

# BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XIX - Nº 21. MURCIA, febrero 2015



## Asociación Murciana de Urología

### JUNTA DIRECTIVA

#### PRESIDENTE:

Gerardo Server Pastor

#### VICEPRESIDENTE:

Leonardo Nortes Cano

#### SECRETARIO:

Pedro Antonio López González

#### TESORERA:

Gloria Doñate Iñiguez

#### VOCAL CIENTÍFICO:

Tomás Fernández Aparicio

#### VOCALES:

Eugenio Hita Rosino

Emilio Izquierdo Morejón

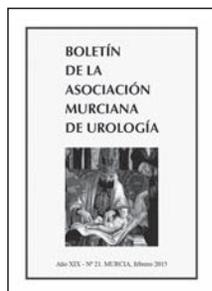
#### SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL

DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda. Juan Carlos I - Murcia

www.uromurcia.es



#### Portada:

Retablo de la  
iglesia parroquial  
de St. Wolfgang,  
Sankt Wolfgang,  
Austria.

Michael Pacher  
(1435-1498).

#### 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

<b>Editorial</b> .....	3
<b>XX Jornadas Urológicas Murcianas. Hospital Rafael Méndez, Lorca</b> .....	4
<b>25 años de la creación del Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca</b> .....	5
<b>Programa científico XX Jornadas</b> .....	7
<b>Comunicaciones presentadas</b> .....	8
<b>Videos</b> .....	21
<b>Póster</b> .....	28
<b>Programa de Enfermería</b> .....	37
<b>Actividades científicas desarrolladas en el año 2014:</b> .....	41
<b>Galería urológica murciana Dr. D. José Lorca García</b> .....	44
<b>Premio Gerardo Server Falgás 2014</b> .....	46

Hola amigos,

Lo primero que deseamos transmitir es nuestro deseo de un feliz año 2015, lleno de salud y prosperidad para vosotros y vuestras familias.

Queremos también tener un recuerdo para nuestro amigo y compañero D. José Lorca García que como sabéis, nos dejó este año pasado. Socio fundador de nuestra Asociación, personaje emblemático de la urología murciana y mejor persona. Siempre estará en nuestro recuerdo.

Desde el punto de vista profesional ha sido un año interesante. La industria farmacéutica parece apostar por nuestra especialidad; después de unos años con escasas novedades, ya tenemos a nuestra disposición nuevas moléculas y otras aparecerán en un corto espacio de tiempo, ampliando así nuestro arsenal terapéutico y, por ende, el campo de nuestra acción médica. La AMU se congratula de haber sido un interlocutor eficaz con la administración sanitaria autonómica, para mantener todos los tratamientos hormonales para el cáncer de próstata dentro del campo del urólogo.

La página web, es ya una realidad. En noviembre del 2013 se publicó la nueva versión del sitio web de la AMU, bajo el dominio [www.uromurcia.es](http://www.uromurcia.es), y junto con un rediseño de la iden-

tidad corporativa. Esta web persigue tres objetivos fundamentales: reforzar la imagen institucional de la Asociación en la red, proporcionar un nuevo canal de comunicación a los socios, y ofrecer herramientas y recursos online a sus usuarios. Para ello se han desarrollado diversas secciones, incluyendo entre otras, un apartado de novedades (noticias y eventos), el envío online de resúmenes e inscripciones a las Jornadas Regionales, y recursos como lecturas recomendadas y calculadoras urológicas.

En un esfuerzo de mejora continua, se siguen añadiendo nuevos contenidos y secciones como Historia, Publicaciones, o el envío de newsletters a los asociados. También se ha realizado un trabajo de posicionamiento en buscadores, que ha redundado en un aumento de las visitas mensuales hasta alcanzar los 230 usuarios individuales, incluyendo un número significativo de visitantes de fuera de nuestra comunidad, tanto desde ámbito nacional como internacional.

Este año, nuestra reunión anual, será organizada por los compañeros del Hospital Rafael Méndez de Lorca, con el Dr. D. Ramón de la Iglesia Cabrerizo a la cabeza. Se llevará a cabo en el marco incomparable del Parador Nacional de Lorca. Creemos que será una oportunidad única de disfrutar de unos días tan provechosos como placenteros.

*La Junta Directiva de la Asociación  
Murciana de Urología*

# XX Jornadas Urológicas Murcianas

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ, 20 Y 21 DE FEBRERO DE 2015



Estimados compañeros:

El servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca, es el encargado de organizar la Jornada número XX de nuestra Asociación Regional desde que tenemos entidad propia.

