
	NO	SI	
edad ≤ 65	176	5 (2,7%)	181
edad > 65	176	9 (4,8%)	185
Total	352	14	366

p: 0.128	IUAF		Total
	NO	SI	
edad ≤ 65	174	7 (3,8%)	181
edad > 65	171	14 (7,5%)	185
Total	345	21	366



Análisis de regresión logística

El análisis de regresión logística confirmó los datos anteriores. Así el aumento del volumen prostático y edad fueron factores de riesgo para la aparición de bacteriuria, y el

aumento de volumen prostático para la aparición de complicaciones infecciosas en general. El análisis del resto de variables no fue significativo.

BACTERIURIA	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)		COMPLICACIONES INFCC	Sig.	Exp(B)	I.C. 95.0% para EXP(B)	
			Inferior	Superior				Inferior	Superior
Paso 1(a)					Paso 1(a)				
PSA	,496	,981	,929	1,036	PSA	,408	,979	,931	1,029
AP	,473	,724	,299	1,750	AP	,463	,759	,263	1,586
VolP	,128	1,011	,897	1,025	VolP	,072	1,011	,999	1,024
Edad	,014	1,076	1,015	1,141	Edad	,031	1,054	1,005	1,106
F	,327	1,488	,673	3,281	F	,312	1,406	,727	2,721
Constante	,000	,000			Constante	,000	,002		
Paso 2(a)					Paso 2(a)				
PSA	,466	,980	,928	1,035	PSA	,380	,978	,930	1,028
VolP	,048	1,013	1,000	1,028	VolP	,023	1,013	1,002	1,025
Edad	,017	1,071	1,012	1,133	Edad	,039	1,051	1,003	1,101
F	,301	1,517	,889	3,344	F	,296	1,421	,735	2,748
Constante	,000	,000			Constante	,000	,002		
Paso 3(a)					Paso 3(a)				
VolP	,043	1,013	1,000	1,028	VolP	,020	1,013	1,002	1,025
Edad	,022	1,064	1,009	1,122	Edad	,055	1,044	,999	1,092
F	,292	1,528	,694	3,365	F	,281	1,437	,744	2,775
Constante	,000	,000			Constante	,000	,002		
Paso 4(a)					Paso 4(a)				
VolP	,036	1,014	1,001	1,028	VolP	,016	1,014	1,002	1,025
Edad	,023	1,063	1,008	1,121	Edad	,059	1,044	,998	1,091
Constante	,000	,001			Constante	,001	,004		

CONCLUSIONES

- No existieron diferencias significativas de eficacia en cuanto al uso de profilaxis con Ciprofloxacino o Fofosmicina-trometanol.
- La edad y el volumen prostático elevado aparecieron como factores de riesgo para el desarrollo de bacteriuria.
- El volumen prostático elevado apareció como factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones infecciosas.
- ¿Debería evaluarse un régimen distinto de profilaxis en próstatas de tamaño elevado o pacientes de mayor edad?

PREMIOS AMU 2016

PREMIO MARIANO TOMÁS

Al mejor examen de residentes.

Dr. D. Leandro Reina Alcaina, residente de 5º año del Hospital Universitario Morales Meseguer.

PREMIO AL MEJOR VÍDEO

Para el mejor trabajo audiovisual

Compartido por los trabajos:

«Tratamiento de la enfermedad de La Peyronie con parche porcino de intestino delgado y colocación simultánea de prótesis de pene», Dres. Paula Samper y cols. Hospital General Universitario Reina Sofía.

«Estenosis ureteral secundario a uréter retrocavo en paciente monorreno funcional: tratamiento laparoscópico», Dres. Damián García Escudero y cols. Hospital General Universitario Reina Sofía.



Dr. D. Agustín Ruiz Martínez

(1851-1899)

**Primer presidente del Colegio de Médicos de Murcia
y difusor del método antiséptico en el quirófano**

Natural de Aljezares, nació circa 1851, y realizó el bachillerato en Artes en el Instituto Alfonso X el Sabio de Murcia entre 1862 y 1868. Licenciado en Medicina, fue cirujano de segunda, ejerció en el Hospital Provincial de San Juan de Dios de Murcia, en el que pasó a agregado de cirugía en 1876, fue también el primer director técnico del Hospital en propiedad, puesto que dejó en 1898 al ser designado diputado provincial.

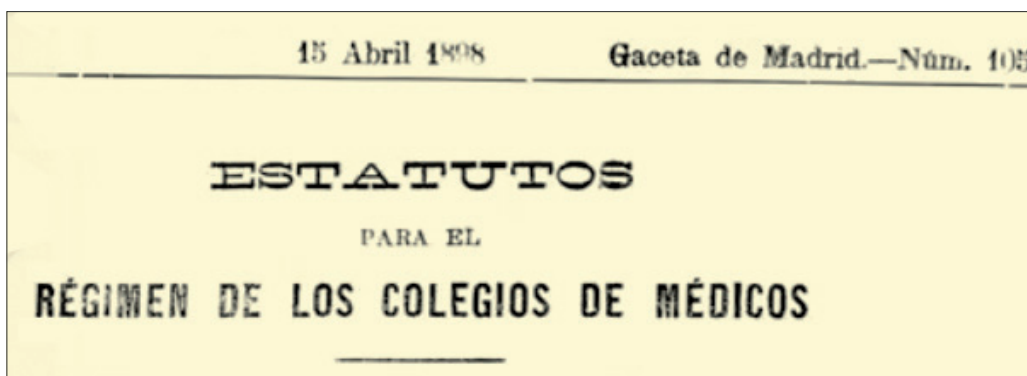
Socio corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, desde el 16 de diciembre de 1873, fue aceptado como miembro numerario, el 1 de mayo de 1882 cuando leyó su discurso de recepción que versó sobre «El método antiséptico ante

