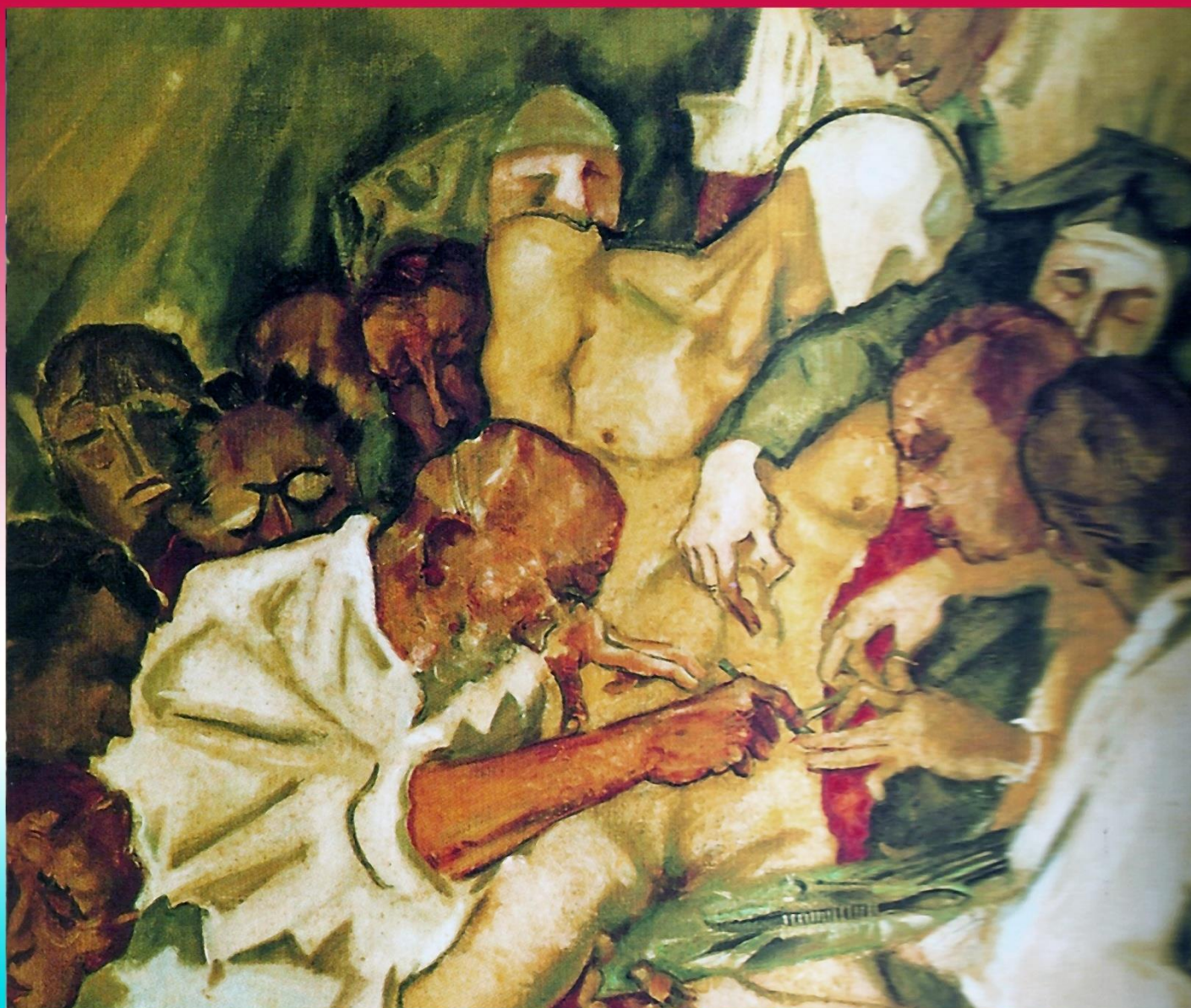


Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXIII - Nº 25
MURCIA, febrero 2019



www.uromurcia.es



amu

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

info@uromurcia.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Gade Eventos

urologiamurcia@gadeeventos.es

Portada:

The Operation, 1912

Max Oppenheimer (Viena, 1885 - Nueva York, 1954)

Importante figura del expresionismo alemán

MoMA Nueva York

Fotografía Dr. Pérez Albacete

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	2
Saluda del XXIV Congreso Anual Dra. Beatriz Honrubia Vilches	4
XXIV Congreso Anual de la AMU Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor Programa científico XXIV Congreso Anual	5
Comunicaciones presentadas	7
Premiados por la AMU en 2018 Premio Gerardo Server Falgás	45
Galería urológica murciana Dr. Francisco Fernández Salvador	49
Recordando al Dr. Fernández Salvador	50

Queridos amigos:

Os saludamos en este año 2019 con motivo de nuestro XXIV Congreso que, en esta ocasión, ha sido organizado por el Servicio de Urología del Hospital del Mar Menor. Esperamos con ilusión que el programa sea de vuestro agrado.

Este ejercicio ha sido también, como el resto, intenso en actividad y acontecimientos en la urología regional, algunos de ellos de especial trascendencia individual. De hecho, como bien sabéis se ha celebrado el proceso primero de traslados y posteriormente de concurso oposición a las plazas ofertadas por el Servicio Murciano de Salud. En este 2019 hay previsto un nuevo concurso oposición en el que se ofertan 14 plazas más. Estas circunstancias, junto con la asignación definitiva de plazas de jefaturas de servicio y sección por el mismo procedimiento, hacen que se vaya consolidando el panorama de la urología regional desde el punto de vista de estructura.

A lo largo del pasado año, aun en estas circunstancias de especial dedicación al estudio por parte de muchos urólogos de nuestra Comunidad, hemos continuado con la actividad científica propia de la AMU:

- Los grupos de trabajo celebraron las segundas reuniones en las áreas de Urología Funcional, Oncología y de Endourología. Este último, celebrado en el mes de Junio, trató del abordaje endourológico de los tumores del tracto urinario superior y contó con la presencia de la Dra. Trassierra Villa, del Hospital Universitario Politécnico de la Fe, de Valencia. Estas jornadas, acreditadas con 0,3 créditos desde su inicio, serán reanudadas durante el 2019 tras la renovación de los coordinadores de grupo, que será anunciada en la Asamblea de nuestro Congreso Anual. Es obligado reconocer y agradecer sinceramente el trabajo realizado a los doctores Felix Escudero, Enrique Cao y Antonio Rosino. Tanto ellos como los ponentes invitados en las diferentes reuniones merecen nuestro mayor respeto por su esfuerzo y por imprimir rigor y frescura a una actividad que desde la Junta Directiva consideramos imprescindible, tal y como el pasado año comentamos.
- El día 10 de abril se celebró en el Colegio de Médicos un Seminario de Historia para Médicos Residentes de Urología impartido por el Dr. Mariano Pérez Albacete. En él se habló del desarrollo de la Urología Española desde la época visigoda a la fundación de la Asociación Española de Urología, y tuvo muy buena acogida entre los futuros urólogos que se forman en nuestros hospitales.
- Por último, y organizado por el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, se ha desarrollado los días 26 y 27 de octubre la Reunión de residentes de urología de la Comunidad Valenciana y Murcia 2018. En esta ocasión, el tema monográfico tratado ha sido la actualidad en Cáncer Renal. En ella participaron de ponentes en las mesas Emny Rochel Bobadilla Romero y Daniel Jiménez Peralta, residentes de los Hospitales Reina Sofía y Morales Meseguer. Muchas gracias por el esfuerzo realizado y enhorabuena por el resultado.

Con respecto a nuestro Congreso Regional, en este 2019, tras los acuerdos del pasado año en la Asamblea, hemos respetado el formato clásico de fechas, viernes tarde y sábado por la mañana. Además:

- Este año será repartido entre los asistentes un ejemplar del Boletín de la AMU que, como sabéis, está disponible íntegramente en la página web. Os animamos a visitarla.
- Para otorgar el premio a la mejor comunicación, será el Comité Científico el encargado de analizar con detalle los resúmenes y la presentación de los trabajos. Desde el pasado año, el premio es una plaza para residentes para el programa de formación en cirugía laparoscópica

que el Dr. Ignacio Castellón Vela, del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, desarrolla “online”. Agradecemos al Dr. Castellón su generosidad y signo de amistad con nuestra Asociación.

- Mantenemos las novedades introducidas el pasado año en el premio Dr. Mariano Tomás. Como sabéis, se elaboró un baremo de actividad científica a la hora de decidir el ganador que tiene un peso de un 30% de la puntuación final; además, el premio consiste en una beca completa financiada por la AMU para un curso de formación laparoscópica en el Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón en Cáceres.
- Por último, anunciaros que, por acuerdo en la Junta Directiva de la AMU, el premio al mejor video tiene ya nombre asignado: será denominado Premio Mariano Pérez Albacete, en reconocimiento a su labor incansable en favor de la Asociación desde sus inicios.

No podemos resistirnos a incluir en este Editorial una reseña a los 25 años que en este 2019 cumplimos como Asociación. Nuestros orígenes parten de 1965, año en que surgió la Regional de Urólogos de Levante de la AEU, a la que pertenecía la Urología murciana que contaba entonces con una veintena de médicos. Pero fue el Dr. Mariano Pérez Albacete quien convocó a los urólogos de nuestra región en 1994. El objetivo era plantear la conveniencia de constituir una agrupación urológica regional, idea que recibió la unánime aprobación de los 45 urólogos que ejercían la especialidad en Murcia en aquel año y que fueron los socios fundacionales de la que fue nombrada Asociación Murciana de Urología (AMU). Con estos 25 años de actividad ininterrumpida hemos alcanzado una notable madurez, afianzada por seis equipos directivos diferentes encargados de mantener una permanente actividad y líneas de trabajo rigurosas; con ello, y gracias además al estímulo constante de sus miembros, somos un referente en la Comunidad como una prestigiada sociedad médica tal y como se demostró en el 2017.

Durante este 2018, además, se han producido también algunos hechos relevantes en nuestro medio:

- El Dr. Marcos Torres, secretario de la Junta Directiva de la AMU, ha dejado nuestra Comunidad Autónoma para marchar a Navarra. Desde estas páginas le agradecemos con mucho cariño todo el trabajo realizado durante este tiempo, y le deseamos los mayores éxitos profesionales en esta nueva etapa. Intentaremos cubrir su vacante para este último año de ejercicio de la presente Junta Directiva, en la Asamblea de nuestro Congreso Regional.
- Además, como comentábamos al inicio, se han estabilizado las plazas de jefatura de los hospitales Santa Lucía, Virgen de la Arrixaca, Reina Sofía y Morales Meseguer, Enhorabuena a los responsables que sabemos que darán lo mejor de sí mismos en este desempeño.
- El Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca ha cumplido 50 años. Se conmemoró recientemente con una jornada científica cargada, además, de gran emotividad gracias a la presentación del Dr. Guillermo Gómez. Desde aquí manifestamos el reconocimiento de esta Junta Directiva y de todos los urólogos de nuestra Comunidad a los componentes de este gran servicio, a quienes estuvieron y a quienes están.

Por último, permitid que repitamos el mensaje final que hace un año enunciábamos en el Editorial preludeo del Congreso. **“Como Junta Directiva, nuestro objetivo sois todos, y por ello os animamos a participar muy activamente de las actividades de la AMU durante este 2019. Queremos vuestras opiniones, vuestras ideas y vuestras críticas, queremos que las expreséis con libertad a través de todos los cauces de que disponemos, formales o informales; también, por supuesto, en la Asamblea Extraordinaria”** en la que os esperamos para que los acuerdos que de ella surjan sea realmente representativos. Únicamente así podremos crecer.

Recibid un afectuoso saludo.

La Junta Directiva

Saluda Servicio de Urología

Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

Queridos amigos:

Como es costumbre, los miembros de la Asociación Murciana de Urología nos reunimos en nuestro Congreso Anual. Es la segunda ocasión que lo organiza el H.U. Los Arcos de Mar Menor. Estamos muy ilusionados, y deseando que el XXIV Congreso transcurra lo más provechoso posible para todos, tanto en lo profesional como en lo personal.

Este año habrá nuevo formato de viernes tarde y sábado mañana, tal y como se aprobó en la Asamblea del anterior Congreso. Tendremos oportunidad de conocer la magnífica iniciativa de nuestro compañero Antonio Prieto, que nos dará detalles de la nueva Asociación ANCAP para pacientes de cáncer de próstata de nuestra Región.

Teniendo en cuenta los continuos cambios a los que se enfrenta nuestra Especialidad, tendremos el privilegio de escuchar al Dr. José Gregorio Pereira acerca de dónde partimos y hacia dónde nos llevan estos nuevos tiempos en la Urología. En esta línea podremos ponernos al día sobre las novedades que nos han traído los últimos Congresos y Reuniones más importantes, de la mano de nuestros compañeros Pablo Luis Guzmán, José David Jiménez, Raúl Montoya y Pedro Ángel López. Estamos seguros de que ello nos será de mucha utilidad en nuestra práctica clínica diaria.

Además tendremos las habituales mesas de comunicaciones, pósteres y vídeos para compartir experiencias y conocimiento. Esperamos vuestras aportaciones con ilusión y deseando que la organización esté a la altura de vuestras expectativas y propicie el encuentro personal que tanto nos enriquece.

Como sabéis, es el primer año que organizamos el Congreso conmigo como responsable desde la marcha de nuestro estimado compañero y amigo Pablo Luis Guzmán, al que aprovecho para dar las gracias por la dirección y puesta en marcha inmejorable de este Servicio del que me siento especialmente orgullosa.

Los miembros del Servicio queremos animaros a participar en el Congreso y mantener la ilusión como punto de encuentro de los urólogos de Murcia, y también de los que vienen de fuera de nuestra Comunidad, cuya fraternidad llevamos muy a gala y es especialmente apreciada por aquellos que procedemos de otras Comunidades.

Acabar deseando que disfrutéis de vuestra visita en todos los aspectos.

Beatriz Honrubia Vilchez
Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

XXIV Congreso anual de la Asociación Murciana de Urología

15 y 16 de febrero de 2019. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier



Viernes 15 de Febrero de 2019

- 16:00-16:30 h Acto de Inauguración
- 16:30-18:15 h **Mesa de comunicaciones Orales 1**
Moderadores:
Dr. Antonio Romero (Hospital Morales Meseguer)
Dra. Gloria Martínez (Hospital Virgen de la Arrixaca)
- 18:15-18:45 h Pausa Café
- 18:45-19:45 h **Conferencia 1. Oncología Clínica Urológica**
De Dónde Venimos, Dónde Estamos y a Dónde Podemos Ir
Dr. José Gregorio Pereira
- 19:45-20:00 h **Presentación Oficial de la Asociación Cáncer de Próstata ANCAP**
Dr. Antonio Prieto (Hospital Virgen de la Arrixaca)

Sábado 16 de Febrero de 2019

- 08:30-09:00 h Examen de residentes
- 09:00-10:30 h **Mesa de comunicaciones Orales 2**
Moderadores:
Dr. Manuel Segura (Hospital Rafael Méndez)
Dra. Ángela Rivero (Hospital Santa Lucía)

- 10:30-11:00 h Pausa Café
- 11:00-12:30 h **Mesa redonda: Cambios Relevantes en la Práctica Clínica**
- Moderador:
Dr. Pablo Luis Guzmán (Hospital Reina Sofía)
- Ponentes:
Dr. José David Jiménez (Hospital Rafael Méndez)
Dr. Raúl Montoya (Hospital Santa Lucía)
- 12:30-14:00 h **Vídeos**
- Moderadores:
Dr. Alejandro Maluff (Hospital Los Arcos)
Dr. Damián García (Hospital Reina Sofía)
- 14:00-14:30 h Asamblea
- 15:00 h Comida y entrega de premios

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:

Dra. Beatriz Honrubia

Vocales:

Dr. Alejandro Maluff
Dra. Gloria Doñate
Dr. Pablo Velilla

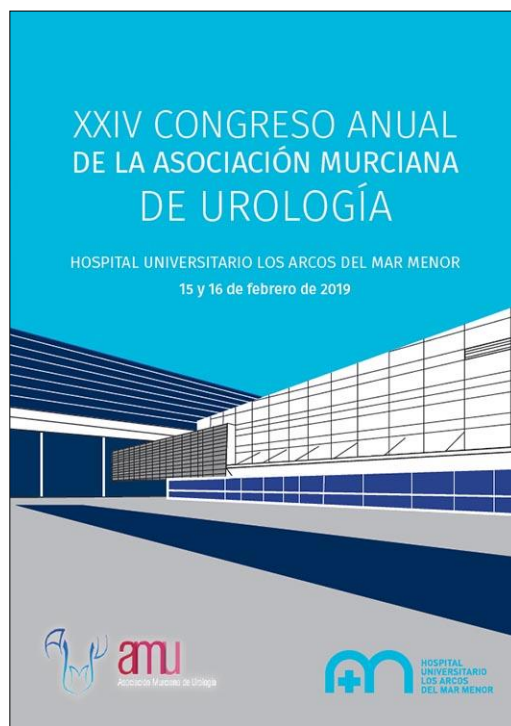
COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Julián Oñate

Vocales:

Dr. Carlos Sánchez
Dr. José David Jiménez
Dr. Damián García



Comunicaciones. Mesa 1

C-1.1 ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA TERAPIA MANUALOSTEOPÁTICA EN EL SÍNDROME DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

Carlos Rabal Conesa, Enrique Cao Avellaneda, Pedro López Cubillana, Antonio Prieto González, Guillermo Gómez Gómez, Juan Moreno Avilés

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena y Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixica

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El síndrome de dolor pélvico crónico (CP-CPPS) incluye pacientes con dolor persistente más de 6 meses en el área pélvica, de origen desconocido. Según la guía de práctica clínica de la Asociación Europea de Urología, no existe un tratamiento único de elección siendo el abordaje multimodal simultáneo el recomendado. El objetivo fue investigar la efectividad de un protocolo de tratamiento osteopático para la mejora del dolor, la calidad de vida y los síntomas urinarios en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de eficacia clínica mediante la realización de 6 sesiones, de terapia exclusivamente manual externa por un único fisioterapeuta según metodología planteada por la Osteopatía. Los pacientes fueron reclutados consecutivamente por urólogos de las áreas I y II con criterios de inclusión preestablecidos y tras firma de consentimiento informado. La intervención duró un total de 9 semanas distribuidas en 3 sesiones semanales y 3 quincenales posteriores. Los cuestionarios utilizados para los resultados fueron el Índice de Síntomas de Prostatitis crónica del Instituto Nacional de la Salud (NIH-CPSI), Puntuación Internacional de Síntomas de Próstata (IPSS), Escala Unidimensional del Dolor (EVA) y Cuestionario de Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HADS). Los datos fueron procesados por un investigador externo tras la finalización de todas terapias.

RESULTADOS. 23 hombres con CP-CPPS cumplieron los criterios de inclusión con una media de edad de 45,68 y un rango entre 24,21 y 66,32 años. Se objetivó una disminución en el NIH-CPSI desde 24,87 a 17,18 puntos (que supone una reducción del 30,92%, estadísticamente significativa ($p < 0,0005$)). El IPSS mejoró desde 14,43 a 11,23 puntos, un 22,18% ($p = 0,009$), siendo mejor en el ítem de calidad de vida, que descendió desde 5,22 a 3,55 puntos, un 31,99% ($p < 0,0005$). En la escala EVA se produjo un descenso desde 5,70 a 3,50 puntos que supone un 38,6% ($p < 0,0005$). Las diferencias en el cuestionario HADS no resultaron clínicamente relevantes.

CONCLUSIONES. La terapia manual osteopática puede ser útil en los pacientes con síndrome de dolor pélvico crónico. Se requieren más estudios para confirmar esta indicación.

C-1.2 VARIABLES PREOPERATORIAS Y RESULTADOS DE PACIENTES INTERVENIDOS CON SISTEMA MASCULINO TRANSOBTURADOR AJUSTABLE (ATOMS)® POR INCONTINENCIA URINARIA

Pardo Martínez, A; Romero Hoyuela, A; Barceló Bayonas, I; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Rosino Sánchez, A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.

Servicio de Urología. Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN. El tratamiento estándar de la incontinencia urinaria masculina es el esfínter urinario artificial. Recientemente se han desarrollado otros sistemas como el ATOMS® (adjustable transobturador male system) que han demostrado una elevada tasa de éxito. Presentamos las variables preoperatorias y resultados obtenidos de los pacientes a los que se les ha realizado una implantación del sistema ATOMS en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyen pacientes intervenidos por incontinencia urinaria mediante ATOMS® en el periodo comprendido entre enero de 2014 y diciembre 2018. Definimos continencia como la ausencia de absorbentes, incontinencia leve como el uso de 1-2 absorbentes/24h; moderada 3-5 absorbentes/24h y grave más de 5 absorbentes/24h.

RESULTADOS. 24 pacientes son válidos para este estudio. 22 pacientes estaban intervenidos de prostatectomía radical y 2 pacientes de RTU de próstata previamente. La edad media es de 68 años (55-77). El IMC medio es de 29 (20-45,7). El 25% de los pacientes habían recibido previamente radioterapia. Presentaban incontinencia leve, moderada y grave el 37,5%, 41,5% y 21% de los pacientes, respectivamente. El 16,6% también presentaba incontinencia nocturna. El ICIQ-SF prequirúrgico medio fue de 14 (5-19). El 21% de los pacientes ya habían sido intervenidos previamente por incontinencia urinaria mediante sistema AdVance™ XP. El 56% de los pacientes tenían un test de reposicionamiento uretral negativo. El relleno del dispositivo medio en quirófano fue de 6,5 cc (3-10). El

tiempo medio de hospitalización fue de 2,17 días (2-5) retirándose sonda vesical al alta. En la primera revisión estaban continentales el 36,4% de los pacientes. La media de seguimiento es de 19 meses (0-48). Se han realizado rellenos adicionales al 58,4% de los pacientes. EL número medio de rellenos adicionales es de 1,12 (0-3), siendo la media de relleno final del dispositivo de 8,7 cc (3-14), estando continentales el 60% de los pacientes. La continencia en pacientes que no han recibido radioterapia es del 76,5% mientras que en los pacientes que han recibido radioterapia es del 16,6% (1 paciente).

CONCLUSIONES. La implantación de sistema ATOMS®, a diferencia de otros dispositivos para el tratamiento de la incontinencia urinaria, puede ser ajustado durante el seguimiento. Encontramos una menor tasa de continencia en pacientes que han recibido radioterapia.

C-1.3 ¿SUPONE LA EDAD UNA LIMITACIÓN EN LA TÉCNICA DE HOLEP?

Pardo Martínez, A; Romero Hoyuela. A; Barceló Bayonas. I; Muñoz Guillermo. V; Jiménez Peralta. D; Barragán Gamero. M; Carrillo George. C; Pietricica. B.N; Izquierdo Morejón. E; Rosino Sánchez. A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana. G; Fernández Aparicio, T.

Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN. La enucleación prostática con láser de holmium (HoLEP) está indicada en el tratamiento de síntomas urinarios obstructivos en próstatas de alto volumen con nivel de evidencia 1 en las guías europeas de urología. Analizamos las características clínicas y cómo influye la edad en los resultados de los pacientes con síntomas urinarios obstructivos tratados mediante HoLEP.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes intervenidos de HoLEP en el periodo comprendido entre 1 enero 2016 y 30 noviembre 2018. Se establecen dos grupos según edad: menos de 75 años (grupo 1) y 75 años en adelante (grupo 2). Análisis estadístico con SPSSv20.