También para nosotros esta reunión es muy significativa, porque se cumplen los 25 años de la creación de nuestro Servicio de Urología, ya que antes Lorca estaba servida de un cupo de ambulatorio que atendía a su población, ya que no había un hospital con suficiente entidad.

Los tiempos cambian, se abre el Hospital Rafael Méndez en 1990, se habían abierto anteriormente algunas nuevas especialidades, que trabajamos durante un corto periodo de tiempo en una cierta forma virtual y al final se consiguió abrir con una dotación mínima.

Lorca desde siempre ha sido tierra de frontera, por un lado el reino de Granada, por otro el Reino de Valencia y por otro el Reino de Castilla, eso ha hecho de esta tierra y de sus habitantes una tierra de acogimiento, una manera de pensar y de sentir abierta a todo y a todos.

Poco tengo yo que decir de esta ciudad que no se haya dicho ya, de su historia, de sus

bordados, de sus desfiles Bíblico Pasionales, de toda su riqueza y esplendor. Solo hay que pasear por sus calles y visitar sus museos para darse cuenta de lo que es Lorca.

También ha sido tierra de tragedia, ha tenido inundaciones y últimamente un gran terremoto como todos sabéis, en 2011, pero el carácter de esta ciudad, de sus ciudadanos, la ha hecho viva y ha resurgido de nuevo, con nuevo esplendor y nuevas energías. Este hospital sufrió también mucho con el terremoto, hubo que ser evacuado un tiempo, reparado posteriormente, y aquí está dando asistencia a una población de ciento noventa mil habitantes.

Es para mí, un honor y una alegría el poder daros la bienvenida de nuevo a este hospital, a este servicio, que ya anteriormente había organizado en los años 1997 y 2007 nuestra III y XIII Reunión Regional de Urología.

Espero que tanto vuestro paso por nuestra ciudad, como la participación y asistencia a estas jornadas, os marque un poco el corazón, y que cuando recordéis estos días, vividos en Lorca vuelvan los recuerdos de haber formado parte al menos un tiempo de nuestra familia.

Sed todos bienvenidos a Lorca.

## 25 años de la creación del Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca

---

El Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca es este año 2015 el encargado de organizar las XX Jornadas de la AMU que se vienen celebrando de forma independiente desde 1996, ya que anteriormente como sin duda algunos compañeros no sabréis, (debido a vuestra edad) las reuniones anteriores las celebrábamos conjuntamente con la Asociación Urología de la Comunidad Valenciana constituyendo la Regional del Levante.

Es significativo también el decirnos que en este año se cumplen los 25 años de la creación del servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

En un principio, y durante casi cuatro años, como no pudo ser de otra manera, el único miembro del Servicio fui yo. Posteriormente la incorporación de la Dra. M<sup>a</sup> José Montes Díaz hizo que el servicio se incrementara en un 100 %.

Lorca ha sido sede de dos congresos regionales más, el III y el XIII, celebrados en los años 1997 y 2007, creemos que con un balance positivo y con gran satisfacción por nuestra parte, al poder recibir a todos los compañeros de nuestra asociación.

Para que os hagáis una idea de estos 25 años urológicos en el Área III de Lorca (porque siempre es bueno conocer a los compañeros, que forman y han formado parte de nuestra asociación) tengo que decir que los comienzos fueron algo duros, al no contar con personal suficiente ni recursos en demasiada abundancia.

Durante cuatro años el único miembro del servicio, tuvo que lidiar con los pacientes del área, pasando consulta tres días a la semana y teniendo actividad quirúrgica los otros dos días, atendiendo todo el tiempo los postoperatorios y las urgencias de puerta (bueno solo once meses al año). Cuando la Dra. Montes se incorporó al servicio, la carga fue más

llevadera como podéis suponer, solo teníamos que dividir la actividad al 50 %. Las sesiones clínicas las podíamos hacer mientras operábamos.

Posteriormente fue el Dr. Mariano Rigabert Montiel quien formó parte de nuestro servicio durante algo más de tres años. Nuestra carga asistencial disminuía poco a poco. Al poco tiempo se incorporó de una forma estable el Dr. Andrei Bitsunov Bitsunova, que venía haciendo sustituciones de forma ocasional y que provenía de Gijón (antes de Moscú), así como durante un tiempo pequeño, pudimos compartir trabajos e ilusiones con el Dr. Eugenio Hita Rosino, actualmente en el Hospital Santa Lucia de Cartagena.