la cirugía» con lo que dio a conocer el procedimiento de Lister a los cirujanos murcianos con “el uso del sencillo aparato pulverizador de líquidos de Richardson, para mantener en el campo operatorio una atmósfera antiséptica” y para dejarlo séptico utiliza “el lavado de la herida con un aparato de irrigación que considera preferente a la ducha de Esmarch”, realiza las ligaduras con “catgut o seda antiséptica, hilo de ligadura dotado de la preciosa propiedad de desaparecer por reabsorción en el espesor de los tejidos vivos”, tapa la herida con un “tafetán protector, que tiene como objeto exclusivo no una acción antiséptica esencial sino que realiza el papel que su nombre indica”. Le corresponde con ello el mérito de

haber sido el impulsor en Murcia del procedimiento antiséptico, quince años después de ser preconizado y difundido por Lister.

El iniciador de las normas antisépticas en Medicina fue José Lister (1827-1912) en Glasgow, donde efectuó su experiencia con las pulverizaciones de ácido fénico en los quirófanos como medio de evitar la infección de la herida operatoria, que publicó en 1867 en *The Lancet* «On the antiseptic principle in the practice of surgery». En España, el pionero en poner en práctica las normas antisépticas en los quirófanos fue el Dr. Juan Giné y Partagás (1836-1903) profesor titular de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Barcelona

desde 1871. Le corresponde su divulgación al Dr. Salvador Cardenal Fernández (1852-1927) cirujano del Hospital de Sagrado Corazón de Jesús de Barcelona, quien tras conocerlas en Inglaterra, publicó en 1880 una «Guía práctica para la cura de heridas y aplicaciones del método antiséptico», en la que expuso el tema de la infección en cirugía y de cómo prevenirla mediante las técnicas tanto de antisepsia como las de asepsia, promovida ésta por el húngaro Ignacio Semmelweis (1818-1865) en su obra «Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal» (Viena, 1861), en la que propuso el lavado de manos y del instrumental con una solución clorada.



Publicación de los Estatutos del Colegio de Médicos en la *Gaceta de Madrid*, 1898

La aportación urológica del Dr. Ruiz Martínez queda cifrada en el discurso doctrinal que impartió en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, en la sesión de gobierno del 14 de enero de 1894, sobre «Cirugía del riñón», en el que detalla las afecciones renales más frecuentes con las técnicas quirúrgicas más precisas e imperantes en el momento además de detallar el método antiséptico para salvaguarda de las infecciones (folio 219).

Leyó también el discurso de apertura del curso de 1885 de la Academia sobre «El parasitismo», en el que efectúa unas «consideraciones históricas sobre esta nueva rama de la medicina moderna», prosiguió en varias ocasiones insistiendo en las medidas higiénicas y en la desinfección por el calor como preventiva de las enfermedades infecciosas.

Tras el decreto de reorganización y unificación de las Reales Academias del 14 de mayo de 1886, formó parte de la comisión que redactó el nuevo reglamento con arreglo al citado decreto, para la de Murcia.

Fue el primer presidente del Colegio de Médicos de Murcia, creado al amparo de la «Ley sobre Sanidad» de 28 de noviembre de 1855, se constituyó, tras una reunión mantenida por los médicos murcianos los días 21 y 22 de junio de 1896, acto que culminó con la aprobación de los estatutos y la elección de una Junta Directiva que presidió. La inauguración oficial, con discursos y asistencia de personalidades, tuvo lugar el 18 de octubre de 1896. Se trató de un colegio de ámbito local, en cuya insignia, aparecía el escudo de la capital murciana.

El Real decreto promulgado el 12 de abril de 1898, publicado en la Gaceta de Madrid, aprobó los estatutos de los Colegios de Médicos y Farmacéuticos, en él se confería a los Colegios un ámbito geográfico provincial, lo que obligó a ser refundado del de Murcia, para adaptarse a la nueva normativa, que se llevó a cabo en reuniones celebradas entre el

3 y el 6 de septiembre de 1899. Finalizaron con la redacción del acta constitucional y la elección de los miembros de una nueva Junta Directiva del Colegio Provincial de Médicos de Murcia, cuya dirección volvió a recaer en Agustín Ruiz Martínez, aunque la presidió por poco tiempo, puesto que falleció en Murcia, el 24 del mismo mes de septiembre.



Murcia 1899

FUENTES:

«Nota necrológica». Boletín Oficial del Colegio de Médicos de Murcia, 1 de julio de 1900. Biblioteca Municipal de Murcia, Referencia -3-H-127.

«Expediente académico del Instituto Alfonso X el Sabio de Murcia», referencia - IAX, 1407/6.

«Catálogo documental del siglo XIX». Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia», pág. 210. ISBN: 84-933713-9-4. Murcia, 2004.

Ferrándiz Araujo, Carlos: «Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia en el bicentenario». ISBN: 978-84-615-8214-3. Págs. 271-273, 324, 336. Murcia, 2012.

Martínez Hernández, Antonio: «Historia del Hospital de San Juan de Dios (1837-1937)». Pág. 306. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, ISBN: 84-605-8980-3. Murcia, 1999.

Sáez Gómez, José Miguel. «Historia de lltre. Colegio de Médicos de Murcia». Profesor titular de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia. En prensa.

Foto. lltre. Colegio Oficial de Médicos de Murcia

Mariano Pérez Albacete