RESULTADOS. 122 pacientes son válidos para este estudio. La edad media es de 70,7 años (49-92). El tiempo de seguimiento medio es de 17 meses (1-35). En la siguiente tabla se exponen las variables analizadas por grupos de edad:

	Total (N=120)	Grupo 1 (N=80) 65,5%	Grupo 2 (N=42) 35,5%	P
PSA(x)	5,57 ng/ml	5,7 ng/ml	5,2 ng/ml	NS
ASA I- II- III- IV	4,5%-58%-32%-5,5%	7%-71%18%-4%	0-35%-57,5%-7,5%	0.000
ANTIAGREGACIÓN	26%	20%	36,6%	0.048
ANTICOAGULACIÓN	13%	8,75%	22%	0.042
SONDA VESICAL - RAO	50%	45,5%	57,5%	NS
VOLUMEN PROSTATICO (x)	92 cc (40-200)	93 cc (40-200)	89,5 cc (40-177)	NS
TIEMPO QUIRÚRGICO (x)	150 min. (45-300)	148 min.	156 min.	NS
HOSPITALIZACIÓN (x)	3,4 días (1-24)	3,4 días	3,37 días	NS
COMPLICACIONES	8,5%	7,6%	10%	NS
• 1	• 4%	• 3,8%	• 5%	
• 2	• 1%	• -	• 2,56%	
• 3	• 2,5%	• 3,8%	• -	
• 4	• 1%	• -	• 2,56%	
RETIRADA SV AL ALTA	90%	88,5%	92,7%	NS
REINGRESO	8,5%	6,6%	12,5%	NS
• Hematuria	• 4%	• 5,3%	• 2,5%	
• Fiebre	• 3,4%	• 1,3%	• 7,5%	
• otros	• 1%	• -	• 2,5%	
SD IRRITATIVO	17%	15%	21%	NS
CONTINENCIA	62%	62%	63%	NS
CA. PRÓSTATA	7%	4%	10%	NS
EESTENOSIS URETRAL	6%	7%	2,5%	NS

CONCLUSIONES. En el grupo de mayor edad encontramos puntuaciones de ASA más altos, y tasas de anticoagulación y antiagregación mayores respecto al grupo más joven. Sin embargo, no encontramos una repercusión de estos factores en cuanto a complicaciones ni resultados funcionales postquirúrgicos. Concluimos que la edad no es una limitación para esta técnica.

C-1.4 RESULTADOS INICIALES EN COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA

Muñoz Guillermo.V; Romero Hoyuela. A; Rosino Sánchez. A; Barceló Bayonas.I; Pardo Martínez. A; Jiménez Peralta. D; Barragán Gamero. M; Izquierdo Morejón. E; Carrillo George. G; Pietritica. B.N; Cruces de Abia. F.I; Hita Villaplana. G; Fernández Aparicio. T
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN. La colposacropexia laparoscópica es una técnica efectiva en el tratamiento del prolapso pélvico. Asimismo, ha demostrado tener los similares resultados que la cirugía abierta, sobre todo en pacientes sexualmente activas.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis prospectivo observacional de las colposacropexias laparoscópicas realizadas en nuestro centro. Las variables recogidas son edad, grado de cistocele y otros prolapso asociados, flujometría preoperatoria y postoperatoria, estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas.

RESULTADOS. Se han obtenido un total de 12 colposacropexias cuya edad media es de 66,72 (55-83). El 75% de las pacientes presentaban cistocele grado III (9 pacientes), el 16,7% grado II (2 pacientes) y una paciente presentó cistocele grado IV siendo en todos los casos sintomáticos. El prolapso multicompartimental estaba presente en dos pacientes (16,7%). Infecciones urinarias (ITUs) de repetición estaban presentes en tres pacientes. No se presentó ninguna complicación Clavien-Dindo igual o mayor de II. La estancia media de 3 días (2-4). Tras la cirugía las pacientes presentaron mejoría de las ITUs a los 6 meses y desaparición del prolapso en el 100% de los casos.

EDAD (x) (AÑOS)	66,72 (55-83)	
GRADO DE CISTOCELE		
GRADO II	2 (16,7%)	100% sintomáticos 2 (16,7%) multicompartimental
GRADO III	9 (75%)	
GRADO IV	1 (8,33%)	
Complicaciones	1 perforación vesical (8,33%) 1 estreñimiento (8,33%)	
Estancia media (días)	3 (2-4)	
Resultados a los 6 meses	91,6% Corrección de prolapso <u>Flujometría postoperatoria:</u> Flujo máximo: 27 ml/h RPM: 22,3 ml (17-25)	2 pacientes intervenidas de sling suburetral

CONCLUSIONES. En nuestros resultados iniciales, la colposacropexia laparoscópica presenta buenos resultados funcionales y leves complicaciones siendo una técnica aplicable.

C-1.5 TASA DE ÉXITO DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA COMO PRIMERA INTERVENCIÓN EN LITIASIS RENALES

Jiménez Peralta, Daniel, Barceló Bayonas, Isabel, Pardo Martínez, Arancha, Muñoz Guillermo, Victoria, Barragan Gamero, Melque, Carrillo George, Carlos, Izquierdo Morejón Emilio, Fernández Aparicio, Tomás
Hospital Morales Meseguer

OBJETIVO. Examinar la tasa de éxito de la nefrolitotomía percutánea (NLP) como tratamiento definitivo de las litiasis renales en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos de NLP por litiasis renales entre enero 2015 y octubre 2018. Se considera ausencia de litiasis residuales la presencia de restos <4mm de diámetro máximo.

RESULTADOS. Se incluyeron 61 pacientes (31 hombres y 35 mujeres) y un total de 66 procedimientos (26 en riñón derecho -RD- y 40 en riñón izquierdo -RI-), de los cuales 42 (63%) eran el primer abordaje terapéutico de las litiasis. Los pacientes presentan una mediana de edad de 54 años (27-89), y estancia de 3 días (1-25). La carga litiasica (definida como la suma del diámetro máximo de las litiasis) fue de 48mm ± 28mm(3mm-130mm) y 27,5mm ± 21mm(3mm-67mm) para el RI y RD respectivamente. Se encontraron más de 1 litiasis en el 80% de los casos, siendo la localización más frecuente aquellas que moldeaban la pelvis renal y 2 grupos caliciales (28,8%). Tras la NLP se encontraron litiasis residuales en 45 casos (73%), encontrando relación estadísticamente significativa con el número de cálculos y la localización, así como si la NLP era el primer abordaje quirúrgico. Fue necesaria una segunda intervención en 19 pacientes (42,2%) logrando un control mediante vigilancia y medidas conservadoras en el resto de los pacientes.

CONCLUSIONES. La NLP es un procedimiento que, en nuestra experiencia, presenta alta tasa de litiasis residuales, logrando un adecuado control de mismas mediante medidas conservadoras. Las variables que se asociaron de forma estadísticamente significativa a presentar litiasis residuales son: número total de cálculos, localización de la litiasis, y la ausencia de una intervención previa a la NLP sobre la litiasis.

C-1.6 FLUJOMETRÍA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES INTERVENIDOS DE HIPOSPADIAS

*C. Giménez Aleixandre, G. Zambudío Carmona, M.J. Guirao Piñera, M.Fernández Ibieta, R. Martínez Muñoz, A. Sánchez Sánchez, JP.Hernández Bermejo
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

INTRODUCCIÓN. En el seguimiento a largo plazo de los pacientes intervenidos de hipospadias son importantes, entre otras cosas, la flujometría y la evaluación del chorro miccional. Las técnicas empleadas para la corrección de esta patología generan alteraciones en la curva flujométrica, sin que ello implique necesariamente una repercusión clínica. Nuestro objetivo es analizar la evolución a medio-largo de la flujometría en pacientes postoperados de hipospadias mediante técnica de Snodgrass en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisamos los resultados uroflujométricos de 287 pacientes intervenidos de Snodgrass en nuestro centro entre 2005 y 2018.

RESULTADOS. Analizamos la ficha de 1000 pacientes intervenidos de hipospadias en nuestro centro, de los cuales se realizó Snodgrass en 323. De ese grupo de pacientes, se revisaron las flujometrías de los 287 (89%) que no habían presentado complicaciones postoperatorias (como fistulas o dehiscencias de glande) y se mantenían asintomáticos. Basándonos en el nomograma realizado por Fernández Ibieta para pacientes intervenidos de hipospadias, se comprobó que a largo plazo estos mejoraban los resultados de Qmax (flujo máximo), aunque mantenían valores inferiores a los esperados para su edad, sin que esto implicase una repercusión clínica. Al año postoperatorio la mediana de Qmax fue 7.57 (IC95% 3.36 – 8.78), a los 6 años la mediana de Qmax fue de 10.36 (IC95% 9.38 – 12.42) y a los 10 años fue de 13.85 (IC95% 11.8 – 15.89).

CONCLUSIONES. Los pacientes intervenidos de hipospadias mediante Snodgrass presentan valores flujométricos inferiores a los esperables para su edad, sin que ello necesariamente implique la existencia de estenosis.

C-1.7 NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA CONVENCIONAL, MINI-PERC Y MICRO-PERC; REVISIÓN DE RESULTADOS Y STONE FREE

*Martínez Muñoz. R, Fernández Garay. J.C, Rull Hernández. J, Vidal Crespo. N, Aznar Martínez. L, Rigabert Montiel. M, Tornero Ruiz. J.I, Server Pastor. G, Martínez Gómez. G, Moreno Alarcón. C, López Cubillana. P, López González. P.A, Prieto González. A, Escudero Bregante. J.F, Nicolás Torralba. J.A, García Hernández. J.A, Gómez Gómez. G.A
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

INTRODUCCIÓN. La nefrolitotomía percutánea (NLP) es considerada la técnica Gold Standard para el tratamiento de las nefrolitiasis mayores de 2cm. Con el avance en el tratamiento litiasico se han desarrollado procedimientos que permiten un abordaje renal de calibre reducido (mini-perc y micro-perc) con el fin de minimizar el daño y la morbilidad de la técnica convencional.

MATERIAL Y MÉTODO. Análisis retrospectivo de los 123 pacientes intervenidos de NLP (103 de calibre convencional, 18 mini-perc y 2 micro-perc) entre enero de 2014 y junio de 2018 en nuestro centro. Se analizaron variables demográficas como: edad, sexo, IMC, ASA, cirugía renal previa y tipo, urocultivo previo y resultado, prueba de imagen y riñón afecto. Las variables quirúrgicas fueron: calibre de la NLP, número y diámetro mayor de la litiasis, lugar de punción, sistema de litofragmentación, nefrostomía y catéteres de drenaje. Variables resultado: Complicaciones inmediatas y tasa Stone-free.

RESULTADOS. De la muestra el 57,3% fueron hombres y el 46,3% mujeres. Edad media de 52.72 años. El 43.4% derechas y el 54.9% Izquierdas, siendo el 5.4% sobre riñón trasplantado. El 83.7% fueron NLP, 14.6% mini-NLP y 1.6% micro-NLP. El acceso combinado (ECIRS) fue del 17.9%. Tamaño litiasico >2cm (42.3%). En el 94.3% se dejó nefrostomía (93.2% cerradas). La estancia media de la NLP convencional fue de 4.65 días, 3.8 días en la mini-perc y 3 en la micro-perc. La complicación más frecuente fue dolor (6.5%) seguido de fiebre (4.9%). El 61% fue Stone-free a los 3 meses siendo el tamaño de la litiasis persistente <2cm en el 91%. En relación con el calibre y la tasa Stone-free, el 55.3% de las NLP convencionales fueron Stone-free, el 88.9% de las miniperc y el 100% de las microperc.

CONCLUSIONES. Con los datos obtenidos podemos concluir que el abordaje de calibre reducido es una técnica segura y resolutive, con una muy buena tasa de Stone-free. Progresivamente desplaza a la técnica convencional en los casos seleccionados manteniendo un buen control de la carga litiasica con menor estancia hospitalaria.

C-1.8 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS Y CLASIFICACIÓN CLAVIEN DINDO TRAS TRATAMIENTO LITIÁSICO PERCUTÁNEO EN NUESTRA SERIE

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. La nefrolitotomía percutánea (NLP) se ha convertido en el procedimiento de referencia para extraer nefrolitiasis mayores de 2cm. Existen calibres reducidos de abordaje que han permitido minimizar la morbilidad. A pesar de estos avances, esta técnica no está exenta de riesgo y las complicaciones hemorrágicas se encuentran entre las más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO. Se analiza una muestra de 123 pacientes sometidos a NLP convencional, mini-perc y micro-perc, entre enero de 2014 y junio de 2018 en nuestro centro. Se analizaron distintas variables: hemoglobina pre y postquirúrgica, necesidad de transfusión y escala Clavien Dindo. Se comparan los resultados obtenidos según el calibre de la técnica así como el resto de complicaciones.

RESULTADOS. El 83.7% fueron NLP convencionales, 14.6% mini-NLP y 1.6% micro-NLP. El acceso combinado (ECIRS) fue del 17.9%. La complicación inmediata más frecuente fue el dolor (6.5%) seguido de fiebre (4.9%). Según la clasificación Clavien Dindo: I (6.5%) dolor, náuseas, II (13%) fiebre, transfusión, celulitis, IIIA (3.2%) embolización selectiva, colocación de drenaje, IIIB (1.6) perforación colónica y estenosis de la UPU y IV (0.8%) un episodio de fascitis necrotizante. La media de descenso de hemoglobina fue de 1.71g/dL. en la técnica convencional, 1.14 en la mini-perc y de 0.7 en la micro-perc. Requiriendo transfusión 10 de los pacientes (9 con la técnica convencional y 1 tras mini-perc).

CONCLUSIONES. Con los datos obtenidos podemos concluir que el abordaje de calibre reducido es una técnica segura con menor tasa de sangrado y necesidad de transfusión. La escala Clavien Dindo nos permite catalogar las complicaciones de manera clara y reproducible. En nuestra serie predominan en la NLP convencional siendo excepcionales en las técnicas de mini y micro-perc.

C-1.9 INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA INTRAVESICAL EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA REFRACTARIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA

Artés Artés, M.; Vilchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Bobadilla Romero, E.R.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Jimenez Lopez, J.M.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La vejiga hiperactiva es una entidad clínica con una elevada prevalencia que provoca un gran impacto en la calidad de vida. La toxina botulínica ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de esta patología mejorando la sintomatología y la vida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Evaluar el resultado, complicaciones y repercusión de la calidad de vida en pacientes con vejiga hiperactiva después de la aplicación intravesical de Toxina botulínica.

RESULTADOS. Se realiza estudio prospectivo de 85 pacientes que presentan vejiga hiperactiva refractaria a tratamiento médico y en los que se realizó inyección intravesical de toxina botulínica entre 2016 y 2018 de forma ambulatoria en las consultas externas. Se revisaron las complicaciones surgidas y los resultados de los cuestionarios OAB-V8(Vejiga hiperactiva), ICIQ-SF(Incontinencia urinaria) y el Cuestionario de Salud SF-36(Calidad de vida) antes y después de la aplicación del tratamiento. Para la comparación de resultados se utilizó la prueba T de Student para datos apareados o Wilcoxon. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

CARACTERÍSTICAS	
Mujer	61
Hombre	24
DM	20
A.neurológicos	16
A.psiquiátricos	35
A.pélvicos/quirúrgicos	44
Edad	65.4
IMC	30.04

COMPLICACIONES	
Urocultivo+	8
RAO	1
RPM>100	14
Autocateterismos	2
Hematuria importante	0
Puntuación EVA	3.46

CUESTIONARIOS			
	PRE-BOTOX	POST-BOTOX	p
Escala OAB-V8	31.53	18.89	0.000
Cuestionario ICIQ-SF	16.47	9.22	0.003
Cuestionario Salud SF-36	55.45	56.46	0.309

CONCLUSIONES. La aplicación intravesical de toxina botulínica es un procedimiento seguro y bien tolerado, con mínimas complicaciones, que reduce episodios de urgencia y de incontinencia urinaria, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

C-1.10 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA TRAS CIRUGÍA DE INCONTINENCIA DE ESFUERZO EN NUESTRO CENTRO

Barceló Bayonas, I; Romero Hoyuela, A; Rivero Guerra, A; Izquierdo Morejón, E; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Cascales Pérez, M. L; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Rosino Sánchez, A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN. Dependiendo de la definición de incontinencia urinaria (IU) puede variar del 3-55%. El impacto de la IU y su cirugía sobre la función sexual es incierto por la imprecisión del efecto y la inconsistencia de los estudios.

OBJETIVO. Evaluar de manera retrospectiva el procedimiento TOT y su efecto sobre la esfera sexual femenina. Para ello, se utilizaron los cuestionarios ASEX-m, FSFI e ICIQSF.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo pre y postcirugía donde se evaluaron 46 mujeres sexualmente activas diagnosticadas de incontinencia urinaria y programadas para colocación de malla TOT. Todas las pacientes respondieron a los cuestionarios aportados.

RESULTADOS. La edad media fue 52 años (39-72). Con un inicio de síntomas urinarios que varió entre 2-8 años. Y un tiempo de seguimiento medio 24 meses. En la evaluación preoperatoria un 52,2% presentaban algún grado de disfunción sexual. Un 71% presentaba pérdidas urinarias con las relaciones. De acuerdo con los resultados del ICIQ-SF la tasa de curación fue de 73,2% pasando el ICIQSF medio de 16,5 a 3. Un 21 % de las pacientes presentaron IU de urgencia de novo. En nuestro estudio, el cuestionario ASEXm mostró empeoramiento de 1 punto en la evolución. Todos los dominios del cuestionario FSFI de manera significativa salvo el dolor que empeoró muy ligeramente, con un efecto significativo negativo del estado menopáusico en la puntuación de ambos cuestionarios.

CONCLUSIONES. El procedimiento de TOT tiene una alta eficacia en el manejo de la IU con una tasa baja de complicaciones. Es recomendable la evaluación de la respuesta sexual como garantía de calidad de vida en estas pacientes previo a la cirugía, encontrando en nuestro análisis, un efecto positivo tras la cirugía.

C-1.11 ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL VARÓN: RESULTADOS Y COMPLICACIONES

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. La incontinencia urinaria (IU) tiene un impacto negativo en la calidad de vida de nuestros pacientes. Dentro de la etiología destaca el antecedente de prostatectomía radical (5%-48%) aunque también hay otras causas como la radioterapia o tras cirugía desobstructiva prostática. El esfínter urinario artificial (EsUA) constituye el gold standar para el tratamiento de pacientes con incontinencia urinaria moderada - severa.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo con datos recogidos desde Octubre de 2013 a Enero 2018. Las variables empleadas fueron: Edad, causa de la IU, radioterapia como tratamiento curativo/adyuvante, estenosis uretrocervical intervenida, PAD test precirugía, tamaño del manguito, estancia hospitalaria (días) y eficacia (< 1 compresa/día).

RESULTADOS. Se implantaron un total de 22 EsUA (21 fueron de tipo AMS 800 y uno tipo Zephyr) en 20 pacientes. La edad media fue de 71 años (30-91). La causa más frecuente de incontinencia fue la prostatectomía radical (70% casos), seguida de cirugía desobstructiva (20%), radioterapia (5%) y origen neurológico (5%). La mediana del PAD test fue 1100cc (580-2500cc). El manguito más frecuentemente empleado fue el de 4 cm (60%). La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (2-4). Entre las complicaciones destacan: 3 pacientes que presentaron una RAO tras retirada de sonda (1 de ellos precisó colocación de cistocath), 1 paciente presentó extrusión de la bomba escrotal y otros 2 infección del EsUA. Con una mediana de seguimiento de 52 meses (5-103) la eficacia del EsUA (<1 compresa/día) fue del 95% (19/20).

CONCLUSIONES. El tratamiento de la incontinencia urinaria moderada-severa en el varón mediante el empleo del EsUA es una técnica segura, efectiva y reproducible con una baja tasa de complicaciones en nuestra serie.

C-1.12 CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL AISLADA Y COMBINADA. ANÁLISIS Y RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO.

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. La cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) es un procedimiento endourológico indicado fundamentalmente para el tratamiento de litiasis de hasta 20 mm. Puede asociarse con un acceso percutáneo para el abordaje de litiasis de mayor tamaño o litiasis múltiples. El objetivo es presentar los resultados obtenidos en nuestra serie.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de 85 cirugías intrarrenales realizadas en nuestro centro entre Abril de 2013 y Junio de 2018. Las variables que se analizaron fueron: Edad, sexo, IMC, ASA, cirugía renal previa, número de litiasis, tamaño litiasis (diámetro mayor), urocultivo previo, ubicación litiásica, hemoglobina pre y postoperatoria, complicaciones Clavien-Dindo, necesidad de transfusión, estancia hospitalaria y tasa de Stone-free a los 3 meses tras la cirugía.

RESULTADOS. Se realizaron un total de 63 RIRS, 15 ECIRS y 7 Mini-ECIRS. La edad media de los pacientes fue de 52 +/-14 años (48% hombres y 52% mujeres) con un IMC de 30 +/-6. El 43% de las cirugías fueron realizadas sobre el riñón derecho, el 52.4% en riñón izquierdo y el 3.6% bilaterales. El descenso medio de hemoglobina fue de 1.19 +/- 1.88 g/dl, con una tasa de estancia hospitalaria media de 3.22+/-3.5 días. El 31.3% de las litiasis fueron menores de 1 cm, el 57.8% entre 1-2 cm, el 9.6% mayores de 2 cm y el 1.2% fueron coraliformes. La tasa de transfusión fue del 1.2% (1 paciente sometido a Mini-ECIRS). Se produjeron un total de 15 complicaciones postoperatorias: 1 caso Clavien 1, 5 casos Clavien 2 (4 casos por fiebre precisando antibioterapia y un caso que requirió transfusión) y 1 caso Clavien 3 (estenosis ureteral postoperatoria). La tasa de stone-free a los 3 meses fue del 69.4%.

CONCLUSIONES. Con los datos recogidos podemos concluir que tanto la cirugía retrógrada intrarrenal como el abordaje combinado percutáneo son procedimientos eficaces y seguros, con una tasa aceptable de stone-free y una baja tasa de complicaciones en nuestra serie.

C-1.13 TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA RECIDIVA DE TUMORES VESICALES NO MÚSCULO INFILTRANTES CON FULGURACIÓN LÁSER HOLMIO

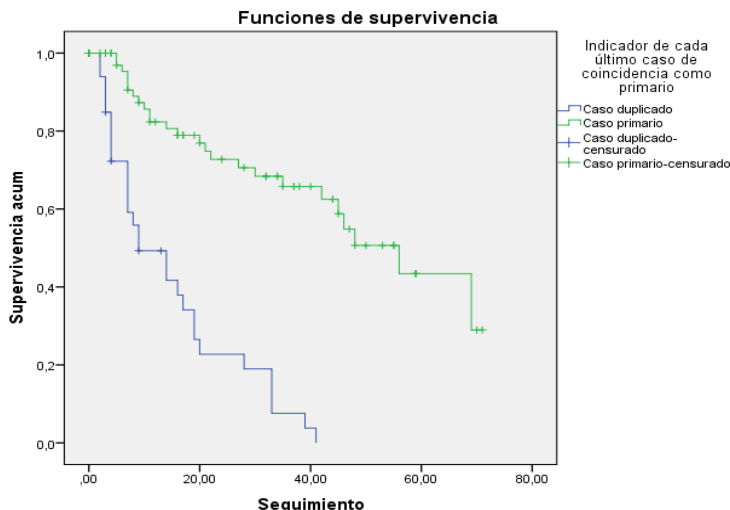
Barragán Gamero, M.; Fernández Aparicio, T.; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Rosino Sánchez, A; Cruces de Abia, F.; Romero Hoyuela, A.;Hita Villaplana, G.;
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los tumores vesicales no musculo infiltrantes presentan una elevada tasa de recurrencias y un bajo riesgo de progresión. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y seguridad de la fulguración con láser Holmio en régimen ambulatorio en tumores vesicales superficiales de bajo grado.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo, longitudinal, de cohortes (enero de 2009 hasta diciembre 2018). Se realizaron 117 procedimientos de fulguración con láser Holmio con posterior instilación de MMC en régimen ambulatorio en 83 pacientes con historia previa de recidiva de neoplasia vesical de bajo riesgo y pequeño tamaño. Se realiza un análisis descriptivo de los datos y se analiza el tiempo libre de recidiva mediante curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS. Todos los procedimientos se completaron en una única sesión y sólo un paciente precisó ingreso posterior por hematuria. El 88.7% de los pacientes presentó dolor con EVA ≤ 3. EL 90% de las fulguraciones se realizaron con láser Holmio mientras que el 12% se realizaron con electrocoagulación monopolar. El número medio de lesiones fue 2 (1-8) y el tamaño medio fue de 5 mm (2-13). Se objetivó recidiva tras el 49,5% de los procedimientos (el 51.9% de los pacientes que recidivaron fue en los primeros 12 meses). La media de seguimiento fue 20 meses. La aparición de nuevas recidivas resultó ser más temprana tras la segunda fulguración que tras la primera. El 50% de los pacientes que recidivaron tras la segunda fulguración lo hicieron a los 9 meses (IC al 95% 2-16 meses) mientras que el 50% de los pacientes que recidivaron tras la primera fulguración lo hicieron a los 56 meses (IC al 95% 39-73 meses).

CONCLUSIONES. La fulguración con láser Holmio en régimen ambulatorio seguida de instilación con MMC resulta una alternativa segura, eficaz y bien tolerada frente a la RTUv tradicional en pacientes con recidiva de neoplasia vesical superficial en tumores seleccionados.



C-1.14 TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA HBP: NUESTRA EXPERIENCIA EN ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Vilchez Costas, A.I, Molina Hernández, O; Marín Martínez, F.M; Artes Artes, E.R; Oñate Celdrán, J; Torres Roca, M(1); Sánchez Rodríguez, C; García Escudero, D; Valdelvira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Sempere Gutiérrez, A; Jiménez López, J.M; Andreu García, A; Guzmán Martínez-Valls, P.L
Hospital General Universitario Reina Sofía, (1)Servicio de Urología. Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN. La adenomectomía laparoscópica supone una técnica efectiva para el tratamiento de la HBP en próstatas de gran tamaño. El desarrollo en cirugía laparoscópica de nuestra especialidad, ha permitido ofrecer a nuestros pacientes una técnica que reproduce los pasos de la cirugía abierta con los beneficios propios de una técnica mínimamente invasiva. El objetivo con este trabajo es presentar nuestra serie de pacientes sometidos a adenomectomía laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO. Presentamos un total de 23 pacientes, intervenidos entre diciembre de 2014 y noviembre de 2018, mediante un estudio retrospectivo descriptivo que recoge las características perioperatorias. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS Statistics v.20.

RESULTADOS. Durante 47 meses, se trataron 23 pacientes con una mediana de edad de 67 años (61-89) y con una media de volumen prostático de 107,2 cc. La media de PSA preoperatorio fue de $5,45 \pm 3,8$ ng/ml siendo sometidos a BPTRE previa 7 pacientes.

	Tiempo quirúrgico	Caída Hb	Estancia postoperatoria	Tiempo de sonda
N	23	23	23	23
Mediana	180 min	2.2 g/dL	3 días	7 días

Tan sólo 4 pacientes presentaron algún tipo de complicación perioperatoria, clasificadas según la gradación de Clavien-Dindo: 1 de grado 2 (transfusión de hemoderivados por hematuria postquirúrgica, 1 de grado IIIa, 1 de grado IVa y otra de grado V (exitus por sepsis secundaria a perforación esofágica). El estudio anatomopatológico informó en todos los casos de hiperplasia prostática con un volumen medio de $54,81 \pm 34,05$ gramos. Nuestra media de seguimiento es de 6,18 meses, objetivándose una mejoría media del Qmáx de 16,76 ml/sg y manifestándose satisfechos o muy satisfechos hasta un 74% de los pacientes. Ninguno de ellos precisó tratamiento posterior.

CONCLUSIONES. La adenomectomía laparoscópica se presenta como una buena opción terapéutica para aquellas próstatas de mayor volumen. Tratándose de una técnica que aporta los beneficios de un abordaje mínimamente invasivo asociado a unos buenos resultados en términos de complicaciones, calidad de vida y funcionales. Podemos concluir que la adenomectomía laparoscópica es una técnica reproducible y segura, que precisa ser implementada por cirujanos experimentados en cirugía laparoscópica.

C-1.15 EXPERIENCIA EN EL MANEJO CON ACETATO DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CPRCM: Revisión de nuestra serie

Molina Hernández O., Vilchez Costas A.I., Marín Martínez F.M., Artés Artés M., Bobadilla Romero E.R., Torres Roca M., Oñate Celdrán J., Sánchez Rodríguez C., García Escudero D., Sempere Gutiérrez A., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Andreu García A., Jiménez López J.M., Guzmán Martínez-Valls P.L.
Servicio de Urología HGU Reina Sofía de Murcia *Servicio de Urología Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN. En los últimos años, las opciones de tratamiento para el CPRCM han aumentado considerablemente. Tanto el acetato de abiraterona (AA) como la enzalutamida (ENZ) han demostrado aumentar la supervivencia global y mejorar la calidad de vida en estos pacientes.
Objetivo: Mostrar nuestra experiencia en el manejo de pacientes con CPRCM con las nuevas terapias hormonales.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional de corte transversal en pacientes con CPRCM tratados con Acetato de Abiraterona (n=41) y Enzalutamida (n=14) con inicio desde Diciembre de 2013 y seguimiento hasta Octubre de 2018. Se recogieron datos clínicos y analíticos y los eventos acaecidos: progresión bioquímica, radiológica y supervivencia global.

RESULTADOS. Se incluyeron 55 pacientes. Tiempo de tratamiento: Mínimo de 2,33 y máximo de 50, 87 meses (DT de 11,1 meses). No se han tenido en cuenta los casos de no tolerancia del fármaco y abandono del mismo. Observamos que los pacientes que presentaron progresión fueron, según estadio clínico metastásico al inicio del tratamiento:

- Para AA: óseas 6(14,6%), ganglionares 2(4,55%), óseas+ganglionares 4(9,8%), viscerales 3(7,3%).
- Para ENZA: viscerales 4(28,6%) y óseas 2(14,3%).

	AA (=41)	ENZ (=14)
Edad Media	79,05 (60- 96)	75,07 (56- 88)
ECOG	Igualados para ECOG y ausencia de síntomas	
Gleason		
< ó = 6	5(12,2%)	2(14,3%)
7 (3+4)	6(14,6%)	2(14,3%)
7 (4+3)	4(9,8%)	4(28,6%)
8 (4+4)	7(17,1%)	1(7,1%)
9 (5+4 ó 4+5)	9(22%)	4(28,6%)
10 (5+5)	6(14,6%)	1(7,1%)
Desconocido	4(9,8%)	0
Metástasis		
óseas	23(56,1%)	2(14,3%)
ganglionares	3(7,3%)	3(21,4%)
óseas + ganglionares	10(24,4%)	2(14,3%)
viscerales	5(12,2%)	7(50%)
Evolución del PSA		
PSA al inicio	19,53ng/ml(0,72-2234)	40,15ng/ml(0,98-277)
PSA nadir	2,68ng/ml(0,0-255)	11ng/ml(0,08-381)
NO respuesta	8(19,5%)	3(21,4%)
Progresión Bioquímica	13(31,7%)	5(35,7%)
Progresión Radiológica	15(36,6%)	6(42,9%)
Supervivencia Global	23(56,1%)	7(50%)

CONCLUSIONES. Tanto el AA como la ENZA constituyen una opción segura y eficaz para el tratamiento de pacientes con CPRCm. En nuestra serie, las diferencias encontradas en los resultados entre ambos grupos podrían ser debidas a una mayor carga metastásica desde el inicio de la enfermedad en aquellos pacientes tratados con ENZA. Será necesaria mayor experiencia en tiempo y en número de pacientes para poder obtener conclusiones definitivas.

C-1.16 RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA PARA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA: Revisión de nuestra serie

*Molina Hernández O., Vílchez Costas AI., Marín Martínez FM., Artés Artés M., Bobadilla Romero ER., Oñate Celdrán J., Torres Roca M. *, Sánchez Rodríguez C., García Escudero D., Sempere Gutiérrez A., Morga Egea JP., Valdelvira Nadal P., Andreu García A., Jiménez López JM., Guzmán Martínez-Valls PL.*

*Servicio de Urología HGU Reina Sofía de Murcia *Servicio de Urología Clínica Universidad de Navarra*

INTRODUCCIÓN. La resección transuretral(RTU) de próstata continúa siendo la técnica quirúrgica endoscópica estándar en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata(HBP). Aunque el material haya cambiado sustancialmente desde su inicio y avancen nuevas técnicas, el principio básico de la RTUP sigue siendo el mismo:la eliminación del tejido de la zona de transición de la próstata y la reducción de los síntomas del tracto urinario inferior(STUI).

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos 310 pacientes intervenidos de RTUP entre enero 2011 y diciembre 2017, mediante un estudio retrospectivo observacional con el objetivo de conocer los resultados del tratamiento quirúrgico endoscópico de RTU en HBP. Recogida de datos:epidemiológicos, variables clínicas preoperatorias, duración de la intervención, volumen resecado y desarrollo de complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS.

Variables preoperatorias

	Media	DT
Edad	68,24	10,2
IMC	27,9	4,1
PSA(ng/ml)	3,73	8,8
Vol.Próstata(cc)	42,72	19
Qmáx(ml/seg)pre	8,1	2,9

		n(%)
HTA	NO	137(44,2)
	SI	173(55,8)
Diabetes	NO	236(76,1)
	Tipo1	1(0,32)
	Tipo2	73(23,6)
ASA	I	22(7,1)
	II	174(56,1)
	III	97(31,3)
	IV	16(5,2)
Biopsia	NO	267(86,1)
	POS	18(5,8)
	NEG	25(8,1)
Tacto Rectal	NO	153(49,4)
	I	20(6,5)
	II	111(35,6)
	III	25(8,1)
	IV	1(0,32)

Variables perioperatorias

	Media	DT
Duración intervención(min)	101,5	35,8
Pieza Resecada(g)	21,8	13,2
Estancia Hospitalaria(días)	3,7	1,6
Días SV	4,9	2,7
Qmáx(ml/seg)post	18,2	9,1

CLAVIEN-DINDO	FRECUENCIA	TIPO(%)
I	19	Hematuria(6,1)
	11	Orquiepididimitis(3,6)
	29	ITU(9,3)
	70	Incontinencia(22,6)
	42	RAO(13,5)
II	9	Transfusión(2,9)
III(A)	36	Dilataciones(11,6)
III(B)	3	RTUHemostática(0,97)
	22	Cervicotomía(7,1)
	15	Uretrotomía Interna(4,8)
IV(A)	0	
IV(B)	0	
V	0	

El estudio anatomopatológico reveló 8,71% de CaP incidental. Obtenemos relación estadísticamente significativa entre el volumen próstatico estimado y los gramos resecados. No hallamos correlación significativa entre los tiempos ni los gramos de resección y la aparición de complicaciones. El aumento de la estancia hospitalaria y días de sonda está correlacionado significativamente con el desarrollo de hematuria y RAO. Y, los días de sonda también con la estenosis y necesidad de dilataciones y uretrotomía interna postintervención.

CONCLUSIÓN. La RTUP es un procedimiento seguro en nuestro ámbito, con complicaciones que no difieren de las presentadas en otras series, obteniendo resultados finales satisfactorios. Se requieren de más estudios para evaluar otros aspectos ulteriores de esta intervención.

C-1.17 RELACIÓN ENTRE LA DISTANCIA PARÉNQUIMA- CÁLIZ RENAL, COMO FACTOR PREDICTOR DEL RIESGO DE SANGRADO TRAS UNA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Bobadilla Romero, E.R.; Vílchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sánchez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdivia Nadal, P.; Jiménez López, JM.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez, P.L.

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. La nefrolitotomía percutánea (NLP) es considerada como tratamiento mínimamente invasivo de elección en litiasis renales de gran tamaño u complejas. Es un procedimiento seguro no exento de complicaciones, siendo el sangrado postquirúrgico uno de las principales complicaciones de este procedimiento, requiriendo transfusión de hemoderivados hasta en un 7% de los casos.

OBJETIVO. Determinar la relación entre la distancia parénquima-cáliz renal como predictor de riesgo de sangrado tras una nefrolitotomía percutánea.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo y descriptivo realizado mediante el análisis de las historias clínicas de pacientes a quienes se le realizó NLP desde el año 2006 hasta el 2018. Se tomó como variables principales la distancia parénquima- cáliz renal. Otros datos considerados fueron edad, sexo, tamaño del cálculo y en cual riñón estaba la litiasis.

RESULTADOS. Se demostró una correlación positiva entre la disminución de la hemoglobina y la distancia parénquima-cáliz mediante el coeficiente de correlación de Pearson, sin embargo, esta relación no es estadísticamente significativa ($P > 0,05$). En las mujeres si existe una correlación estadísticamente significativa ($P < 0,005$), con Pearson de 0,535. Otras variables como la HTA, el IMC o el riñón sobre el que se realizó la NLP, no mostraron correlación con el riesgo de sangrado luego de una NLP.

CONCLUSIONES. La distancia parénquima-cáliz en las mujeres, es un factor predictor de sangrado luego de una NLP. La HTA, la DM, el IMC no se relacionan con el riesgo de sangrado tras la realización de un NLP.

C-1.18 MEATOTOMÍA MÁS INJERTO DE MUCOSA COMO TRATAMIENTO DE MEATOESTENOSIS TRAS CIRUGÍA DEL HIPOSPADIAS

Zambudio Carmona. G.A, Guirao Piñera. M.J, Rojas. J, Giménez Alexandre. C, Martínez Muñoz. R, Fernández Garay. J.C, Rull Hernández. J, Vidal Crespo. N, Aznar Martínez. L, López Cubillana. P, Martínez Gómez. G, López González. P.A, Moreno Alarcón. C, Prieto González. A, Escudero Bregante. J.F, Rigabert Montiel. M, Tornero Ruiz. J.I, Server Pastor. G, Nicolás Torralba. J.A, García Hernández. J.A, Gómez Gómez. G.A.
Hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. Entre las complicaciones a medio-largo plazo de la cirugía de hipospadias destaca la aparición e fistulas, dehiscencias de glande y meatoestenosis. Con este trabajo se pretende presentar nuestra experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico de la meatoestenosis en pacientes intervenidos de hipospadias utilizando meatotomía más injerto mucoso.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se trata de un estudio descriptivo y observacional que recoge pacientes intervenidos de hipospadias ente 2001 y 2006 que durante el seguimiento tras la cirugía presentaron meatoestenosis y fueron reintervenidos. La cirugía reconstructiva se basó en meatotomías dorsales más injertos libres de mucosa sublingual o prepucial. Realizamos análisis estadístico descriptivo y comparaciones entre valores flujométricos previos y posteriores a la intervención (SPSSv22).

RESULTADOS. De los 895 pacientes intervenidos de hipospadias en nuestro registro, 26 precisaron meatotomía con injerto libre de mucosa. La clínica predominante de meatoestenosis fue la presencia de un chorro fino en trece pacientes (50%). La estenosis se objetivó al calibrar un meato inferior a 8Fr en 15 pacientes (57,7%) y por uroflujometría alterada. La meatotomía se realizó a una edad media de 7 años (3-13 años). En 14 se utilizó mucosa sublingual y en 12 mucosa prepucial. El valor medio de flujo máximo previo a la intervención fue de 4,3ml/s con mejoría significativa a 15,2ml/s posterior a la intervención ($p=0,0002$). Tres casos de injerto sublingual tenían antecedente de injerto prepucial fallido. De los 26 pacientes, 5 precisaron nueva meatotomía con injerto (el 100% de mucosa sublingual). No se presentó ninguna complicación del área donante en los casos de mucosa sublingual. El seguimiento medio fue de 4.6 años (4 meses – 7 años). 3/26 permitían paso ajustado de sonda de 8Fr, 16/26 paso holgado de 8Fr y 7/26 paso de sonda de 10Fr. Actualmente hay 3 pacientes con dilataciones periódicas. El Qmax postoperatorio medio es de 15 ml/s.

CONCLUSIONES. La meatotomía dorsal con injerto de mucosa es una opción quirúrgica adecuada en el tratamiento de las meatoestenosis en hipospadias intervenidos. En nuestra experiencia el uso de injertos de mucosa sublingual es una técnica útil y resolutive con bajo riesgo de complicaciones y bien tolerada.

Comunicaciones. Mesa 2

C-2.1 REPERCUSIÓN EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL DE LA INVASIÓN PERINEURAL EN BIOPSIA PROSTÁTICA EN PACIENTES CON GLEASON 7

Muñoz Guillermo. V; Rosino Sánchez. A; Pardo Martínez. A; Barceló Bayonas. I; Jiménez Peralta. D; Barragán Gamero. M; Carrillo George. C; Pietricica. B.N; Izquierdo Morejón. E; Cruces de Abia. F.I; Romero Hoyuela. A; Hita Villaplana. G; Fernández Aparicio. T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los pacientes con Gleason 7 en biopsia de próstata presentan en ciertos casos controversia con respecto a la realización de una cirugía con preservación neurovascular. Este trabajo se centra en ver la relación de la invasión perineural en biopsia prostática con estadio patológico pT3, márgenes quirúrgicos afectos y afectación ganglionar en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical con resultado previo en biopsia Gleason grados ISUP 2 y 3 desde enero de 2010 hasta octubre de 2018. Las variables a estudiar son recogidas en la tabla adjunta.

RESULTADOS. Se han recogido un total de 153 pacientes cuya edad media es 64,62 años (48-75). El 53,6% de los pacientes (82 pacientes) presentan invasión perineural en la biopsia. Existe una correlación entre un estadio patológico pT3 e invasión perineural (OR=3,35 CI95% 1,63-6,6, p<0.001) en el análisis multivariante. Asimismo, también existe una asociación entre la invasión perineural y la afectación de márgenes quirúrgicos estadísticamente significativa (p<0.005).

	INVASIÓN PERINEURAL POSITIVA N=82	INVASIÓN PERINEURAL NEGATIVA N=71	P Univariante	P Multivariante
EDAD (AÑOS)	64,78 (49-75)	64,17 (48-75)	0.863	
PSA (NG/ML)	10,37 (3,12-47,2)	8,07 (2,16-18)	0.093	
PORCENTAJE DE CILINDROS	46,32 (7-100)	26,44 (6-100)	0.000	0.000
GRADO DE ISUP				
2	53 (64,63%)	53 (74,65%)	0.181	
3	29 (35,36%)	18 (25,35%)		
ESTADIO PATOLÓGICO				
PT2	40 (48,78%)	54 (76,06%)	0.001	0.003
pT3	42 (51,22%)	17 (23,94%)		
GLEASON EN PIEZA				
3+3	4 (4,87%)	3 (4,22%)	0.106	0.345
3+4	38 (46,34)	46 (64,79%)		
4+3	30 (30,58%)	18 (25,35%)		
4+4	5 (6,1%)	3 (4,22%)		
4+5	4 (4,87%)	0		
MÁRGENES QUIRÚRGICOS				
POSITIVOS	40 (48,78%)	52 (73,23%)	0.005	0.007
NEGATIVOS	42 (51,22%)	19 (26,77%)		
LINFADENECTOMÍA				
POSITIVA	6 (7,3%)	0	0.086	
NEGATIVA	49 (59,75%)	25 (35,21%)		

CONCLUSIONES. La presencia de invasión perineural en la biopsia prostática es un factor que se asocia a estadio patológico pT3 y márgenes afectados en pacientes con Gleason 7 en la biopsia. Por lo que su presencia puede ser un factor a tener en cuenta a la hora de planificar los futuros tratamientos.

C-2.2 FACTORES PRONÓSTICOS PARA DETECCIÓN DE GANGLIOS POSITIVOS EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA

Muñoz Guillermo, V; Rosino Sánchez, A; Pardo Martínez, A; Barceló Bayonas, I; Jiménez Peralta, M; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietrifica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abía, F.I; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Ver los factores pronósticos para detección de ganglios positivos en pacientes sometidos a prostatectomía radical y linfadenectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo de todas las prostatectomías radicales y linfadenectomías ampliadas realizadas desde enero de 2010 hasta octubre de 2018. Se tiene en cuenta las variables incluidas en el normograma de Briganti (PSA preoperatorio, Gleason biopsia, porcentaje de cilindros y estadio clínico), así como la invasión perineural y afectación de vesículas seminales.

RESULTADOS. Se obtienen un total de 110 linfadenectomías cuya edad media es 64,18 años (46,55-75,91). De las 110 linfadenectomías realizadas, 16 pacientes (14,5%) presentaron ganglios positivos. Presentar vesículas seminales infiltradas, invasión perineural, mayor PSA, mayor estadio clínico, mayor Gleason de la biopsia y porcentaje de cilindros es más probable la afectación ganglionar estadísticamente significativa (p<0.05). En el

análisis multivariante el porcentaje de cilindros positivos, junto con la afectación de vesículas seminales y Gleason mayoritario ≥ 4 son factores pronósticos para ganglios positivos ($p < 0.01$).

	LINFADENECTOMÍA POSITIVA (N=16)	LINFADENECTOMÍA NEGATIVA (N=94)	P
EDAD	64,11 (50,95-75,83)	64,19 (46,55-75,91)	0.96
PSA PREQUIRÚRGICO (ng/ml)	13.38 (1,25-38,4)	10.01 (1,62-47,2)	0.075
PORCENTAJE DE CILINDROS	64,92 (25-100)	44,90 (6,25-100)	0.004
INVASION PERINEURAL			
SI	15 (93,75%)	59 (62,76%)	0.02
NO	1 (6,25%)	32 (34,04)	
VESICULAS SEMINALES AFECTADAS EN BIOPSIA			
NO	11 (68,75%)	90 (95,75%)	0.000
SI	5 (31,25%)	4 (4,25%)	
GLEASON EN BIOPSIA			
3+3	1 (6,25%)	8 (8,5%)	0.003
3+4	2 (12,5%)	35 (37,23%)	
4+3	3 (18,75%)	28 (29,78%)	
4+4	4 (25%)	18 (19,14%)	
4+5	5 (31,25%)	4 (4,25%)	
ESTADIO CLÍNICO			
cT1	2 (12,5%)	38 (40,42%)	0.000
cT2	6 (37,5%)	44 (46,8%)	
cT3	8 (50%)	7 (7,4%)	
PUNTUACIÓN DE BRIGANTI	172,74 (106-251)	106,78 (43-227)	0.000
<90	0	31 (32,97%)	
90-120	1 (6,25%)	34 (36,17%)	
>120	15 (93,75%)	29 (30,85%)	

CONCLUSIONES. El nomograma de Briganti es una herramienta de utilidad, y al extrapolar con nuestros resultados se podría plantear aumentar el punto de corte para detección de ganglios positivos.

C-2.3 ¿ESTÁN RELACIONADOS EL CÁNCER DE PRÓSTATA Y EL SÍNDROME METABÓLICO?

Muñoz Guillermo, V; Rosino Sánchez, A; Barceló Bayonas, I; Pardo Martínez, A; Jiménez Peralta, M; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abia, F.I; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El síndrome metabólico es una entidad cada vez más frecuente que se encuentra relacionada en muchas ocasiones con otras enfermedades y, asimismo, a un estado inflamatorio. En este trabajo se pretende ver la asociación con la prevalencia de cáncer de próstata, así como su agresividad.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio retrospectivo de las primeras biopsias de próstatas realizadas desde enero de 2016 hasta octubre de 2018. Se han recogido las siguientes variables: Gleason, PSA, porcentaje de cilindros, invasión perineural y presencia de tacto rectal positivo. Además, se recogen los datos clínicos y la presencia de criterios de síndrome metabólico: índice de masa corporal (IMC), edad, diagnóstico de hipertensión (HTA), diabetes mellitus (DM), bajo nivel de colesterol-HDL (menor de 40mg/dl) e hipertrigliceridemia (TG mayor o igual a 150mg/dl).

RESULTADOS. Se han analizado un total de 274 biopsias siendo 175 (64,1%) positivas para adenocarcinoma de próstata. La edad media es 67,37 años (46-86). Se ha observado una mayor hipertrigliceridemia (OR=2,92 CI 95%=1,72-4,95, $p < 0.001$) y diabetes en pacientes con biopsias positivas, corregidos según edad e IMC. Se ha evidenciado una mayor hipertrigliceridemia en pacientes con mayor Gleason, mayor porcentaje de cilindros positivos e invasión perineural, presentando una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) en el análisis multivariante.

	BIOPSIA POSITIVA N=175	BIOPSIA NEGATIVA N= 99	P
EDAD	68.85 (47.82-86.97)	64,74 (46,16-82.75)	0.05
PSA (ng/ml)	29,68 (1.7-622). MEDIANA: 8.24	8.88 (0.26-88) MEDIANA: 6.7	0.012
PSA L/T	13.4 (1-50)	15.32 (5-43)	0.096
IMC (kg/m2)	27.62 (17.36-40.01)	27.72 (14.06-36.49)	0.81
HTA			0.005
SI	115 (65,71%)	47 (47,47%)	
NO	60 (34,29%)	52 (52,53%)	
DM			0.016
SI	49 (28%)	15 (15,15%)	
NO	126 (72%)	84 (84,84%)	
HDL <40mg/dl			0.056
SI	40 (22,85%)	14 (14,14%)	
NO	132 (77,15%)	83 (85,86%)	
TG ≥150MG/DL			0.000
SI	96 (54,86%)	29 (29,3%)	
NO	78 (45,14%)	70 (70,7%)	

CONCLUSIONES. La presencia de hipertrigliceridemia y diabetes mellitus son factores más frecuentes en pacientes con biopsias positivas y con mayor agresividad tumoral en pacientes con adenocarcinoma de próstata.

C-2.4 RESULTADOS A MEDIO PLAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL Y LINFADENECTOMÍA

Muñoz Guillermo, V; Rosino Sánchez, A; Pardo Martínez, A; Barceló Bayonas, I; Jiménez Peralta, M; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C, Pietrónica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abia, F.I; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Ver la evolución de los pacientes sometidos a prostatectomía radical y linfadenectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo en el que se analizan todos los pacientes que han sido sometidos a prostatectomía radical y linfadenectomía desde enero de 2010 hasta octubre de 2018. Se tienen en cuenta las variables preoperatorias relacionadas con la afectación ganglionar (PSA preoperatorio, porcentaje de cilindros, Gleason biopsia, estadio clínico), variables operatorias (Gleason de pieza quirúrgica, estadio patológico, márgenes quirúrgicos, número de ganglios y presencia de ganglios positivos), y además evolución posterior (necesidad de radioterapia, terapia de deprivación androgénica y recidiva bioquímica).

RESULTADOS. la edad media de los pacientes es 64,18 años (46,55-75,91). De las 110 linfadenectomías, 16 pacientes (14,5%) presentaron ganglios positivos. Los pacientes con ganglios positivos presentaban una menor tasa de PSA indetectable tras la cirugía y mayor necesidad de radioterapia estadísticamente significativa ($p < 0.05$), pero no se objetivó mayor recidiva bioquímica posterior. La mediana de seguimiento es de 27,7 meses y no se registra ninguna muerte cáncer específica.

LINFADENECTOMÍA POSITIVA	TOTAL	PSA detectable	PSA indetectable
NÚMERO DE PACIENTES	16	8 (50%)	8 (50%)
EDAD (X)	64,11 (50,95-75,83)	62,63 (51-70)	67,05 (61-75)
PSA PREQUIRÚRGICO (ng/ml)	13.38 (1,25-38,4)	16,98 (6-38)	9,77 (1,25-22)
NÚMERO DE GANGLIOS EXTRAÍDOS	21,81 (8-38)	21,85 (8-38)	22,37 (11-34)
RADIOTERAPIA			
NO	6 (37,5%)	2 (25%)	4 (50%)
ADYUVANTE	10 (62,5%)	6 (75%)	4 (50%)
RESCATE	0		
GLEASON PIEZA			
3+4	1 (6,25%)	0	1 (12,5%)
4+3	4 (25%)	4 (50%)	0

4+4	4 (25%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
4+5	6 (37,5%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)
MÁRGENES LIBRES			
SI	6 (37,5%)	3 (37,5%)	3 (37,5%)
NO	10 (62,5%)	5 (62,5%)	5 (62,5%)
ESTADIO PATOLÓGICO			
PT3A	4 (25%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
PT3B	11 (68,75%)	6 (75%)	5 (62,5%)
PT4	1 (6,25%)	1 (12,5%)	0
RECIDIVA BIOQUÍMICA			
SI	5 (31,25%)	1 (12,5%)	3 (37,5%)
NO	11 (68,75%)	6 (75%)	5 (62,5%)
TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA	5 pacientes (31,25%)	3 (37,5%)	2 (25%)

CONCLUSIONES. En nuestra serie, el 50% de los pacientes con ganglios positivos presentan PSA indetectable tras la cirugía, y la asociación con un tratamiento multimodal no presenta repercusión en la recidiva bioquímica.

C-2.5 PREDICTORES DE MORBIMORTALIDAD EN CISTECTOMÍAS RADICALES

Marín Martínez, FM., Vilchez Costas, Al., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Romero Bobadilla, ER., Oñate Celdrán, J., García Escudero, D., Sanchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López JM., Guzmán Martínez- Valls, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. A pesar de las mejoras en las técnicas quirúrgicas y el cuidado perioperatorio en las cistectomías radicales, se ha informado una alta incidencia de complicaciones y mortalidad.

OBJETIVO. Evaluar la asociación del Índice de Charlson y escalas de riesgo quirúrgico con la morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo, febrero 2006 - septiembre 2018. Total de 138 pacientes consecutivos intervenidos de cistectomía radical, se registraron y catalogaron escalas de riesgo quirúrgico (SRS), índice de Charlson, complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo modificada y la mortalidad postoperatoria. Estadísticos utilizados: Complicaciones (Prueba T), Mortalidad (Regresión de Cox), Correlación Pearson (Clavien/SRS).

RESULTADOS

Descriptivo

Característica		N	Media (Desviación típica)	%
Edad		138	65,56(9,83)	
IMC		133	27,1(4,6)	
Derivación	Cutánea	3		2,2
	Conducto ileal	112		81,2
	Neovejiga	22		15,9
Estancia hospitalaria		137	22,10 (20,93)	
SRS		138	9,49 (0,79)	
Charlson		138	5,08(1,58)	
Complicaciones		138		76,09

Característica		N	Media (Desviación típica)	%
Clavien	I	12		8,7
	II	34		24,64
	III	27		19,57
	IV	18		13,04
Éxito Postoperatorio		12		8,7

La media de edad del grupo que no presentó complicaciones (62,44) fue menor que la media de edad del grupo que presentó complicaciones (66,64), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,033$). También encontramos diferencias significativas ($p=0,029$) entre las medias de puntuación del Charlson en el grupo que no presentó complicaciones (4,56) y el que sí presentó (5,26). La SRS se asocia 2,57 veces más a mortalidad de forma estadísticamente significativa ($p=0,001$). Al evaluar la correlación de la escala SRS con el Clavien obtuvimos una correlación lineal positiva (0,233) estadísticamente significativa ($p=0,006$).

En nuestro medio los pacientes intervenidos de cistectomía radical presentan alto riesgo quirúrgico. Ésta sigue siendo una terapéutica con alta morbimortalidad. Debemos tener en cuenta la relación de la edad y el índice de Charlson con las complicaciones y el SRS con la mortalidad perioperatoria.

C-2.6 OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO Y METASTÁSICO PARA BIOBANCO

Jiménez Peralta, D, Rosino Sanchez, A, González-Billalabeitia E, Tudela Pallares, J, Martínez, A, Barceló Bayonas, I, Pardo Martínez, A, Muñoz Guillermo, V, Barragan Gamero, M, Carrillo G, Carlos, Fernández Aparicio, T
Hospital Morales Meseguer

OBJETIVO. Descripción de los protocolos de recogida de muestras de tumores primarios de cáncer de próstata (CaP) localmente avanzado y metastásico, para su almacenamiento en biobanco.

MATERIAL Y MÉTODO. Obtención de muestras de tumor primario de CaP localizado y tumores metastásicos, mediante la implantación de un circuito multidisciplinar e integrado de recogida de muestras en el Hospital Morales Meseguer con la implicación de los servicios de urología, oncología, anatomía patológica y biobanco del hospital. Protocolo tumor localmente avanzado: previo a la intervención se toman muestras de sangre y orina para su procesamiento y posterior recolección de alícuotas que se almacenan. Se toman 8 cilindros de tejido (4 de lóbulo izquierdo y 4 del derecho) que se seccionan por el eje sagital; una mitad para estudio histológico convencional, y la otra mitad se congela para almacenaje en biobanco. Protocolo tumor metastásico: toma de 2 muestras del tumor primario al momento del diagnóstico; una para su estudio histológico (fijada en hematoxilina-eosina) y otra para almacenaje en biobanco (fijada en suero fisiológico).

RESULTADOS. Desde enero 2017 a octubre 2018, se han obtenido muestras de 52 pacientes con CaP localizado, 56% tumores localizados (pT2) y 44% localmente avanzados (pT3). Según la clasificación Gleason, el 10% de las muestras obtenidas corresponden a Gleason 6, 69% Gleason 7, 10% Gleason 8 y 3 muestras Gleason 9. Se obtuvo muestra de tumor en al menos 1 cilindro en el 90% de los casos. Tras la puesta en marcha del protocolo de tumores metastásicos en junio 2018, se han obtenido muestras de 6 pacientes (5 con metástasis óseas -M1b- y 1 paciente con metástasis viscerales -M1c-).

CONCLUSIONES. Por medio de un adecuado circuito de recolección de muestras y un minucioso protocolo de análisis anatomopatológico, es factible la obtención de muestras de tumores primarios para biobanco de cáncer de próstata localizado, así como de enfermedad metastásica.

C-2.7 PERSISTENCIA DE PSA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL: FACTORES PREDICTIVOS Y EVOLUCIÓN

Pardo Martínez, A; Rosino Sánchez, A; Muñoz Guillermo, V; Barceló Bayonas, I; Jiménez Peralta, D; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abia, F; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: la persistencia de PSA tras prostatectomía radical (PR) es un factor de riesgo para la recaída bioquímica. Analizamos que factores quirúrgicos se asocian a persistencia de PSA y cómo influye ésta en la evolución de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes intervenidos de prostatectomía radical en nuestro centro entre enero 2010 y octubre 2018. Se establecen dos grupos: Grupo 1: negativización PSA postPR (PSA <0.04 ng/ml) y Grupo 2: no negativización PSA postPR (PSA>0.04ng/ml).

RESULTADOS: 464 pacientes son válidos para este estudio. Se analiza el nivel de PSA prequirúrgico y las siguientes variables de la pieza quirúrgica: grado ISUP, márgenes, enfermedad extraprostática, afectación de vesículas seminales (VVSS) y afectación ganglionar.

	Grupo 1 (N=425; 91,6%)	Grupo 2 (N=39; 8,4%)	Univariante	Multivariante
PSA inicial	10.9	11,7	NS	NS
ISUP				
1	38,5% (93%)	31,6% (7%)	0.002	NS
2	41% (95%)	23,7% (5%)		
3	13,4% (86,2%)	23,7% (13,8%)		
5	4,3% (85,7%)	8% (14,3%)		
5	3% (70,6%)	13% (29,4%)		
Márgenes +	31% (84%)	64% (16%)	0.000	0.002
T3	26% (83,4%)	56% (16,6%)	0.000	NS (0.056)
Afectación VVSS	4,5% (70%)	20,5% (30%)	0.001	NS
Afectación ganglionar				
X	73,4% (91%)	51,3 (9%)	0.000	0.003
0	24,5% (50%)	25,7% (50%)		
1	2,1% (94%)	23% (6%)		

Porcentaje en negrita: porcentaje intra-grupo // Porcentaje entre paréntesis: porcentaje intra-variable (suma 100%).

El tiempo de seguimiento medio es de 53 meses (1-106). En el grupo 2 el 82% de los pacientes han recibido radioterapia frente al 12,5% del grupo 1 (p 0.000). Presentan recidiva bioquímica (PSA >0.2 ng/ml) el 46% de los pacientes del grupo 2 frente al 12% de los del grupo 1 (p 0.000). No encontramos diferencias en el tiempo medio desde la cirugía hasta la recidiva bioquímica (29 meses en el grupo 1 y 26 meses en el grupo 2).

CONCLUSIÓN: márgenes positivos y afectación ganglionar se asocian a persistencia de PSA tras la cirugía, que a su vez se asocia a mayor probabilidad de recidiva bioquímica a pesar de un manejo multimodal con radioterapia.

C-2.8 FACTORES PREDICTIVOS PREQUIRÚRGICOS DE AFECTACIÓN EXTRAPROSTÁTICA EN LA PIEZA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL

*Pardo Martínez, A; Rosino Sánchez, A; Muñoz Guillermo, V; Barceló Bayonas, I; Jiménez Peralta, D; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Piétrica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abia, F; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: en el cáncer de próstata, disponemos de nomogramas que nos permiten estimar el riesgo de presentar enfermedad extraprostática en función del PSA, Gleason y estadio clínico. El objetivo de este trabajo es buscar que otras variables nos pueden ayudar a predecir la presencia de enfermedad extraprostática en la pieza de prostatectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes con cáncer de próstata tratados con prostatectomía radical en el periodo comprendido entre el 1 enero 2010 y 31 octubre 2018.

RESULTADOS: son válidos 478 pacientes para este estudio. La edad media fue de 64 años (44-79). Se analizan las siguientes variables prequirúrgicas: PSA, dPSA, tacto rectal, grado ISUP, invasión perineural, porcentaje de cilindros afectados, afectación máxima de cilindro y porcentaje tumoral de la biopsia con aguja.

	Total (N=478)	T3 (N=138; 29%)	T2 (N=340; 71%)	Uni- variante P	Multi- variante P
PSA PREQUIRÚRGICO (x)	10,9	11,3	10	NS	NS
dPSA (x)	0.3	0.3	0.3	NS	NS
TACTO RECTAL +	26,6%	51,4% (58%)	16% (42%)	0.000	0.031
ISUP (biopsia con aguja)					
1	57%	30% (15,3%)	67% (84,7%)		
2	23%	26% (32%)	22,6% (68%)		
3	10,5%	19% (53,2%)	7% (46,8%)	0.000	NS
4	6%	16% (80,8%)	1,5% (19,2%)		
5	3,5%	9% (69%)	1,5% (31%)		
INVASIÓN PERINEURAL +	35%	65% (58,5%)	21,5% (41,5%)	0.000	0.014
% CILINDROS AFECTOS (x)	28,8%	44,7%	21,5%	0.000	0.002
AFECTACIÓN MÁXIMA (x)	8,3%	13,7mm	5,5mm	0.000	NS
% VOLUMEN TUMORAL (x)	12%	21%	7,7%	0.000	NS

Porcentaje en negrita: porcentaje intra-grupo. // Porcentaje entre paréntesis: porcentaje intra-variable (suma 100%).

Mediante curva ROC establecemos punto de corte en 25% de cilindros afectados (S 08 y E 0.75). Ante $\geq 25\%$ de cilindros afectados el riesgo de tener enfermedad extraprostática es 10 veces mayor (OR 10,2 (6-17,4)), ante tacto rectal positivo el riesgo es 5 veces mayor (OR 5,5 (3,4- 9)) y ante la presencia de invasión perineural el riesgo es 7 veces mayor (OR 6,8 (4,2- 11)).

CONCLUSIÓN: el tacto rectal positivo, la presencia de invasión perineural y un porcentaje de cilindros afectados $\geq 25\%$ se asocia a mayor riesgo de presentar enfermedad extraprostática en la pieza de prostatectomía.

C-2.9 EVALUACIÓN ONCOLÓGICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DESOBLUCTIVA DE PRÓSTATA

Rull Hernández J.; Moreno Alarcón C.; Fernández Garay J. C.; Martínez Muñoz R.; Vidal Crespo N.; Aznar Martínez L.; López González P. A.; Martínez Gómez G.; Escudero Bregante F.; Tornero Ruiz J.; Rigabert Montiel M.; López Cubillana P.; Prieto González A.; Nicolás Torralba J. A.; Server Pastor G.; García Hernández J. A.; Gómez Gómez G. A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. La obstrucción infravesical por hiperplasia benigna de próstata es una de las patologías más comunes a las que se enfrenta el urólogo, acabando en muchas de las ocasiones en cirugía. En la actualidad disponemos un amplio abanico de técnicas quirúrgicas, tanto por vía endoscópica transuretral como abierta, con tasas de detección de cáncer de próstata incidental (CAPI) no desdeñables. El objetivo de nuestro estudio es comparar los resultados oncológicos en pacientes sometidos a RTU de próstata, enucleación con láser Holmium y adenomectomías.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio retrospectivo incluyendo a un total de 200 pacientes sometidos a cirugía desobstructiva de próstata (RTU:59, HoLEP:82 y adenomectomía:59) entre 2013-2018. Analizamos variables como PSA total, densidad de PSA, biopsia de próstata y volumen de próstata previos a la intervención, volumen de tejido resecaado y resultados histopatológicos. Usamos el test Chi-cuadrado y el test del análisis de la varianza ANOVA para el análisis univariante y el modelo de regresión logística con el fin de identificar predictores independientes de CAPI.

RESULTADOS. La incidencia de CAPI global fue del 14% (RTU:12,1%, HoLEP:15,9% y adenomectomías:13,6%), sin encontrar diferencias significativas ($p=0,810$). Además el 60,7% se trataba de un CAP de bajo riesgo (Gleason 6(3+3)) y la mayoría se manejaron de forma conservadora (67,8% VA o W-W). Los pacientes intervenidos mediante adenomectomía tenían volúmenes prostáticos mayores que los sometidos a HoLEP y RTU (mediana de 88, 67 y 43cc respectivamente; $p=0,001$) y también fue mayor el volumen de tejido resecaado (mediana de 72, 53 y 11,5g respectivamente; $p=0,001$). Para el resto de variables las diferencias encontradas no fueron estadísticamente

significativas. En el análisis multivariante, identificamos la edad del paciente (OR 1,07; IC 95% 1,01-1,13, p=0,019) como predictor independiente para CAPI.

CONCLUSIÓN. En nuestro centro, la elección de la técnica quirúrgica (RTU, HoLEP, adenomectomía) no influye en la detección de CAPI. La mayoría de los CAPI hallados son de buen pronóstico y no requieren actitudes terapéuticas invasivas. La probabilidad de detectar CAPI es directamente proporcional a la edad del paciente.

C-2.10 EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PREDICTORES DE EVISCERACIÓN TRAS CISTECTOMÍA RADICAL

Vidal Crespo, N; Lopez González, PA; Fernández Garay, JC; Martínez Muñoz, R; Rull Hernández, J; Aznar Martínez, L; Escudero Bregante JF; García Hernández, JA; Lopez Cubillana, P; Martínez Gómez, G; Moreno Alarcón, C; Nicolás Torralba, JA; Prieto González, A; Rigabert Montiel, M; Server Pastor, G; Tornero Ruiz, JI; Gómez Gómez, GA

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La cistectomía radical es el método de elección para tratamiento del cáncer vesical músculo-invasivo. Se trata de una intervención no exenta de complicaciones, con tasas de morbilidad de hasta un 67% según las series. Entre las complicaciones, se encuentra la evisceración de la herida quirúrgica. Es una complicación importante que por lo general requiere de reintervención. El objetivo de este trabajo es valorar la incidencia y factores de riesgo de evisceración en pacientes sometidos a cistectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio retrospectivo de las cistectomías realizadas en el HCUVA desde el año 2013 hasta Mayo del 2018. Se realizó la estratificación de los datos en función de la presencia o no de evisceración, y análisis estadístico para identificar la presencia de factores de riesgo que puedan predecir la aparición del evento. Se realizó también un análisis de supervivencia de la muestra.

RESULTADOS. Se analizaron un total de 100 pacientes. En el análisis de supervivencia se encontró una SG del 31,1% y una SCE del 50,9% a los 5 años. Los factores que afectaron de forma significativa a la supervivencia fueron la T del tumor, la afectación ganglionar, la afectación de márgenes quirúrgicos y el uso de neoadyuvancia. Un 11% de los pacientes presentaron cuadro de evisceración. Se realizó un análisis univariante de los posibles factores de riesgo asociados a este evento. Se utilizó la T de Student para el análisis de las variables cuantitativas, siendo significativo el tiempo de inicio de tolerancia (2,65 días en evisceración; 4,49 días sin evisceración) y el cociente neutrófilos/linfocitos (8,15 en evisceración; 5,52 en no evisceración). Para las variables cualitativas se utilizó el test Chi Cuadrado, obteniendo resultados significativos para infección de la herida quirúrgica (60% en evisceración, 17,5% sin evisceración).

CONCLUSIONES. Los resultados de este estudio muestran determinadas variables que afectan significativamente a la incidencia de evisceraciones postquirúrgicas, y que podrían ayudar a predecir qué pacientes están en mayor riesgo de presentar esta complicación con el objetivo de disminuir su incidencia.

C-2.11 FACTORES PREDICTORES PREQUIRÚRGICOS DE INVASIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES EN LA PIEZA DE PROSTATECTOMÍA

Jiménez Peralta, D; Pardo Martínez, A; Rosino Sánchez, A; Muñoz Guillermo, V; Barceló Bayonas, I; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abia, F; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: la invasión de vesículas seminales en pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer de próstata es un factor de riesgo para la recaída. El objetivo de este trabajo es analizar qué factores prequirúrgicos nos pueden ayudar a predecir la invasión de vesículas seminales en la pieza de prostatectomía radical en pacientes con cáncer de próstata.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes con cáncer de próstata tratados con prostatectomía radical en el periodo comprendido entre el 1 enero 2010 y 31 octubre 2018.

RESULTADOS: son válidos 478 pacientes para este estudio. La edad media fue de 64 años (44-79). Se analizan las siguientes variables prequirúrgicas: PSA, dPSA, tacto rectal, grado ISUP, invasión perineural, porcentaje de cilindros afectados, afectación máxima de cilindro y porcentaje tumoral de la biopsia con aguja.

	Total	T3b	≤T3a	Uni- variante P	Multi- variante P
N (%)	478 (100%)	30 (6,3%)	448 (93,7%)		
PSA PREQUIRÚRGICO (x)	10,9	13,1	10,7	<i>NS</i>	<i>NS</i>
dPSA (x)	0,3	0,38	0,3	<i>NS</i>	<i>NS</i>
TACTO RECTAL +/-% del total positivo en base	26,6%	65,5%/41,3% (19%/28%)	23%/9% (81%/72%)	0.000	NS
ISUP				0.000	NS
1	57%	10,3% (1%)	60% (99%)		
2	23%	17% (5%)	24% (95%)		
3	10,5%	20,7% (13%)	10% (87%)		
4	6%	41,4% (46%)	3,3% (54%)		
5	3,5%	10,3% (19%)	3% (81%)		
INVASIÓN PERINEURAL +	35%	80% (18%)	31,5 (82%)	0.000	NS
% CILINDROS AFECTOS (x)	28,8%	61%	26%	0.003	NS
AFECTACIÓN MÁXIMA (x)	8,3%	18mm	7,4mm	<i>NS</i>	<i>NS</i>
% VOLUMEN TUMORAL (x)	12%	32%	10,3%	0.003	0.000

Al realizar el análisis multivariante, sólo el porcentaje tumoral se correlaciona con la invasión de vesículas seminales. Mediante curva ROC establecemos el punto de corte en 15% (S 0.88 y E 0.8). Ante un volumen tumoral > 15% el riesgo de tener afectación de vesículas seminales es 23 veces mayor que en aquellos cuyo volumen tumoral es ≤15% en la biopsia con aguja (OR 23,5 (6,8-80,7)).

CONCLUSIÓN: en nuestra serie, un volumen tumoral > 15% en la biopsia con aguja es un factor predictor de invasión de vesículas seminales en la pieza de prostatectomía radical.

C-2.12 QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN HCUVA. ANÁLISIS DE RESULTADOS

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. A pesar de los avances en la técnica de la cistectomía radical en los últimos años, no se ha conseguido aumentar la supervivencia en tumores vesicales musculoinvasivos (TVMI). Estos tumores deben ser tratados en comité multidisciplinar, para valorar la opción de la quimioterapia neoadyuvante, que ha demostrado impacto en la supervivencia global (5-8%) a los 5 años.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de pacientes sometidos a cistectomía radical por tumor vesical músculo-invasivo entre Enero de 2010 y Octubre de 2018 y cuáles de ellos habían recibido previamente quimioterapia neoadyuvante. Realizamos análisis de supervivencia con Kaplan-Meier y comparación de curvas con Log-Rank.

RESULTADOS. Un total de 16 pacientes (12 hombres y 4 mujeres, con una media de edad de 61 años) recibieron quimioterapia neoadyuvante. Se emplearon distintos esquemas de quimioterapia, siendo la más comunes cisplatino/carboplatino + gemcitabina. Del total de pacientes, 8 presentaron una respuesta completa tras QT (3 pacientes: TONOMO, 3 pacientes: Tis NOMO, 2 pacientes T1G3NOMO), 1 presentó respuesta parcial (T2 N0), 5 no presentaron respuesta y no se dispone del resultado de AP en 2 pacientes. En todos los casos se realizó cistectomía radical en los 3 primeros meses tras finalizar la QT neoadyuvante. En el análisis de Kaplan Meier, en lo que respecta a la supervivencia global a los 5 años: Sin neoadyuvancia/Con neoadyuvancia: 24.4%/66.77% (p: 0.028), mientras que en la supervivencia cáncer específica: Sin neoadyuvancia/Con neoadyuvancia: 48.6%/66.7% (p: 0.197).

CONCLUSIONES. Es precisa una adecuada coordinación mediante un comité multidisciplinar para seleccionar aquellos pacientes que puedan beneficiarse de tratamiento previo a la cirugía radical. A pesar del bajo número de pacientes en nuestra serie, el empleo de quimioterapia neoadyuvante se tradujo en un impacto significativo en la supervivencia global.

C-2.13 NUEVOS HORIZONTES EN CÁNCER DE PRÓSTATA

Martínez Gómez, G., Gómez Carrillo, J., Prieto González, A.
Asociación ANCAP

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El cáncer de próstata (CaP) es el más frecuente en el varón en nuestro país. En los últimos años la incidencia ha aumentado detectándose unos 25.000 casos nuevos al año. El CaP no está respaldado por asociaciones a diferencia de otros cánceres como el de mama, leucemia, colon, etc. Es por ello por lo que en el año 2018 se crea la Asociación Cáncer de Próstata (ANCAP). El objetivo es presentar el proyecto ANCAP y valorar la satisfacción a corto plazo de los pacientes que la componen.

MATERIAL Y MÉTODOS: Metodología cualitativa, descriptivo, observacional. Criterios de selección: varones mayores de 45 años diagnóstico de CaP. Entrevista clínica estructurada, valorando los siguientes ítems: satisfacción (información recibida pre y post diagnóstico, tratamiento, atención del personal sanitario), calidad de vida (disfunción sexual e incontinencia urinaria), y valoración usabilidad de la participación en ANCAP. Lugar de realización: Asociación de Cáncer de Próstata ANCAP.

RESULTADOS: Tamaño muestral: 40 pacientes. Mediana de edad: 59 años.
Cumplimentación de la encuesta: 100%
Satisfacción con la información recibida pre-diagnóstico: 90% en desacuerdo.
Satisfacción con la información recibida post diagnóstico: 30% en desacuerdo.
Satisfacción con la atención durante el diagnóstico: 40% en acuerdo y 60% en desacuerdo.
Satisfacción del tratamiento: 80% en acuerdo y 20% en desacuerdo.
Calidad de vida tras el tratamiento: muy buena 10%, buena 20%, regular 30%, mala 30%, muy mala 10%.
Valoración de la asociación: 95% satisfechos de pertenecer a la asociación.

CONCLUSIONES: La calidad de vida tras el diagnóstico y tratamiento todavía sigue siendo un reto pues la mayoría de ellos refleja tener una calidad de vida regular, mala o muy mala. Se observa la necesidad de campañas de información sobre el cáncer de próstata. La participación en la asociación de forma activa aporta a los pacientes un sentimiento de pertinencia a un grupo que mejora positivamente su actitud frente a la enfermedad.

C-2.14 TRATAMIENTO DEL CPRCM EN EL VARÓN AÑOSO: PERFIL DE TOLERABILIDAD Y EFECTOS ADVERSOS DE NUESTRA SERIE

Vilchez Costas, A.I; Molina Hernández, O; Marín Martínez, F.M; Artés Artés, M; Bobadilla Romero, E.R; Oñate Celdrán, J; Torres Roca, M(1); Sánchez Rodríguez, C; García Escudero, D; Valdevira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Sempere Gutiérrez, A; Jiménez López, j.m; Andreu García, A; Guzmán Martínez-Valls, P.L
Hospital General Universitario Reina Sofía, (1)Servicio de Urología. Clínica Universidad de Navarra

INTRODUCCIÓN. En la actualidad, los grandes avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento del cáncer de próstata nos han llevado al tratamiento de pacientes de edad más avanzada. En el caso de los pacientes CPRCM beneficiarios de los nuevos tratamientos hormonales, se discute su tolerabilidad en pacientes añosos. El objetivo del presente trabajo es evaluar, en nuestra serie, la existencia de posibles diferencias en la tolerabilidad a Acetato de Abiraterona (AA) y Enzalutamida en varones de edad avanzada.

MATERIAL Y MÉTODO. Realizamos una revisión retrospectiva de los pacientes tratados con AA y/o Enzalutamida en nuestro Centro, entre Diciembre de 2013-Octubre de 2018. Evaluándose datos concernientes a edad, comorbilidades, así como tolerabilidad al tratamiento. Estratificamos a la población en dos grupos: menores y mayores de 75 años al inicio del tratamiento. Para el contraste de hipótesis se utilizaron las pruebas T de Student y chi-cuadrado, utilizando el programa estadístico SPSS Statistics v.20.

RESULTADOS. Incluimos un total de 50 pacientes. Tiempo de tratamiento comprendido entre 2,33 y 50,87 meses.

	< 75	≥ 75
MEDIANA EDAD	70	83
	Rango: 56-74	Rango: 75-96
%	32.73%	67.27%

	n Ttos AA	n Ttos ENZ
≥75	31	9
<75	11	5

ABIRATERONA	<75	≥75	Valor chi-cuadrado	p
Ev. óseos	5	3	5,302	0,021
Ev. CV	1	1	0,437	0,509
Ev. SNC	0	1	0,424	0,515
HTA	0	2	0,870	0,351
Fatiga	0	4	1,834	0,176
Edemas	2	3	0,317	0,574
Diarrea	0	0	-	-

ENZALUTAMIDA	<75	≥75	Valor chi-cuadrado	P
Ev. óseos	0	4	4,958	0,026
Ev. CV	0	0	-	-
Ev. SNC	1	0	2,385	0,303
HTA	1	0	2,385	0,303
Fatiga	3	5	0,008	0,928
Edemas	0	1	0,677	0,411
Diarrea	1	0	1,733	0,188

Se objetiva un incremento del número de eventos óseos en pacientes de edad avanzada tratados con Enzalutamida con respecto a pacientes de menor edad. Sin objetivarse diferencias estadísticamente significativas en el resto de parámetros evaluados.

CONCLUSIONES. Podemos concluir que las nuevas terapias hormonales son seguras en pacientes añosos. Si bien, el manejo de estos fármacos en este subgrupo requiere un seguimiento más estrecho.

Vídeos

V-1 RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO CUTÁNEO TRAS PENECTOMÍA PARCIAL

Muñoz Guillermo, V; Rosino Sánchez, A; Pérez Suárez, B; Rivero Guerra, A; Barceló Bayonas, I; Pardo Martínez, A; Jiménez Peralta, D; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Cruces de Abia, F.I; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Varón de 58 años diagnosticado de hipertensión y diabetes no insulino dependiente. El paciente consulta por lesión ulcerada de varios meses de evolución en glande. En la exploración no se palpan adenopatías inguinales.

MATERIAL Y MÉTODOS. Ante la sospecha de lesión neoplásica, se realiza biopsia preoperatoria de la lesión tomando como muestra la zona ulcerada y el borde de la lesión. El diagnóstico anatomopatológico nos confirma carcinoma epidermoide que infiltra corión y es pobremente diferenciado (pT1G3), asimismo el borde de la lesión se encuentra libre de infiltración neoplásica.

RESULTADOS. Tras consenso con el paciente, se decide penectomía parcial y posible reconstrucción con injerto cutáneo. Del mismo modo, con respecto al manejo ganglionar, se realiza biopsia de ganglio centinela frente a linfadenectomía inguinal o vigilancia. Durante la intervención, se realiza extirpación de ganglio centinela. Posteriormente tras la disección del pene, se toma una biopsia intraoperatoria del cuerpo cavernoso más cercano al tumor, el cual se encuentra libre de infiltración neoplásica.

CONCLUSIONES. Tras conocer el resultado intraoperatorio, se procede a la penectomía parcial y posterior reconstrucción con injerto cutáneo del cuello. Se realiza la formación de un nuevo meato uretral y surco peneano con anclaje posterior del injerto mallado.

V-2 PIELOLITECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA CÁLCULOS DE GRAN TAMAÑO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Barceló Bayonas, I; Pietricica, B.N; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Cascales Pérez, M. L; Jiménez Peralta, D; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Izquierdo Morejón, E; Rosino Sánchez, A; Romero Hoyuela, A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: La nefrolitotomía percutánea es el gold standard para litiasis de gran tamaño, sin embargo, la cirugía laparoscópica permite la resolución completa en un único procedimiento y revisión anatómica ante posibilidad de pieloplastia asociada.

OBJETIVOS: Descripción de la técnica laparoscópica mediante un caso clínico.

PACIENTE Y MÉTODO: Paciente de 60 años con litiasis de 38 mm x 50 mm que ocupa la pelvis renal. Se decide Pielolitotomía Laparoscópica y revisión de pelvis. Mediante decúbito lateral derecho se coloca trócar óptico de 10 mm junto con 3 trocares de 5 mm en posición habitual de nefrectomía. Liberación de parietocólico, identificación de uréter izquierdo, disección proximal del mismo y liberación de pelvis renal dificultosa por intensa fibrosis. Ausencia de vasos polares evidentes. Sección de la UPU longitudinal en v y extracción de gran litiasis. Antes de la anastomosis se explora y lava la pelvis renal, sin identificar otras litiasis ni estenosis ureteral. Sutura mediante Vloc 3.0, previa colocación de catéter ureteral 6/28. Recolocación de grasa peripiélica protegiendo la sutura. Drenaje aspirativo por trócar superior. Comprobación de hemostasia del lecho. Extracción de litiasis y envío a Laboratorio para su análisis. Cierre de la incisión periumbilical con biosyn 2/0. Piel con grapas.

RESULTADOS: Retirada de JJ al mes de la intervención permaneciendo asintomático hasta el momento. Estudio de la litiasis compatible con ácido úrico dihidratado y oxalato cálcico.

CONCLUSIÓN: La cirugía laparoscópica para cálculos de gran tamaño es una técnica factible, con escasa morbilidad y permitiendo la resolución del problema en único proceso y con la posibilidad de combinar la endoscopia y reconstrucción si fuera necesario.

V-3 MANEJO ENDOSCÓPICO DEL TUMOR DE VÍA DISTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Barceló Bayonas, I; Fernández Aparicio, T.; Rivero Guerra, A; Rivero Guerra, A; Izquierdo Morejón, E; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Cascales Pérez, M. L; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Rosino Sánchez, A; Romero Hoyuela, A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G; Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: El manejo conservador del tumor de vía distal cada vez está más extendido en pacientes seleccionados.

OBJETIVOS: Descripción de la técnica endoscópica mediante un caso clínico.

PACIENTE Y MÉTODO: Varón 71 años que comienza con hematuria monosintomática realizando ecografía sin alteraciones, cistoscopia sin lesiones vesicales aparentes salvo cuello alto con lóbulo derecho prostático obstructivo. Para completar estudio se realiza UROTAC que informa de pequeño defecto de repleción en uréter distal yuxtameatal. Se propone TCP y URSC diagnóstica Izquierda. AP biopsia de uréter: carcinoma urotelial de bajo grado. Se decide fulguración con láser Holmium de la lesión en un segundo tiempo. Mediante doble guía se accede con URSC al uréter izquierdo visualizando neoformación única de unos 2 cm aproximadamente y con base de implantación de unos 5 mm. Se procede a fulguración con láser Holmium (1 Julio, 10 hercios) sobre papilas más superficiales hasta plano de base tumoral de la que se toma biopsia con pinza fría. Fulguración de base y hemostasia con colocación final de JJ 4,8 Ch

RESULTADOS: El resultado de la AP resultó benigna y el TAC de control a los 6 meses de la cirugía sin alteraciones. Dados los antecedentes y AP previa, se decide revisión endoscópica de la que se encuentra pendiente.

CONCLUSIÓN: La fulguración láser del tumor de vía distal es una opción razonable en pacientes seleccionados requiriendo un seguimiento y control estrecho.

V-4 LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA DE MASA RESIDUAL POSTQUIMIOTERAPIA EN EL TUMOR GERMINAL NO SEMINOMATOSO (TGNS)

Barceló Bayonas, I; Fernández Aparicio, T.; Rivero Guerra, A; Rivero Guerra, A; Izquierdo Morejón, E; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Cascales Pérez, M. L; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Rosino Sánchez, A; Romero Hoyuela, A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G; Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: La linfadenectomía de rescate en el cáncer de testículo es una cirugía compleja, con un elevado número de complicaciones, más aún si se trata de un paciente reintervenido previamente. El abordaje laparoscópico parece ofrecer una recuperación más temprana y mejorar la calidad de vida.

OBJETIVOS: Descripción de la técnica laparoscópica mediante un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 36 años diagnosticado en 2014 de tumor testicular realizando orquiectomía radical derecha AP: TGNS CAE 60%; seno endodérmico 35%; Coriocarcinoma 5%. Recibe BEP 3x. En 2016 recidiva retroperitoneal realizando linfadenectomía template derecho AP: Teratoma maduro. En el primer TAC de control: Nódulo de 8 mm interAoiiliaco residual estable desde 2016. Se decide nueva Linfadenectomía retroperitoneal con el fin de evitar controles de seguimiento tan estrechos.

RESULTADOS: Mediante decúbito lateral derecho, colocación de trócar de Hasson de 10mm junto a 3 trócares de 5 mm. Acceso a cavidad y disección de espacio retroperitoneal fibroso por cirugía y tratamiento previo. Localización de ganglio de 9 mm aproximadamente en bifurcación iliaca intensamente adherido a estructuras vasculares. Se realiza exéresis con apertura parcial y drenaje de líquido lechoso. Lecho queda exangüe por lo que no se coloca drenaje.

Los resultados de la AP fueron de **tejido linfoide necrosado. Sin evidencia de infiltración neoplásica.**

CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico es una opción oncológicamente segura para el tratamiento de rescate del cáncer de testículo.

V-5 EXÉRESIS DE MASA RETROPERITONEAL MÚLTIPLE TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL

Barceló Bayonas, I; Romero Barceló Bayonas, I; Hita Villaplana, G; Pietricica, B.N; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Barragán Gamero, M; Cascales Pérez, M. L Carrillo George, C; Izquierdo Morejón, E; Rosino Sánchez, A; Romero Hoyuela, A; Cruces de Abia, F; Fernández Aparicio, T.Hoyuela, A; Rivero Guerra, A; Izquierdo Morejón, E; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Cascales Pérez, M. L; Barragán Gamero, M; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Rosino Sánchez, A; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.

Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: La recurrencia local retroperitoneal tras nefrectomía radical es poco frecuente y está asociada a un peor pronóstico. Las Guías Clínicas Europeas recomiendan el tratamiento quirúrgico. La metastasectomía conlleva dificultades técnicas y riesgo de iatrogenia, sobre todo, en pacientes operados previamente.

OBJETIVOS: Presentación de la técnica laparoscópica.

PACIENTE Y MÉTODO: Se presenta el caso de una paciente de 59 años con antecedente de nefrectomía izquierda con AP de carcinoma de células claras, Fuhman 3, p T2a N0. Al cuarto año de seguimiento recidiva en suprarrenal izquierda realizándose suparrenalectomía laparoscópica, AP: metástasis de tumor renal. A los 10 meses, TAC de seguimiento objetiva tres pequeños implantes sugerentes de recaída retroperitoneal del mismo lado. Se decide exéresis de recidiva retroperitoneal mediante técnica laparoscópica.

RESULTADOS: Mediante decúbito lateral derecho, se coloca trócar óptico de 10 mm junto a 3 trócares de 5 mm. Liberación de sigma, exponiendo zona lateral de iliaca primitiva. A 10 cm de esta zona, se objetiva zona indurada sobre psoas y cuadrado lumbar que se reseca en bloque incluyendo fascia muscular y estructura nerviosa íntimamente adherida. Se toma muestra igualmente de zonas sospechosas: nódulo lateral, nódulo en mesosigma, biopsia grasa perisigmoidea y linfadenectomía limitada a iliaca primitiva. El lecho queda exangüe por lo que no se deja drenaje. Sólo resultó positiva, confirmando la recidiva, la masa en psoas.

CONCLUSIÓN: La cirugía laparoscópica es una opción factible en pacientes con recidiva local resecable resultando una técnica segura no exenta de complejidad.

V-6 HERNIA VESICO-INGUINAL: REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA MEDIANTE ABORDAJE TOTAL EXTRAPERITONEAL (TEP)

Vilchez Costas, A.I; Molina Hernández, O; Marín Martínez, F.M; Artés Artés, M; Bobadilla Romero, E.R; Oñate Celdrán, J; Guzmán Martínez-Valls, P.L; Sánchez Rodríguez, C; García Escudero, D; Valdelvira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Sempere Gutiérrez, A; Jiménez López, J.M; Andreu García, A

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La hernia vesical supone la salida de una porción de la vejiga a través de un orificio herniario. A pesar de la elevada incidencia de la hernia inguinal en población general, tan sólo en 1-3% de los casos la vejiga está incluida en la misma. En su patogenia están implicados dos factores fundamentales, por un lado, la debilidad de la pared abdominal y vesical; por otro lado, el incremento de la presión intravesical secundario en la mayoría de los casos a una obstrucción a la salida de la orina en el tracto urinario inferior.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de un varón de 67 años con diagnóstico de hernia inguinal con contenido vesical y obstrucción del tracto urinario inferior, al que practicamos herniorrafia inguinal laparoscópica con malla mediante abordaje total extraperitoneal (TEP) + TURP.

RESULTADOS. La cirugía transcurre en 3 tiempos, un primer tiempo de uretrocistoscopia flexible para cateterización del orificio ureteral correspondiente. Un segundo tiempo laparoscópico mediante abordaje extraperitoneal, en el que se procede a disección de saco herniario hasta esqueletización de cordón espermático y posterior rafia de orificio herniario con malla titanizada (TIMESH light®) de 10x15 cm. La cirugía finaliza con el

tratamiento definitivo de la obstrucción del tracto urinario inferior mediante TURP, con un tiempo quirúrgico total de 210 minutos. El postoperatorio del paciente fue satisfactorio, siendo alta domiciliaria tras una estancia postquirúrgica de dos días. La cistografía postoperatoria muestra una vejiga de morfología normal, sin defectos en su pared.

CONCLUSIONES. La participación vesical en los casos de hernia inguinal es muy baja, ello asociado a su sintomatología inespecífica-siendo el síntoma más característico la micción en dos tiempos- da lugar a una patología infradiagnosticada. Por ello, hemos de tenerla en cuenta en todos aquellos pacientes que presenten síntomas del tracto urinario inferior y hernia inguinal concomitante. En referencia al tratamiento, se debe realizar corrección quirúrgica del proceso herniario asociado a tratamiento de la obstrucción infravesical. La cirugía laparoscópica mediante abordaje completamente extraperitoneal permite ofrecer una correcta corrección del proceso herniario-como demuestran las series publicadas- con las características propias de una cirugía mínimamente invasiva.

Pósteres

P-01 QUISTE EPIDERMOIDE INTRATESTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

INTRODUCCIÓN. El 95% de las masas intratesticulares son de naturaleza maligna, por lo que toda masa intratesticular será considerada maligna hasta que no se demuestre lo contrario y se tratará, por lo tanto, mediante orquiectomía radical. El quiste epidermoide testicular es un tumor benigno raro que representa aproximadamente el 1-2% de las neoplasias intratesticulares y suele presentar patrones ecográficos característicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Paciente de 20 años valorado en consulta de Urología por dolor testicular izquierdo de 2 semanas de evolución. Exploración de teste izquierdo con presencia de masa intraescrotal en polo inferior y marcadores tumorales (AFP, B-HCG y LDH) dentro de la normalidad. En ecografía escrotal se identifica en polo inferior de teste izquierdo nódulo sólido redondeado, bien definido, de un tamaño de 14x15x15mm con escaso flujo Doppler y ecoestructura en capas concéntricas hiper e hipocogénicas. Los hallazgos son sugestivos de tumor tipo quiste epidermoide intratesticular. Se realizó tumorectomía con biopsia intraoperatoria y posterior diagnóstico anatomopatológico de quiste epidermoide testicular.

CONCLUSIÓN. El quiste epidermoide testicular es una lesión focal testicular benigna rara que presenta características ecográficas y por resonancia magnética típicas aunque no patognomónicas. En el contexto clínico y de laboratorio adecuado, estas características típicas de presentación en pruebas de imagen pueden evitar una orquiectomía innecesaria, permitiendo el uso de técnicas quirúrgicas conservadoras, con biopsia intraoperatoria para confirmar la sospecha diagnóstica.

P-02 ENCARCERAMIENTO DE PENE Y TESTÍCULOS POR ANILLO METÁLICO

Marín Martínez, FM., Vilchez Costas, AI., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Bobadilla Romero, ER., Oñate Celdrán, J., García Escudero, D., Sanchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdelvira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López JM., Guzmán Martínez- Valls, P.

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. La estrangulación peneana por anillos metálicos y el atrapamiento escrotal concomitante pueden presentarse como un reto en la urgencia urológica. En teoría, los anillos de metal aumentan la congestión penoescrotal durante la actividad sexual. La detumescencia puede facilitar la extracción, mientras que, la no remoción puede conducir a una detumescencia retardada, edema, isquemia y necrosis. El objetivo es la presentación de un caso clínico de una patología infrecuente con un tratamiento peculiar.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de un varón de 45 años de edad con antecedente de infección por Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que acude a urgencias por dolor edema y equimosis en penoescrotal e imposibilidad para sentarse, 72 horas posterior a mantener relaciones sexuales con anillo metálico en base de pene y escroto. Exploración: Anillo macizo de 55mm de diámetro de 1,5 cm de ancho dentro del cual se encuentra el pene y bolsa escrotal con ambos testículos, con piel peneana y escrotal edematosa con equimosis. En vista de no contar con instrumental quirúrgico apropiado, solicitamos una cizalla a mantenimiento, siendo imposible su corte.

Posteriormente procedimos a hacer dos cortes con esmeril angular en forma de V en hora 6 y 12, consiguiendo su corte y remoción, previa protección de la piel con placa de metal. Con evolución satisfactoria en la revisión posterior.

CONCLUSIONES. El encarcelamiento del pene es una urgencia urológica con consecuencias clínicas graves. Con la intervención rápida y la remoción del cuerpo extraño, la mayoría de los pacientes evolucionan bien sin necesidad de otras intervenciones. La retirada de estos dispositivos puede ser un desafío y, a menudo, requiere recursos que no disponemos los especialistas quirúrgicos.

P-03 TUMOR TESTICULAR QUEMADO O TUMOR “BURN OUT”

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

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

INTRODUCCIÓN. El tumor quemado testicular o tumor “burn-out” es la regresión espontánea del tumor intragonadal cuando una neoplasia de células germinales se ha extendido a tejido extragonadal. Aunque no existen teorías comprobadas que expliquen la regresión espontánea del tumor, la más aceptada es la participación del sistema inmune como mecanismo de defensa, produciendo la destrucción de las células tumorales intragonadales. Es importante el diagnóstico diferencial entre tumor quemado y tumor retroperitoneal primario de células germinales, por las implicaciones terapéuticas y pronósticas que tiene.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Paciente de 20 años valorado en consulta de Urología en Octubre de 2017 por presencia de lesión hicoecogénica, hipovascular, intraescrotal izquierda de 10 x7 mm, marcadores tumorales (AFP, B-HCG, LDH) dentro de la normalidad y exploración testicular anodina. En ecografía escrotal de control a la semana para valorar biopsia testicular, ambos testes normales sin visualizar ninguna lesión. Posteriormente ingreso en Medicina Interna en Mayo de 2018 por dolor lumbar de semanas de evolución. Se realiza TAC abdominopélvico que informa de masa retroperitoneal izquierda de 6.5 x 5.9 x 6.3 cm y ecografía testicular sin hallazgos. Se realiza BAG de la lesión con AP que informa: Múltiples fragmentos con carcinoma embrionario de patrón sólido-sincitial, cTxN3Cmo, estadio II C. Se inicia tratamiento con Quimioterapia BEP 3 ciclos alcanzando respuesta completa en TAC de control en Septiembre de 2018 realizando orquiectomía inguinal izquierda en Septiembre de 2018, con AP sin evidencia de malignidad.

CONCLUSIÓN. Ante la presencia de un tumor germinal extragonadal es necesaria una exploración y ecografía testicular. Ante un paciente varón joven con una masa retroperitoneal y exploración testicular normal hay que pensar siempre en un tumor burn-out. Es obligatoria la biopsia testicular o bien orquiectomía para confirmar diagnóstico.

P-04 EMPLEO DE LA LINFOGRAFÍA CON LIPIODOL EN EL TRATAMIENTO DEL LINFOCELE TRAS TRASPLANTE RENAL

Aznar Martínez, Laura; Gluszek, Szymon; López Cubillana, Pedro; Vidal Creapo, Natalia; Fernández Garay, Juan Carlos; Martínez Muñoz, Rocío; Rull Hernández, Javier; Gómez Gómez, Guillermo Antonio

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El linfocele es una complicación relativamente frecuente tras el trasplante renal. Su diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen (ecografía, TAC y linfografía). Cuando son sintomáticos es necesario tratamiento. Este se inicia con aspiración, colocación de un drenaje bajo control ecográfico, inyección de sustancias esclerosantes o linfografía terapéutica. En caso de fracaso se estas es necesario recurrir a cirugía, tanto laparoscópica como abierta. El objetivo de este trabajo es revisar los resultados esperables de las distintas alternativas terapéuticas en el linfocele post-trasplante renal, así como conocer la experiencia del HCUVA en el uso de la linfografía con lipiodol.

MATERIAL Y MÉTODOS. En la búsqueda se han empleado los sumarios de evidencia UpToDate y Dynamed plus, y las bases de datos Pubmed, Embase y The Cochrane Library. Se ha revisado la experiencia de la infografía con lipiodol en el tratamiento del linfocele en el HCUVA.

RESULTADOS. Con los criterios de la búsqueda inicial se localizaron 564 artículos. Utilizando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron finalmente 8 artículos de los cuales uno corresponde a una revisión sistemática y siete a series de casos.

CONCLUSIÓN. La linfografía intranodal consiste en acceder a los ganglios linfáticos inguinales (el acceso pedio es más difícil). La inyección de Lipiodol se realiza bajo control fluoroscópico, aunque también es posible utilizar el TAC

que permite una mejor visualización de los vasos linfáticos y de las fugas. El éxito del tratamiento de los linfocitos con la linfografía parece ser controvertido, sin que exista uniformidad en los resultados. En el HCUVA se ha realizado linfografía con lipiodol en 9 pacientes diagnosticados de linfocitos sintomático tras trasplante renal. En todos los casos se logró resolver la fuga (en 8 casos con un solo procedimiento, precisando uno de los pacientes la repetición de la infografía).

P-05 USO DE BCG EN TUMOR VESICAL SUPERFICIAL EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO

Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia; López Cubillana, Pedro; Vidal Crespo, Natalia; Fernández Garay, Juan Carlos; Martínez Muñoz, Rocío; Rull Hernández, Javier; Gómez Gómez, Guillermo Antonio
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. Los tumores vesicales se tratan en un primer momento con una resección transuretral (RTU), que nos permite clasificarlos en músculo-invasivos o no. La terapia con BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) se emplea en el caso de tumores no músculo-invasivos de alto grado, como son el T1 y el carcinoma in situ. La instilación de BCG es bien tolerada en la mayoría de los casos, predominando los síntomas irritativos locales. Las complicaciones sistémicas son menos comunes destacan la fiebre, las artralgias y la sepsis tuberculosa, que es la complicación más grave. El objetivo es valorar la eficacia y seguridad de la terapia intravesical con BCG en pacientes trasplantados renales diagnosticados de tumor vesical superficial de alto y/o cis.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza una búsqueda bibliográfica exhaustiva de artículos científicos en Pubmed y otros metabuscadores. Se consultan las bases de datos del número total de trasplantados renales, el número de pacientes diagnosticados anualmente de tumor vesical superficial cis y T1, del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

RESULTADOS. Se han encontrado 38 artículos que cumplen con los criterios de selección, en el HCUVA sólo se ha encontrado un paciente trasplantado diagnosticado de tumor vesical T1 de alto grado al que se le haya administrado BCG.

CONCLUSIONES. Los receptores de trasplantes de órganos sólidos experimentan un mayor riesgo de desarrollar cáncer de vejiga, sobre todo en los primeros 6 años tras el trasplante. El tratamiento con BCG, terapia de referencia en los tumores de vejiga no músculo invasivos de alto riesgo, podría ser menos efectiva en este grupo de pacientes, y causar más efectos adversos. Sin embargo, los datos publicados hasta ahora, y la experiencia inician en el HCUVA, no avalan esta hipótesis. El tratamiento con BCG intravesical en los pacientes trasplantados renales con tumor vesical superficial de alto riesgo no presenta aparentemente diferencias en cuanto a eficacia y efectos indeseables respecto a la población no trasplantada.

P-06 LINFOEPITELIOMA VESICAL PRIMARIO. MANEJO DE UN CASO CLÍNICO

Maluff Torres, Alejandro; Velilla Asurmendi, Pablo; Doñate Íñiguez, Gloria; Honrubia Vílchez, Beatriz.
Hospital Universitario Los Arcos Del Mar Menor

OBJETIVO. Presentar un Caso clínico de Linfopitelioma vesical primario.

MATERIAL Y MÉTODOS. Caso clínico: Varón de 54 años, hipertenso y dislipémico. Exfumador. Intervenido de Apendicectomía, fractura parietal, desprendimiento de retina y calcificaciones tibiales. Remitido a Urología por hematuria macroscópica. Se solicita ecografía renovesical y radiología simple (ambas sin hallazgos).

Cistoscopia (preferente): Tumor subcentimétrico vesical en retrocuello no papilar y zonas sugestivas de CIS en fondo.

04/02/2013: RTU vesical y BMN. Alta al 2º día postoperatorio.

A.P.: Positividad celular con EMA y citoqueratinas (AE1/AE3, CK7). Componente linfocitario formado por Linfocitos-T (CD45+) entremezclados con B (CD20+).

- Biopsia: Carcinoma linfopitelioma-like de alto grado. (Base tumoral confirma invasión pT2).
- BMN vesical y uretra prostática: sin células neoplásicas.

TC cuello-tórax-abdomen-pelvis con contraste (extensión). Informe:

- Cuello: Ganglios subcentimétricos inespecíficos.
- Tórax: múltiples opacidades en ambos pulmones, algunas conformando **nódulos** de hasta 9 milímetros, con halo de densidad de vidrio deslustrado y broncograma aéreo, compatible con enfermedad pulmonar metastásica.
- Abdomen-pelvis: Sin hallazgos.

ORL realiza fibroscopia: pequeña irregularidad en rodete tubárico izquierdo de cavum. Se realiza biopsia: negativa. PAAF de nódulos pulmonares: muestra insuficiente para diagnóstico.

PET-TAC: Discreto aumento de metabolismo de 18F-FDG, sólo presente en los nódulos pulmonares de mayor diámetro, compatible con tejido tumoral.

Se remite a **Oncología:** Tratamiento QTP con esquema CCDp-5Fu (6 ciclos).

TC-TAP durante tratamiento: mejoría radiológica significativa de las lesiones pulmonares con descenso en su densidad.

PET-TC de control tras QTP: Sin hallazgos compatibles con patología metastásica.

Oncología médica remite a Radioterapia, quien trata con RT local vesical: 20 sesiones según técnica VMAT, con dosis total de 50Gy.

RESULTADOS. Revisión Urología. Cistoscopia sin hallazgos. Presenta disminución de libido y DE. Testosterona en límite bajo. Tratamiento con reandron 1000 IM con buen resultado. Cistoscopias sucesivas sin hallazgos hasta la actualidad. ORL evidencia ototoxicidad secundaria a QTP. Última revisión en Oncología médica (Febrero de 2018): ECOG 1. Sin hallazgos en la EF.

CONCLUSIONES. El linfopitelioma es una rara extirpe que puede afectar a la vejiga de forma primaria. Con un correcto diagnóstico y tratamiento se tiene un buen pronóstico. Es de gran utilidad contar con un Comité Oncológico, así como colaboración multidisciplinar.

P-07 EMPLEO DE LA ENDOSCOPIA PARA TOMA DE DECISIONES EN CISTECOMÍA PARCIAL

Velilla Asurmendi, Pablo; Jimenez Parra, Jose David; Bitsunov Bitsunova, Andrei; Segura Sanchez, Manuel; Ruiz Morcillo, Jose Carlos; La Iglesia Lozano, Beatriz; Reina Alcaina, Leandro; La Iglesia Cabrerizo, Ramon Hospital Universitario Rafael Méndez

INTRODUCCIÓN: Se presenta el uso de la **cistoscopia intraoperatoria** como ayuda para delimitar la afectación tumoral vesical durante una **Cistectomía parcial**.

MATERIAL Y MÉTODOS: Varón de 77 años, hipertenso y dislipémico. Bloqueo AV completo, siendo portador de marcapasos. Intervenido de hernia inguinal izquierda y cataratas. **Carcinoma urotelial de alto grado:** nefroureterectomía radical izquierda. AP: pT3N0M0. Tratamiento adyuvante con QTP + RDT por masa residual evidenciada en PET-TAC.

Tm vesical (proceso concomitante). Cistoscopia (flexible): Tm vesical de 2 centímetros con material fibrinoide adherido. Citología previa con atipia celular. **RTU vesical.** Informe AP: pT1 G3. **Re-RTU vesical:** pT2 de alto grado. Comité Uro-Oncológico: se descarta cistectomía ni instilaciones con BCG.

Cistoscopia de control: recidiva tumoral de 2 centímetros en fondo vesical. **Nueva RTU vesical,** con informe AP: pT2. TC Toraco-abdomino-pelviano de extensión: Irregularidad en pared vesical de 1,5 cms de diámetro, con estudio de extensión negativo. Paciente no candidato a cistectomía radical por comorbilidades, se indica **Cistectomía Parcial + Linfadenectomía.**

Durante la intervención se delimita la lesión vesical mediante uso de **CISTOSCOPIA INTRAOPERATORIA,** concluyendo que la lesión es mayor que en estudio previo, extendiéndose desde retrotrígono izquierdo hasta cúpula, sin afectar paredes laterales. Se comprueba que la lesión endoscópicamente es mayor que la irregularidad apreciable externamente en pared vesical. Se procede a exéresis completa del tumor y cierre vesical extenso en 3 planos. Linfadenectomía reglada ilio-obturatriz.

RESULTADOS: Informe de Anatomía Patológica: pT3b N0. Buena evolución postoperatoria, siendo alta al 4º día postoperatorio y retirada de sonda vesical al 10º día.

CONCLUSIONES: La Cistoscopia Intraoperatoria es una técnica accesible y útil que mejora la delimitación del tumor vesical a la hora de realizar la cistectomía parcial, sin incrementar la iatrogenia. La correlación endoscopia – visión directa que proporciona esta herramienta ayuda a la toma de decisiones durante la intervención quirúrgica.

P-08 REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HERNIA INGUINOESCROTAL GIGANTE

Jimenez Parra, Jose David; Velilla Asurmendi, Pablo; Segura Sanchez, Manuel; Ruiz Morcillo, Jose Carlos; Bitsunov Bitsunova, Andrei; La Iglesia Lozano, Beatriz; La Iglesia Cabrerizo, Ramon Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca

INTRODUCCIÓN. Las hernias vesicales inguinales son una patología infrecuente. Fueron descritas en el s. XIV por Guy de Chauliac y nombradas por primera vez como Cistocele escrotal por Levine en el S. XVI. Presentamos el caso de una herniación de gran tamaño en paciente de mediana edad y manejo realizado.

MATERIAL Y METODOS. Varón de 60 años, con antecedentes de infecciones del tracto urinario de repetición que acude a consulta de urología para valoración. Refiere clínica miccional mixta con predominio obstructivo. Sensación de vaciamiento incompleto habitual. Comenta varios episodios de infecciones febriles en los últimos meses. En la

exploración se aprecia hernia inguinal derecha de gran tamaño que desciende hasta hemiescrotopilateral. En la ECO de consulta se aprecia lateralización vesical hacia el lado derecho con RPM en su interior. Ante la sospecha de una hernia vesical inguino-escrotal se realiza TAC confirmando diagnóstico y observando la presencia de múltiples litiasis en el fondo herniario. Se indica reparación quirúrgica de la misma con malla y RTU desobstructiva.

RESULTADOS. A los 6 meses de la cirugía el paciente se encuentra con importante mejoría clínica, aunque persistencia de cierta urgencia miccional. No se objetiva residuo postmiccional significativo. No existen signos de recidiva herniaria a nivel inguino-escrotal.

CONCLUSIONES. Las hernias vesicales son una patología poco habitual que suele presentarse en varones de mediana edad. Debemos de sospechar en pacientes con sintomatología obstructiva del tracto urinario inferior y hernia inguinal asociada. El tratamiento de elección pasa por la resolución de su problema obstructivo y la reparación quirúrgica de la hernia.

PALABRAS CLAVE. Hernia vesical; hernia inguino-escrotal; infecciones de repetición.

P-09 BALANITIS PROVOCADA POR UN PROTOZOO. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Jimenez Parra, Jose David; Velilla Asurmendi, Pablo; Segura Sanchez, Manuel; Ruiz Morcillo, Jose Carlos; Bitsunov Bitsunova, Andrei; La Iglesia Lozano, Beatriz; Reina Alcaina, Leandro; La Iglesia Cabrerizo, Ramon
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca*

INTRODUCCIÓN. La Leishmaniasis es una enfermedad infecciosa producida por protozoos del género Leishmania. Afecta a la piel, a las mucosas y puede incluir a tejidos y órganos internos. La afectación genital es muy infrecuente. Presentamos un caso infrecuente con afectación de glande junto con el manejo realizado y evolución de las lesiones.

MATERIAL Y METODOS. Varón de 73 años, diabético no insulino dependiente, diagnosticado de balanitis exudativa de larga evolución, tratado con cremas tópicas múltiples y claritromicina por urocultivo positivo para ureaplasma. No refiere mejoría significativa tras dichos tratamientos motivo por el cual acude a consulta de urología. Afebril en todo momento. A la exploración se aprecia pene circuncidado con área eritematosa discretamente sobre elevada no dolorosa a nivel de glande y surco balanoprepucial. Dada persistencia de la misma se decide biopsia. El análisis anatomopatológico nos muestra fondo con intenso infiltrado linfoplasmocitario en cuya porción superficial aparecen abundantes leishmanias. Se realiza serología que resulta positiva para Leishmaniasis por lo que se inicia tratamiento con Glucantime (20mg/kg/24h) durante un total de 28 días. El estudio sistémico resultó anodino.

RESULTADOS. A los tres meses de evolución el pene muestra resolución completa de las lesiones eritematosas y la serología es negativa para leishmaniasis. Persiste área cicatricial en surco balanoprepucial que precisará reconstrucción quirúrgica por incurvación.

CONCLUSIONES. La afectación de glande por Leishmania es una dermatosis linfoplasmocitaria muy infrecuente que debemos tener en mente ante el hallazgo de lesiones eritoplásicas persistentes que no respondan al tratamiento convencional con cremas tópicas. La biopsia resulta esencial para su diagnóstico, así como para descartar otras lesiones premalignas de similares características macroscópicas.

P-10 DOLOR LUMBAR SECUNDARIO A LESIÓN BENIGNA PERIDURAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Velilla Asurmendi, Pablo; Jimenez Parra, Jose David; Segura Sanchez, Manuel; Ruiz Morcillo, Jose Carlos; Bitsunov Bitsunova, Andrei; La Iglesia Lozano, Beatriz; La Iglesia Cabrerizo, Ramon
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca*

INTRODUCCIÓN. Los quistes de Tarlov, o peridurales, son una ectasia del espacio perineural de las raíces nerviosas. Suelen localizarse en la región sacra siendo asintomáticos en el 70% de los pacientes. En algunos se pueden presentar como una lumbalgia o síntomas radiculares junto con clínica miccional. Presentamos un caso de difícil manejo.

MATERIAL Y METODOS. Varón de 45 años de edad, sin antecedentes médicos, que acude a consulta de urología procedente de su médico de atención primaria por clínica persistente de dolor lumbar bajo y clínica miccional irritativa (urgencia, frecuencia y nicturia). Negaba hematuria macroscópica. Exploración física normal. El tacto rectal es anodino. Los resultados de analítica de sangre y orina, así como ecografía abdominal, fueron normales. Su médico indicó iniciar tratamiento anticolinérgico sin mejoría. Se solicita TC abdomino-pelvico evidenciando lesiones a nivel de sacro que podrían corresponder con malformaciones quísticas. Durante evolución el paciente presenta aumento del dolor lumbo-sacro, con irradiación hacia miembro inferior derecho por lo que se completa el estudio con

una RMN. El resultado definitivo fue de quistes de Tarlov a nivel de S1-S3 con posible compresión nerviosa. El paciente se remite a neurocirugía y unidad del dolor para valoración de tratamiento.

RESULTADOS. Tras múltiples tratamientos infructuosos con diferentes pautas analgésicas por parte de la unidad del dolor el paciente es sometido a una tenotomía del nervio ciático derecho y punción de los quistes. Presenta mejoría inicial con disminución de los episodios dolorosos y control de la clínica miccional, aunque a los 5 meses vuelve a presentar sintomatología similar a la previa. En el momento actual se encuentra pendiente de una quistectomía por parte del neurocirujano.

CONCLUSIONES. Los quistes de Tarlov son una entidad infrecuente en la mayoría de casos asintomáticos, no obstante, en función de la compresión y nivel de localización pueden llegar a originar clínica intensa e invalidante, como en nuestro caso. La cirugía de éstos se reserva para los casos más resistentes dadas las complicaciones y posibles secuelas derivadas de ésta.

P-11 RESPUESTA INICIAL AL TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA EN PACIENTES CPRC MO

Pardo Martínez, A; Rosino Sánchez. A; Barceló Bayonas. I; Muñoz Guillermo. V; Jiménez Peralta. D; Barragán Gamero. M; Meroño Saura. M.A ; González Billalabeitia, E; Carrillo George. C; Pietricica. B.N; Izquierdo Morejón. E; Cruces de Abia, F; Romero Hoyuela. A; Hita Villaplana. G; Fernández Aparicio, T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La apalutamida es un antagonista del receptor androgénico aprobado recientemente por la FDA para pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico (CPRC MO). Analizamos la respuesta inicial de los pacientes CPRC MO en tratamiento con apalutamida en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyen pacientes en fase CPRC MO en tratamiento con apalutamida en nuestro centro durante el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 31 de diciembre 2018, con al menos 2 meses de seguimiento.

RESULTADOS. Son válidos para este estudio 4 pacientes. La edad media es de 78 años (60-85). El tiempo medio desde el diagnóstico de cáncer de próstata hasta entrar en fase de CPRC es de 10 años (7-14).

	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	X
Edad (años)	85	60	83	85	78
CPRC(años desde el diagnóstico)	Diciembre 2017(7)	Enero 2018(8)	Junio 2018(14)	Junio 2018 (12)	(10)
HTA	Si	No	Sí	Sí	75%
Clínica neurológica	No	No	No	Sí	25%
Fracturas/ caídas	Si	No	Si	Sí	75%
Alteraciones tiroideas	No	No	No	No	-
Índice Charlson	2	2	3	4	-
ECOG	1	0	1	2	-
EVA dolor máximo	0	2	2	0	-
PSA pre-Apalutamida	17,95	4,06	7,2	6,33	8,88
DTPSA (meses)	4	5	2,5	3	3,6
Seguimiento (meses)	3	4	3	2	3
Último PSA (% reducción)	0.23 (98,7%)	0.35 (91,4%)	0.3(95,8%)	0.16(97,5%)	0,26 (97%)

El tiempo medio de seguimiento es de 3 meses. El PSA medio es de 0.26 mg/ml, que supone una reducción del 97% respecto a los niveles de PSA previos a iniciar tratamiento con apalutamida. Los efectos secundarios detectados han sido rash cutáneo en un paciente durante el primer mes de tratamiento y diarrea que coincidió con tratamiento antibiótico durante el segundo mes de tratamiento en otro paciente, ambos con resolución espontánea que no precisaron ajustes de tratamiento.

CONCLUSIONES. En nuestra experiencia inicial, nuestros pacientes han presentado una buena respuesta a apalutamida sin precisar ajustes de tratamiento.

P-12 TUMOR RENAL CON TROMBO EN CAVA; ABORDAJE MANOASISTIDO

Martínez Muñoz. R, Fernández Garay. J.C, Rull Hernández. J, Vidal Crespo. N, Aznar Martínez. L, López Cubillana. P, Martínez Gómez. G, López González. P.A, Moreno Alarcón. C, Prieto González. A, Escudero Bregante. J.F,

Rigabert Montiel. M, Tornero Ruiz. J.I, Server Pastor. G, Nicolás Torralba. J.A, García Hernández. J.A, Gómez Gómez. G.A.

Hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. El cáncer de células renales supone un 2-3% de todos los tumores malignos, con un aumento de incidencia debido al incremento de diagnósticos incidentales. Este tipo de cáncer presenta características únicas entre los tumores de estirpe urológica; la formación de trombos tumorales y su capacidad de diseminación a través del sistema venoso, que ocurre hasta en un 10% de los pacientes. En estos casos el tratamiento es quirúrgico, al tratarse de tumores quimio y radiorresistentes.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Paciente 69 años con AP: HTA, insuficiencia mitral, intervenida de hernia de hiato, colecistectomía e histerectomía con doble anexectomía por adenocarcinoma de endometrio. Acude a urgencias de su hospital de referencia por lumbalgia secundaria a tumor renal derecho conocido (TAC julio 2018 informa de masa 6x5x6cm en tercio superior-medio con afectación de vena cava inferior unos 2cm). Es valorada por la Unidad de Trombosis, comienza tratamiento anticoagulante y se le coloca un filtro de vena cava previo a la intervención. Se completa el estudio mediante RMN que confirma el diagnóstico y permite precisar con más detalle la localización y extensión del trombo tumoral. Se realiza nefrectomía en agosto de 2018 mediante abordaje laparoscópico y manoasistido pudiendo incluir el trombo en vena renal, aislarla y extraer la pieza en bloque. La paciente presenta un postoperatorio favorable, manteniéndose estable, con buen control de cifras tensionales y del dolor. Herida con buen aspecto. Es alta al 5º día postoperatorio.

CONCLUSIONES. La afectación de vena cava por trombo tumoral es un hallazgo poco frecuente en la patología tumoral renal, pero ensombrece el pronóstico. Con estudios de imagen precisos y medidas preventivas adecuadas es posible planificar una intervención sin precisar cavotomía en casos seleccionados. En nuestro paciente la evolución fue satisfactoria sin recidiva hasta la fecha y con una morbilidad reducida en comparación con la técnica abierta.

P-13 ADENOCARCINOMA MUCINOSO DE URACO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Vidal Crespo, N; Fernández Garay, JC; Martínez Muñoz, R; Rull Hernández, J; Aznar Martínez, L; Escudero Bregante JF; García Hernández, JA; Lopez Cubillana, P; Lopez González, PA; Martínez Gómez, G; Moreno Alarcón, C; Nicolás Torralba, JA; Prieto González, A; Rigabert Montiel, M; Server Pastor, G; Tornero Ruiz, JI; Gómez Gómez, GA

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. El cáncer de uraco supone alrededor de un 0,2% de los tumores originados en la vejiga. Por lo general se trata de adenocarcinomas localizados en la cúpula vesical. Se suelen manifestar con hematuria o mucinuria, y hasta un tercio presentan enfermedad avanzada o irreseccable al diagnóstico. El tratamiento, si posible, debe ser la cirugía, con cistectomía parcial incluyendo cúpula vesical, ligamento umbilical y ombligo. Dada la escasa frecuencia de casos, no se conoce la eficacia de la terapia adyuvante.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de un varón de 36 años, sin antecedentes, que fue remitido a nuestro centro tras complicación en el postoperatorio de RTU vesical. El paciente inicia estudio en otro centro por hematuria con expulsión de filamentos mucosos, realizándose ecografía vesical, que informaba de lesión en cúpula de unos 2 cm. Se somete a RTU. Tras la retirada de sonda en el 4º día postoperatorio, presenta un cuadro de dolor intenso en hipogastrio. Se realiza TC que informa de rotura vesical intraperitoneal, por lo que es derivado a nuestro centro y se somete a cistorrafia de forma urgente. Posteriormente acude a revisión en consulta con el informe anatomopatológico de la RTU, informado como adenocarcinoma mucinoso, de origen más probable en el uraco, sin ser posible descartar adenocarcinoma mucinoso primario de vejiga o metástasis de adenocarcinoma de colon. Se realiza colonoscopia que descarta origen colónico, y TC que informa de ausencia de enfermedad a distancia. El paciente se somete a cistectomía parcial incluyendo uraco y ombligo, y linfadenectomía ilíaca bilateral. Los resultados de anatomía patológica informaron de restos microscópicos de adenocarcinoma mucinoso, adyacentes a restos uracales, lo cual sustenta el origen uracal, sin ganglios positivos, ni afectación de márgenes quirúrgicos. Tras la cirugía el paciente ha permanecido estable y sin signos de recidiva.

CONCLUSIONES. La evidencia al respecto de esta enfermedad es escasa debido a su baja incidencia. A menudo se presenta en estadios avanzados y el pronóstico es malo. El tratamiento quirúrgico radical y el estrecho seguimiento contribuyen a prolongar la supervivencia en este tipo de pacientes.

P-14 RECONSTRUCCIÓN DE PIEL DIÁFISIS PENEANA CON PIEL DE ESCROTO EN DOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS EN UN CASO DE FASCITIS INFECCIOSA NECROTIZANTE PENEANA

Artés Artés , M.; Vilchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Bobadilla Romero, E.R.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D., Sanchez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Jimenez Lopez, J.M.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

OBJETIVO: Presentar un caso de fascitis necrotizante peneana y su posterior tratamiento reconstructivo con túnel escrotal en dos tiempos quirúrgicos.

MÉTODO: Varón de 28 años, fumador y con antecedente de diabetes mellitus tipo I con mal control metabólico. Intervenido de circuncisión que consulta por clínica de dolor peneano, eritema y fiebre a los doce días de postoperatorio. A la exploración física presenta necrosis del tercio distal de la piel peneana. Se realiza desbridamiento quirúrgico y se pauta antibioterapia intravenosa de amplio espectro. La anatomía patológica describe piel con trombosis de vasos dérmicos junto a inflamación aguda y necrosis, y el cultivo positivo para *Proteus Mirabilis* y *Morganella Morgani*. Presenta una buena evolución postoperatoria por lo que se decide reconstrucción quirúrgica en dos tiempos. En el primer tiempo se realiza túnel que involucra piel y dartos en cara anterior de bolsa escrotal con posterior inserción de porción denudada de pene. Cuatro meses después, tras comprobación del correcto prendimiento del flap, se realiza el segundo tiempo quirúrgico con independización de pene y reconstrucción escrotal.

RESULTADO: El paciente presentó una favorable evolución quirúrgica, con resultado estético y funcional satisfactorio.

CONCLUSIÓN: La fascitis necrotizante peneana es una enfermedad grave pero poco frecuente, que requiere un desbridamiento quirúrgico urgente y una cirugía posterior reconstructiva. La reconstrucción peneana en dos tiempos con túnel escrotal es una buena opción quirúrgica, además de ser un procedimiento simple y seguro, para lograr una normalidad funcional y estética.

P-15 HIPERPLASIA DE RESTOS ADRENALES EN TESTÍCULO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Honrubia Vilchez, B.; Buendía Alcaraz, Ana; Maluff Torres, A.; Doñate Íñiguez, G.; Velilla, P.
H.U. Los arcos del Mar Menor

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La hiperplasia adrenal congénita (HSC) es un grupo de trastornos genéticos que afectan a las glándulas suprarrenales. Afecta a la producción de una o más hormonas por déficit enzimático, siendo la enzima más frecuente (90% de los casos) la 21 - hidroxilasa. La afectación testicular de esta patología es infrecuente, con pocas decenas de casos comunicados, y consiste en aumento del volumen testicular, con dolor, presencia de lesiones pseudonodulares y signos de pubertad precoz en niños. Generalmente refleja un mal cumplimiento del tratamiento y es importante su detección por su rápida evolución a la infertilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de un paciente varón de 40 años revisado en consulta por afectación testicular de su HSC con ecografías periódicas (imágenes pseudonodulares y ecoestructura heterogénea) y exploración genital (testículos heterogéneos con nódulos palpables, algunos pétreos). Los marcadores tumorales normales en todas las revisiones. Presenta infertilidad con oligozoospermia severa. Acude con ecografía con sospecha de nódulo tumoral en teste derecho de 9mm . Se realiza RMN donde se describen nódulos testiculares bilaterales sospechosos de malignidad. Ante el diagnóstico de imagen se realiza biopsia intraoperatoria en ambos testículos (zonas sospechosas) para decisión de posible orquiectomía. La biopsia intraoperatoria no es concluyente por lo que se decide esperar a resultado definitivo para la toma de decisión. La AP definitiva fue muy compleja, precisó inmunohistoquímica y fue remitida a H.U. La Paz para confirmación de diagnóstico de tumor testicular de síndrome adrenogenital.

RESULTADOS. El paciente se encuentra en tratamiento más estricto por Endocrino y en el momento actual presenta una disfunción eréctil con testosterona muy baja que precisa tratamiento sustitutivo. Se mantienen controles estrictos de testículo que han disminuido mucho su tamaño pero mantienen una exploración patológica.

CONCLUSIONES. En resumen, pensamos que, a pesar de la gran dificultad diagnóstica para el patólogo de la hiperplasia de restos adrenales, el diagnóstico definitivo de esta enfermedad se debe de realizar con una adecuada correlación clínica, radiológica e histológica, ya que no podemos descartar patología testicular neoplasia, tratándose además de pacientes jóvenes.

P-16 METÁSTASIS URETERAL POR CANCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Rull Hernández J.; Martínez Gómez G.; Fernández Garay J. C.; Martínez Muñoz R.; Vidal Crespo N.; Aznar Martínez L.; Jiménez Lucas M. D.; López González P. A.; Moreno Alarcón C.; López Cubillana P.; Prieto González A.; Escudero Bregante J. F.; Tornero Ruiz J.; Rigabert Montiel M.; Server Pastor G.; Nicolás Torralba J. A.; García Hernández J. A.; Gómez Gómez G. A.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)

INTRODUCCIÓN. El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la mujer y supone la cuarta causa de muerte relacionada con tumores en la población general. Es conocida su potencial capacidad para diseminarse a cualquier órgano, sin embargo, la metástasis del tracto urinario superior rara vez ha sido descrita en la literatura. Presentamos un caso de obstrucción ureteral secundaria a una metástasis de un cáncer de mama.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Mujer de 45 años, diagnosticada en 2011 de carcinoma ductal infiltrante multicéntrico de mama derecha G3 pT2 N3, RE 80%, RP < 5%, Her 2 no amplificado. Al diagnóstico se somete a cirugía conservadora y linfadenectomía axilar precisando posteriormente mastectomía derecha y quimioterapia adyuvante. Durante la evolución presenta recaída ganglionar lo que obliga al empleo de varias líneas de quimioterapia. Debido a la evolución de la enfermedad primaria entra en un ensayo clínico. Al año de esto presenta en pruebas de imagen hidronefrosis grado II-III de riñón derecho, con engrosamiento de 2 cm y captación de contraste en el urotelio del uréter proximal, y ocupación parcial de la luz de 4 cm de longitud, permaneciendo asintomática y con adecuada función renal. En comité de tumores se decide ureterorrenoscopia diagnóstica para filiar origen. Durante la cirugía se evidencia estenosis intraluminal a nivel de uréter proximal derecho, con mucosa pálida sin papilas en superficie, lo que se tradujo en la anatomía patológica como un carcinoma pobremente diferenciado con origen primario mamario. Ya que nuestra paciente presenta otros focos de enfermedad se decidió actitud conservadora preservando la unidad renal con recambios periódicos de catéter JJ junto con nueva línea de quimioterapia.

CONCLUSIÓN. El cáncer de mama metastásico es un escenario clínico complejo que requiere un abordaje multidisciplinar. En nuestro caso, se decidió un abordaje no invasivo, pues primaba la preservación de la función renal de la paciente para el inicio de nuevas líneas de quimioterapia.

P-17 ENTEROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN COMO TRATAMIENTO DE MICROVEJIGA SECUNDARIA A CISTITIS INTERSTICIAL. PRESENTACIÓN DE CASO

Bobadilla Romero, E.R.; Vilchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sánchez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdivia Nadal, P.; Jiménez López, JM.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez, P.L.
Servicio de Urología, Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN: La cistitis intersticial es un síndrome crónico pobremente definido cuya etiología no está claramente establecida. Se caracteriza, en ausencia de infección urinaria por dolor pélvico, urgencia urinaria, polaquiuria y nocturia, en conjunto esto se conoce como síndrome irritativo miccional. Presenta un impacto negativo en la calidad de vida de aquellos que la padecen.

OBJETIVO: Evaluar el resultado de la enterocistoplastia de aumento como tratamiento en un paciente con microvejiga secundaria a cistitis intersticial.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 59 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus, resto sin interés, remitido al servicio de urología por presentar síndrome miccional irritativo, dolor pélvico y empeoramiento de la función renal. En cistografía se evidencia la presencia de una vejiga urinaria muy disminuida de tamaño con hidronefrosis bilateral, los resultados de la anatomía patológica fueron compatibles con cistitis intersticial. Se trató exitosamente mediante enterocistoplastia de ampliación utilizando ileon terminal, la técnica se realizó sin complicaciones.

CONCLUSIONES: La enterocistoplastia ha demostrado ser un tratamiento seguro y efectivo para aquellos pacientes con microvejiga. Es una técnica compleja, sin embargo, previene y ayuda a revertir el deterioro del tracto urinario superior como consecuencia del reflujo producido por la reducción de la capacidad vesical.

P-18 METÁSTASIS VESICAL SECUNDARIA A MELANOMA

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

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

INTRODUCCIÓN. Si bien el melanoma representa la forma más mortal de cáncer de piel, los casos documentados de metástasis en vejiga son raros, con alrededor de 30 casos confirmados hasta la fecha. Este número es probablemente una subestimación de la verdadera carga de la enfermedad, ya que las series de autopsias de pacientes con melanoma metastásico han encontrado una tasa de enfermedad metastásica del 18% al 37% en la vejiga.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Paciente de 50 años con diagnóstico de melanoma maligno estadio IV en Junio de 2017, que presenta cuadro de hematuria macroscópica autolimitada en Marzo de 2018. En ecografía vesical se visualiza imagen posterolateral izquierda, excrecente, de unos 3 cm de base que se confirma posteriormente mediante cistoscopia, tomando además citología (abundantes células pertenecientes a melanoma epiteliode que expresa de forma intensa S-100, Melan-A, HMB-45 y en menor cuantía MIFT). Ingreso en Abril de 2018 tras acudir a urgencias por dolor lumbar izquierdo secundario a uropatía obstructiva por tumoración vesical. Se realiza nefrostomía percutánea izquierda y se procede durante el ingreso a resección endoscópica de lesión vesical (Anatomía patológica: Melanoma epiteliode).

CONCLUSIÓN. Los casos notificados de melanoma metastásico en la vejiga son raros. La integración de los tratamientos urológicos en una estrategia multidisciplinaria es importante en el manejo de estos pacientes (desde observación hasta cistectomía radical en pacientes con factores pronósticos favorables)

P-19 URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA PREPUICIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

INTRODUCCIÓN. La cirugía reconstructiva de la uretra sigue evolucionando en la búsqueda de la mejor técnica. Las modalidades de transferencia de tejidos más usadas en la actualidad son: la mucosa oral, la mucosa prepucial y la piel retro-auricular. La estenosis uretral compleja provoca muchos problemas, en especial en los hombres, a la hora de orinar, obligando en algunos casos al uso de cistostomía, afectando a la calidad de vida del paciente. Entre sus causas están: infecciones, traumatismos o como secuela de la cirugía transuretral previa o sondajes.

PRESENTACION DEL CASO. Paciente de 35 años valorado en consulta de Urología por estenosis idiopática de uretra bulbar proximal de unos 5 cm de diámetro. El estudio preoperatorio comprendió anamnesis, exploración física, urocultivo, cistouretrografía miccional seriada (CUMS) y ecografía uretral.

En la intervención inicialmente se realizó uretrotomía ventral y dorsal de unos 5 y 2.5 cm de longitud respectivamente. Posteriormente se realizó circuncisión para obtener injerto prepucial de unos 11 cm de longitud. Finalmente se aísla segmento de 2.5 x1 cm que se sutura a nivel dorsal inlay y otro segmento de 6x2 cm que se sutura a nivel ventral onlay previo paso de sonda de silicona 18 Ch que se retiró al mes de la cirugía. En revisión en consulta a los 9 meses tras la intervención el paciente presenta en flujometría de control un Q máx de 34 ml/s.

CONCLUSIÓN. La uretroplastia con injerto de mucosa y piel del prepucio es una alternativa eficaz en el tratamiento quirúrgico de la estenosis uretral compleja.

P-20 IMÁGENES CLÍNICAS: A PROPÓSITO DE 2 CASOS DE LITIASIS INTRAURACALES

Vilchez Costas, A.I; Molina Hernández, O; Marín Martínez, F.M; Artés Artés, M; Bobadilla Romero, E.R; Oñate Celdrán, J; Sánchez Rodríguez, C; García Escudero, D; Valdevira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Sempere Gutiérrez, A; Jiménez López, J.M; Andreu García, A; Guzmán Martínez-Valls, P.L

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. El uraco es un cordón fibrótico obliterado, remanente vestigial del alantoides y la cloaca ventral, que discurre desde la cúpula vesical hasta el ombligo y limitado lateralmente por ambas arterias umbilicales obliteradas, cuya función en el adulto es desconocida. Resultado del fallo en la obliteración del mismo surge la patología uracal, muy infrecuente en la edad adulta.

MATERIAL Y MÉTODO. Presentamos dos casos clínicos de divertículos intrauracales ocupados por litiasis en el adulto, diagnosticados mediante UROTC en nuestro Centro.

RESULTADOS

Caso clínico número 1:

Mujer de 42 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, remitida desde Cirugía ante el hallazgo ecográfico de posible divertículo vesico-uracal ocupado. Para completar estudio se solicita URO-TC que pone de manifiesto la presencia de divertículo de uraco ocupado por imagen hiperdensa de aproximadamente 280 UH y 5 mm. La uretrocistoscopia puso de manifiesto la existencia en cúpula vesical de imagen quística recubierta de mucosa de aspecto normal, compatible con divertículo vesico-uracal tabicado.

Caso clínico número 2:

Varón de 66 años derivado a Consultas de Urología por cólico renoureteral izquierdo. En el estudio tomográfico se objetiva incidentalmente imagen hiperdensa redondeada de aproximadamente 10 mm y 600 UH, compatible con litiasis en el interior de divertículo de uraco.

DISCUSIÓN. La patología uracal se puede dividir en congénita o adquirida, siendo la adquirida la más habitual en adultos y resultado de la reapertura parcial de la luz uracal. Entre estas últimas, se encuentra el divertículo uraco-vesical que supone una comunicación del mismo con la vejiga. De tal manera que, el flujo urinario a través de la luz uracal no obliterada permite la formación de un cálculo urinario como en los casos presentados. En la mayoría de los casos, los divertículos uraco-vesicales asintomáticos no precisan tratamiento activo, existiendo controversia en la exéresis profiláctica en aras de evitar la posible malignización. En el caso de divertículos ocupados por litiasis urinaria el manejo quirúrgico está indicado.

P-21 PRESENTACIÓN DE UN CASO RARO DE AGENESIA RENAL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON EL SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WUNDERLICH

Molina Hernández O., Vilchez Costas Al., Marín Martínez FM., Artés Artés M., Bobadilla Romero ER., Oñate Celdrán J., Sánchez Rodríguez C., García Escudero D., Sempere Gutiérrez A., Morga Egea JP., Valdevira Nadal P., Andreu García A., Jiménez López JM., Guzmán Martínez-Valls PL.
Servicio de Urología HGU Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN. El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich (HWW) es una variante poco frecuente de anomalías del conducto de Müller consistente en la presencia de útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral. Por lo general, se presenta en adolescentes adultas o puberales tras la menarquia, en las que el hematocolpos produce un pronunciado efecto masa y dolor pélvico progresivo en el lado de la hemivagina obstruida. El diagnóstico generalmente se hace sólo si surge la sospecha de este síndrome genitourinario.

CASO CLÍNICO. Presentamos el caso de una mujer de 14 años que acude al servicio de Urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, asociado a náuseas sin vómitos y fiebre. Analíticas de sangre y orina sin alteraciones significativas. El estudio de imagen reveló:

ECO Abdomen:

- Riñón derecho no visualizado (probable agenesia).
- Útero no claramente definido, de aspecto quístico y heterogéneo, compatible con material hemático(7 cm). Ovario derecho aumentado de tamaño.
- Hidronefrosis izquierda gradoll.

TC Abdomino-pélvico:

- Agenesia renal derecha.
- Riñón izquierdo aumentado, compensador con dilatación de sistema excretor gradoll, probablemente por compresión a nivel de uréter inferior por masa de hasta 9 cm que desplaza útero hacia la derecha.

Ante los hallazgos descritos se valora la posibilidad de síndrome de HWW, completando estudio de imagen y valoración por ginecología y urología.

RM Pélvica:

- Endometrioma ovárico izquierdo de gran tamaño.
- Hidrosálpinx bilateral, más llamativo derecho.
- Útero sin claras malformaciones.
- Hidronefrosis grado II izquierda, compresiva.

Finalmente, en el control ambulatorio en consultas la paciente evoluciona asintomática, con estabilidad clínica y analítica, concluyendo:

- No malformaciones mayores en aparato genital con diagnóstico definitivo de endometriosis.
- Monorrena izquierda funcional con resolución de la ectasia.

CONCLUSIONES. El síndrome de HWW es una condición rara de la población femenina postpuberal principalmente, que se presenta con dolor abdominal y masa secundaria a hematocolpos. La agenesia renal con una masa pélvica ipsilateral debe aumentar el índice de sospecha y por tanto, la posibilidad de valorar este síndrome en

el diagnóstico diferencial. Las pruebas de imagen serán importantes para su diagnóstico definitivo, considerando la RMN la más concluyente.

P-22 CIRUGÍA DE REASIGNACIÓN SEXUAL. TRATAMIENTO DE LA DISFORIA DE GÉNERO

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. La cirugía reconstructiva genital es una realidad hoy en día. Cada vez se realiza en mayor número de centros, con técnicas que mejoran progresivamente con el fin de completar el tratamiento de confirmación de sexo para personas transexuales o en casos de intersexualidad en la infancia. El objetivo es crear un complejo genital lo más femenino posible tanto desde el punto de vista anatómico como funcional. La calidad de la vagina reconstruida depende básicamente de la cantidad de piel peneana disponible, de su elasticidad y de la propia anatomía pélvica del paciente, que determinará la profundidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Paciente 51 años en seguimiento por Endocrinología por tratamiento hormonal con estrógeno y antiandrógeno desde 2004. Desea intervención de reasignación de sexo genital hombre-mujer. Primer tiempo: orquiectomía bilateral. Segundo tiempo: Vaginoplastia con inversión peneana: Comenzamos con un corte dorsal hasta la base del pene. La mayor parte de piel del pene se recoloca para formar las paredes vaginales en el espacio recto-vesical creado. Disección de colgajo neurovascular para neoclitoris a partir de tejido del glande. Resección de cuerpos cavernosos hasta su raíz y sección de bulbo esponjoso uretral en dirección oblicua para evitar dañarla. La uretra se secciona y redirige para emerger en la posición anatómica femenina. El tejido eréctil periuretral se elimina, para evitar problemas obstructivos. Se utiliza tejido uretral para revestir labios menores y paredes internas de la vulva mejorando la apariencia. Por último se reconstruyen los labios a partir de piel escrotal con dos pequeños pliegues que simulen los labios menores y un pequeño capuchón para el clitoris. Se deja un apósito que mantenga los tejidos sujetos hasta la primera dilatación (unos 7 días después). La sonda vesical se mantiene unas 3 semanas, momento en el que retoma el tratamiento hormonal.

CONCLUSIONES. La cirugía de reasignación sexual está en auge. Requiere un abordaje multidisciplinar y una planificación cuidadosa. Permite completar de forma quirúrgica y definitiva la confirmación sexual en las personas que lo desean y cumplen criterios. Se trata de una cirugía segura con buenos resultados tanto estéticos como funcionales.

P-23 ENDOMETRIOSIS URINARIA COMO ÚNICA LOCALIZACIÓN, UNA SIMULADORA MUY INFRECUENTE

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

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. La endometriosis con afectación del tracto urinario (ETU) es una patología muy infrecuente presentándose en un 1% de las pacientes con endometriosis, aunque este valor aumenta en los casos con infiltración profunda. Dentro de la ETU la vejiga es el órgano más frecuentemente afectado (70-85%), seguido del uréter (9-23%). La endometriosis vesical se define como la presencia de estroma y tejido glandular endometrial en el espesor del detrusor. Se puede presentar de manera asintomática aunque suele manifestarse como disuria, frecuencia miccional y hematuria. La ecografía es la técnica de imagen diagnóstica de elección. El tratamiento de la ETU comprende desde terapia hormonal y progestágenos hasta cirugía.

PRESENTACIÓN DE CASOS

Primer caso: Paciente de 50 años perimenopáusica que acude por síntomas compatibles con cólico nefrítico izquierdo autolimitados meses antes de la consulta de urología. Las pruebas de imagen informan de hidronefrosis grado IV izquierda con dilatación ureteral hasta tercio distal donde presenta masa anexial de contenido hemorrágico vs quiste complicado que es valorada por ginecología y mediante resonancia nuclear magnética informando de quiste anexial simple. Se implanta nefrostomía con escaso débito, siendo el riñón gammagráficamente nulo por lo que se realiza nefroureterectomía izquierda por retroperitoneoscopia. La anatomía patológica describe una endometriosis peri e intraureteral con márgenes de resección negativos. No ha requerido otros tratamientos tras 2 años de seguimiento.

Segundo caso: Paciente 26 años que presenta metrorragia y dolor hipogástrico de 2 años de evolución. Se realiza electrocoagulación del cuello uterino hasta en 3 ocasiones sin cese completo del sangrado. En ningún momento se evidenció foco de endometriosis en el aparato genital. Posteriormente presenta empeoramiento del dolor

hipogástrico relacionado en este caso con la micción, polaquiuria, nicturia y dos episodios de macrohematuria catamenial. En nuevas pruebas de imagen se aprecia engrosamiento de pared en fondo vesical y nódulo único sobre la cúpula vesical infiltrando la pared que no parece depender del cuerpo uterino. Se realiza cistoscopia con lesión típica de endometriosis vesical y resección transuretral que confirma el diagnóstico mediante estudio anatomopatológico. Actualmente en tratamiento de supresión hormonal se encuentra asintomática.

CONCLUSIONES. La endometriosis vesical primaria es una patología muy infrecuente, aun más su presentación en el aparato urinario como única localización. La sintomatología que presenta simula otras afecciones urológicas, lo que retrasa el diagnóstico. Es importante incluirla en el diagnóstico diferencial en pacientes con clínica urinaria en edad fértil.

P-24 EXPERIENCIA INICIAL CON PROTOCOLO LATITUDE

Muñoz Guillermo. V; Pardo Martínez. A; Rosino Sánchez. A; Barceló Bayonas. I; Jiménez Peralta.D; Barragán Gamero. M; Meroño Saura. M.A; González Billalabeitia, E; Carrillo George. C; Pietricica. B.N; Izquierdo Morejón. E; Cruces de Abia. F.I; Romero Hoyuela. A; Hita Villaplana. G; Fernández Aparicio. T.
Hospital Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El cáncer de próstata metastásico de debut presenta una alta mortalidad. El ensayo LATITUDE ha demostrado aumento de supervivencia en estos casos. Se realiza un estudio descriptivo de los resultados obtenidos en nuestro centro con este protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se recogen de forma prospectiva los pacientes en protocolo LATITUDE desde agosto de 2017 hasta octubre de 2018. Se han recogido las características clínicas: edad, PSA al diagnóstico y en el seguimiento, presencia de comorbilidades, Gleason y estadiaje valorado con Tomografía Computerizada (TC) y gammagrafía ósea. Se ha recogido si ha habido progresión de la enfermedad, así como los efectos secundarios.

RESULTADOS. Se han incluido un total de 12 pacientes con edad media de 73,80 años (65,85-84,71). El PSA al diagnóstico era de 146,59 ng/dl. Dos pacientes (16,7%) presentaron Gleason 8 y diez pacientes (83,3%) Gleason 9. Las adenopatías se encontraban en 9 de los pacientes (75%), metástasis óseas en el 100% de los pacientes, y metástasis viscerales en 8 pacientes (66,7%). Con una mediana de seguimiento de 94 días, 6 pacientes presentan reducción del PSA mayor del 95% y mejoría clínica y radiológica. Se ha evidenciado un caso de progresión clínica y radiológica a los 224 días tras inicio de abiraterona. Los efectos secundarios han sido leves y autolimitados.

CONCLUSIONES. En nuestra experiencia, los pacientes en protocolo LATITUDE han presentado una buena respuesta al tratamiento y adecuada tolerancia.

Premio Server Falgás 2018

EVALUACIÓN DEL RATIO NEÚTRÓFILOS/LINFOCITOS EN TUMORES VESICALES NO MUSCULO INVASIVOS DE ALTO GRADO.

Samper Mateo, P.; Vilchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Artés Artés, M.; Oñate Celdrán, J.; Torres Roca, M.; Andreu García, A.; Jiménez López, J.M.; Morga Egea, J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Valdevira Nadal, P.; Guzmán Martínez-Valls, P.L. HGU Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN

El ratio neutrófilos-linfocitos (RNL) se ha asociado, en su condición de marcador de respuesta inflamatoria sistémica (RIS), como un factor pronóstico para múltiples procesos malignos. Su valor en relación al tumor vesical en sus diferentes estadios es objeto de múltiples estudios actualmente. Principalmente y como consecuencia de su agresividad y mal pronóstico se han llevado a cabo múltiples estudios basados en los tumores músculo invasivos. Entre ellos el trabajo de Viers. et al. en el que se establece una relación entre un mayor RNL y mayor riesgo de enfermedad localmente avanzada en pacientes sometidos a cistectomía; así como un aumento de la recurrencia y mortalidad tanto cáncer específica como ajustada por todas las causas. El grupo de Guang Tal et al. establece una relación entre un $RNL \geq 3$ y peor supervivencia en paciente con carcinoma vesical avanzado/metastásico; a su vez observa como aquellos pacientes con un $RNL < 3$ calculado prequimioterapia muestran la mejor mediana de supervivencia ajustada por subgrupos.

En tumores no músculo invasivos de vejiga (TNMIV) existe menos evidencia científica entorno al papel del RNL como factor pronóstico. Sin embargo, podría resultar de gran ayuda conocer su papel en este subgrupo puesto que los tratamientos adyuvantes a la cirugía se basan en reacciones inflamatorias a nivel local mediante la instilación intravesical de Mitomicina C o el Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), habiendo demostrado resultados satisfactorios en términos de recurrencia y progresión.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación del RNL con diferentes factores pronóstico y con el riesgo de recidiva y progresión en TNMIV de alto grado histológico en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio retrospectivo en el que fueron incluidos 103 pacientes con TVNMI de alto grado (AG o G3) tratados en nuestro centro mediante resección transuretral de vejiga (RTUv) y posteriores instilaciones endovesicales con BCG entre Enero de 2005 y Diciembre de 2018. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: edad mayor a 18 años, TVNMI de alto grado diagnosticado mediante RTUv-biopsia y que recibieran al menos la fase de inducción del protocolo establecido en nuestro centro para las instilaciones con BCG, 6 sesiones.

Fueron recogidos datos epidemiológicos como el sexo del paciente, su edad, hábito tabáquico y el haber padecido otras neoplasias sincrónicamente o no; también características tumorales, entre ellas el tamaño, la presentación como primario o recidiva, el número, su aspecto, su categoría T según la clasificación TNM aprobada en 2009 por la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), y la presencia o no de Carinoma in situ (Cis); características del tratamiento como la aparición de intolerancia al mismo y/o efectos secundarios; y datos clínicos de tiempo de seguimiento, aparición de recidiva y/o progresión.

El RNL fue calculado a partir del hemograma realizado en el preoperatorio, 30 días antes de la intervención quirúrgica. Para la realización del cálculo se manejaron números absolutos de células.

Mediante el programa informático SPSS Statistics versión 21 realizamos en análisis estadístico aplicando Chi-cuadrado, análisis de Kaplan-Meier y regresión de Cox uni- y multivariante. Intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las principales características epidemiológicas de la población, destaca que el 53% de los pacientes presentaban más de 70 años y el 94,2% eran hombres. 63 pacientes (61,2%) eran fumadores y el 6,8% presentaban o habían presentado otras neoplasias.

Tabla 1. Características epidemiológicas

Variable	n(%)
Edad	
<70 años	50(48,5%)
≥70 años	53(51,5%)
Sexo	
Hombres	97(94,2%)
Mujeres	6(5,8%)
Tabaquismo	
Fumadores	63(61,2%)
No fumadores	40(38,8%)
Otras neoplasias	
Si	7(6,8%)
No	96(93,2%)

Respecto a las características tumorales resumidas en la tabla 2, en el 82,5% de los casos los tumores eran primarios, el 63,1% de los casos eran mayores de 3 cm y el 60,2% eran únicos. Respecto al análisis histológico 35 casos (34%) resultaron ser Ta mientras que 68 (66%) fueron T1. Destaca la alta prevalencia de Cis (84,5%) en nuestro medio.

Tabla 2. Características tumorales

Variable	n(%)
Presentación	
Primario	85 (82,5%)
Recidiva	18 (17,5%)
Tamaño	
< 3cm	38 (36,9%)
> 3 cm	65 (63,1%)
Número	
Único	62 (60,2%)
Múltiple	41 (39,8%)
T	
Ta	35 (34%)
T1	68 (66%)
Cis	
Si	87 (84,5%)
No	16 (15,5%)

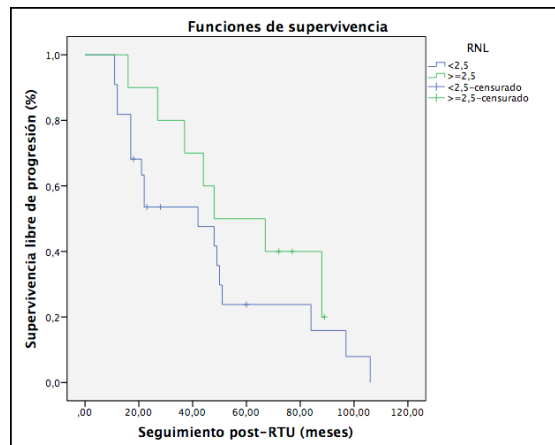
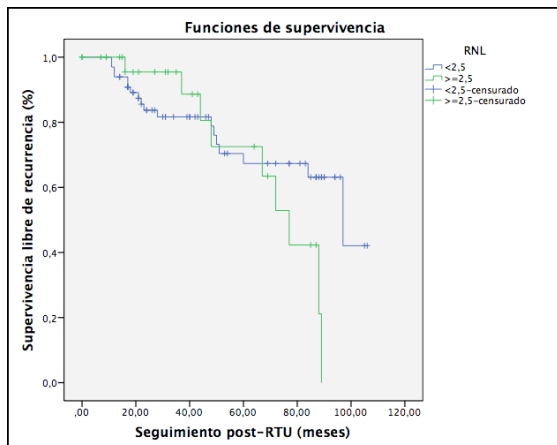
El 30,1% presentaban un RNL $\geq 2,5$, con una mediana de RNL de 2 (RIQ 1,47-2,71). La mediana de seguimiento fueron 40 meses (RIQ 19-81,5). En la tabla 3 se resume el análisis relacional del RNL con los diferentes factores pronóstico contemplados. Un RNL $\geq 2,5$ se relacionó significativamente con el hábito tabáquico ($p=0,03$); no hallándose relación con ninguna de las otras características estudiadas.

Tabla 3. Relación del RNL con los diferentes factores pronóstico, test de Chi cuadrado

Variable	RNL < 2,5 n	RNL $\geq 2,5$ n	p
Sexo			0,29
Hombres	66	28	
Mujeres	3	3	
Edad			0,17
< 70 años	37	12	
≥ 70 años	32	19	
Tabaquismo			0,03
Fumadores	47	17	
No fumadores	22	14	
Otras neoplasias			0,48
Si	4	65	
No	65	28	
Número			0,48
Único	43	17	
Múltiple	26	14	
Aspecto			0,82
Papilar	53	24	
Sólido	15	6	
Cis			0,07
No	8	8	
Si	61	23	

Con la distribución gráfica de Kaplan-Meier, representada en las figuras 1 y 2, la supervivencia libre de recurrencia no alcanzó la mediana, mientras que la supervivencia libre de progresión (SLP) a 5 años resultó para RNL <2,5 y $\geq 2,5$ del 80% frente al 75% respectivamente, no siendo estadísticamente significativa, HR 0,620 (IC 95% 0,252-1,52); Log-rank = 0,285.

En la regresión de Cox uni- y multivariable el RNL $\geq 2,5$ no resultó un factor predictor de recidiva ni progresión.



CONCLUSIONES

Diferentes estudios apuntan al RNL como un factor independiente de progresión y recidiva en el TVNMI, sin embargo, no existen muchos datos sobre su papel específico en los tumores de alto riesgo. Una de las armas más potentes de tratamiento de estos tumores es la inmunoterapia, siendo efectiva en términos de recidiva y progresión. A pesar de ello, no hemos obtenido resultados que puedan determinar el papel de la respuesta inflamatoria sistémica en el comportamiento tumoral en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

- D'Andrea et al. Prognostic Role of Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio in Primary Non-muscle-invasive Bladder Cancer. *Clinical Genitourinary Cancer*. October 2017.
- R. Mano et al. Neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts progression and recurrence of non-muscle-invasive bladder cancer. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* 33(2015) 67.e1–67.e7.
- Tan YG et al. Pretreatment neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts worse survival outcomes and advanced tumor staging in patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer *International Journal of Urology* (2017)
- Tan YG et al. High neutrophil-to-lymphocyte ratio predicts worse overall survival in patients with advanced/metastatic urothelial bladder cancer . *Int J Urol*. 2018 Mar;25(3):232-238
- Viers et al. Pretreatment neutrophil-to-lymphocyte ratio is associated with advanced pathologic tumor stage and increased cancer-specific mortality among patients with urothelial carcinoma of the bladder undergoing radical cystectomy. *European Urology* 66 (2014) 1157- 1164.

Galería de urólogos murcianos

D. Francisco Fernández Salvador (Almería, 4.3.1930 - Lorca, 18.8.2018)



Persona afable, de carácter bondadoso y amigable, con espíritu humanista y gran inquietud artística, fundó en Lorca el círculo de actividades Narciso Yepes donde tenían lugar múltiples actos culturales de variada índole en los que participaban conferenciantes de talla; experto en pintura, mantenía contactos con importantes pinacotecas nacionales, dirigió la galería de arte Thais en la ciudad, una de las principales salas de exposición de la región, poseía una excelente colección, de más de trescientos cuadros de relevantes pintores.

Amante entusiasta de la música, estudió canto, tocaba el órgano y el piano y la ópera era su pasión por la que se desplazaba a auditorios internacionales para escuchar a sus cantantes predilectos, aunque en los últimos años una acusada hipoacusia le impedía recrearse plenamente en las audiciones. Viajero incansable, disfrutó de numerosos desplazamientos de placer por todo el mundo acompañado de familiares y amigos.

Su ejercicio profesional junto con la lectura, las audiciones musicales y la contemplación de sus cuadros alegraban su vida que llenaba con su mujer Paqui Arcas Campoy, hija de un notable médico lorquino, sus cinco hijos y sus seis nietos, con los que pasaba los veranos en las playas de Isla Plana, en Mazarrón.

Establecido en Lorca en 1959, fue el primer urólogo bien formado asentado en la ciudad en la que situó la especialidad al nivel de la época con una notable práctica médico quirúrgica puesta al día y de calidad. Llegó con un amplio bagaje de conocimientos urológicos tanto médicos como quirúrgicos, que inició en la Universidad de Granada; tras licenciarse en la de Madrid, en 1953, donde fue alumno interno de la cátedra de Patología Quirúrgica del profesor Martín Lagos, hizo su especialización urológica con José Martín Vivaldi, con el que permaneció hasta 1957, en la clínica que dirigía en el Hospital Provincial de San Juan de Dios y en el H. Ruiz de Alda; la completó con una serie de estancias de ampliación de estudios, en París con el profesor Roger Couvelaire, en el Hospital Lariboisière; en Lyon, con Jean Cibert, en el Hospital Edouard Herriot, y en España en el Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, con Puigvert Gorro.

En Lorca comenzó su trabajo con el ejercicio libre de la Urología y, por un corto periodo, realizó la cirugía en el Hospital de San Francisco y la prosiguió en la clínica Virgen de las Huertas. Al inaugurarse la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Santa Rosa de Lima, en 1973, ocupó el puesto de jefe de equipo quirúrgico de Urología plaza que consolidó en 1990 y que desempeñó hasta su jubilación en el año 2000.

Miembro fundador de la Asociación Murciana de Urología, en 1994, fue nombrado socio de honor en 2013.

Sirvan estas letras de recuerdo de sus compañeros y amigos con el reconocimiento a su gran labor humana y médica.

Mariano Pérez Albacete

Recordando al Dr. Fernández Salvador

Recordar a D. Francisco Fernández Salvador, para los que convivimos con él durante un tiempo es muy fácil y sobre todo deja una agradable sensación de haber compartido con él un tiempo de mi vida, ya que en general me viene a la memoria una serie de anécdotas debido al carácter abierto que tenía y a la sonrisa que casi siempre manifestaba su rostro.

Yo le conocí en Septiembre de 1982 y me recibió en la consulta diciembre, “me alegro de que al fin tenga alguien con quien compartir los casos clínicos de la zona de Lorca aunque espero que nadie piense que eres mi hijo ya que yo no tengo una edad como para tener un hijo de 25 años”, y es que en el fondo era bastante coqueto en relación a la edad y aspecto físico. En cuanto a su formación urológica no voy a decir nada pues ya el Dr. Perez Albacete ha hecho una buena reseña, y solo quiero decir que a mí me hizo aterrizar en la urología de batalla, la de todos los días, y con una calidad científica y humana a destacar. Como supongo que algunos conocéis tenía un problema de sordera que le llevaba a tener un humor especial, en vez de tener mal genio y sentirse aislado, él convertía esa limitación en anécdotas. Hubo un día que estaba viendo a un paciente también algo “duro de oído” y como la conversación como se puede suponer estaba bastante alta de tono, cuando terminó la visita, acompañó al paciente a la puerta de la consulta y dijo al resto de la sala de espera: “No piensen que nos estamos peleando es que este señor es sordo y he tenido que hablarle fuerte”.

Como muchos de los que le conocimos, sabemos que su gran pasión ha sido la Opera, así que viajaba frecuentemente a Madrid para escuchar alguna obra. Cuando estaba de vacaciones en la ciudad de Águilas, donde yo también solía veranear, escuchaba la música él y toda la paya de alrededor, así que cuando de metía en el agua, se fabricó un artilugio para poder escuchar la música en la colchoneta de playa que solía atar a la boya que separaba el límite del baño de la zona de navegación, allí yo le visitaba con frecuencia y podíamos hablar un poco más fuerte sin que nadie nos molestara. Una de la últimas veces que le vi, fue en un acto penitencial en la Iglesia de San Mateo, y sin ningún pudor me dijo en un tono más alto de lo normal, que estoy seguro de que lo oyó media iglesia. “yo no puedo confesar aquí, porque si nó mis pecados los van a conocer todo el pueblo de Lorca”.

La última vez que le vi, fue en el hospital dos días antes de su fallecimiento, fuimos a saludarle la enfermera que compartimos durante un tiempo él en la zona, y yo después de su jubilación, en el hospital y empezó a preguntarle por la familia y por los nietos y cuando se dio cuenta de que se había equivocado de persona, pues estaba algo obnubilado, solo se le ocurre decir: “con razón no me cuadraba que te hubieras tintado el pelo”.

Como anécdotas basta un botón, pero la verdad es que cuantos le conocimos tenemos un grato recuerdo tanto desde el punto de vista profesional como humano. Ha sido una persona, con sus luces y sombras, pero que a cuantos nos hemos relacionado con él, nos ha dejado un buen sabor. Yo he aprendido mucho de él, he disfrutado de su compañía y me atrevería a pensar que también de su cariño, por lo que yo solo y a través de estas líneas, me gustaría rendir homenaje a un hombre íntegro, honrado, de buen corazón y “sordo”. A él y a toda su familia mi más cariñoso saludo y afecto y en la espera que en la otra vida nos volvamos a encontrar.

Afectuosamente tu ayudante, compañero y amigo:

Ramón La Iglesia Cabrerizo