Por allá en el año 1997 se incorpora el Dr. Antonio Moreno Santurino que permanece con nosotros dos años procedente de Talavera de la Reina, y que vuelve a su ciudad natal, donde sigue ejerciendo actualmente. El Dr. Rigabert había vuelto a su hospital, la Virgen de la Arrixaca, y se incorporan nuevos miembros a nuestro servicio procedentes de otra parte del mundo. Se incorpora el Dr. Kamal Hawamet (†), el Dr. Pietro Moscatiello, El Dr. Ali Chateau. Al fin éramos seis miembros en el equipo. Durante 3 años compartimos conocimientos, filosofías y maneras distintas de pensar. Fue un tiempo de expandir la mente sobre todo. Éramos compañeros con visiones diferentes del mundo.

El Dr. Hawamet murió en «acto de servicio», ya que estuvo trabajando hasta el último momento y sentimos un gran pesar, (d.e.p.). El Dr. Moscatiello se trasladó al hospital La Paz y posteriormente a Móstoles y el Dr. Chateau volvió al Líbano de donde era.

Hubo nuevas incorporaciones al servicio, y nos tocó en este tiempo compartir trabajo y esperanzas con nuevos compañeros, procedentes de «las Americas», Fueron el Dr. Fernando Barbosa, mejicano, el Dr. Antero Hernández y Dr. Sergio Buitrago, ambos cuba-

nos, y el Dr. Tabarack del país del Nilo, Egipto. Fue el tiempo de escasez de personal nacional, y gracias a ellos y a nosotros, el servicio pudo seguir trabajando y cumpliendo con sus obligaciones.

Es en 2012 cuando se incorporan el Dr. José Carlos Ruiz Morcillo procedente del Hospital Virgen de la Arrixaca y el Dr. José David Jiménez Parra procedente de la Clínica Universitaria de Navarra y por último este año la Dra. Raquel Berrio Campos, procedente del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Cuando pienso en todo este tiempo pasado, en estos veinte y cinco años urológicos, se me viene al recuerdo dos ideas. La primera es que Lorca es tierra de frontera y por tanto, tierra de acogida. Yo que no soy lorquino de nacimiento, si lo soy de vocación. Vosotros podéis experimentar esa cercanía si paseáis

por nuestra ciudad. Segunda idea, no hay límites para el esfuerzo si se tiene la ilusión por el trabajo y un fin determinado, la asistencia a las personas que tienes encomendadas y que son tu responsabilidad.

Hemos trabajado todo lo bien que hemos podido, hemos acogido al emigrante y hemos mejorado en la asistencia. Posiblemente la próxima reunión regional que se celebre en Lorca, algunos ya no estaremos ejerciendo en este Servicio, pero espero que al menos en el recuerdo quede la idea de que en Lorca hubo urólogos que dieron lo mejor que tenían o hicieron lo mejor que sabían.

Sed todos de nuevo bienvenidos a Lorca.

*Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo*  
Jefe Sección de Urología Área III. Lorca



# Programa científico



**amu**  
Asociación Murciana de Urología

## XX JORNADA DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Parador de Lorca, 20 y 21 de Febrero 2015

### **Viernes 20 de Febrero:**

16-16,30 h. Entrega de documentación y Apertura del Congreso.

16,30- 18 h. **Mesa Redonda: Novedades en Uro oncología**

Moderadores:

Dr. J. Carlos Ruiz Morcillo – Hospital Rafael Méndez de Lorca

Dr. Emilio Izquierdo Morejón – Hospital Morales Meseguer de Murcia

**Lectura de comunicaciones Mesa 1**

19-20,30 h. **Mesa redonda: Controversias en Uro oncología**

Moderador: Dr. Juan Moreno Avilés.

Ponentes:

Nuevo papel en técnicas de imagen en Carcinoma de Próstata Hospital Morales Meseguer: Dr. Bernardino Miñana López

Tratamiento del Tm. Urotelial de Tracto urinario superior: Hospital Virgen de la Arrixaca: Dr. Mariano Rigabert Montiel.

Controversias en Cirugía laparoscópica Vs cirugía abierta en Cáncer vesical y prostático: Hospital Los Arcos. Dr. Pablo Guzmán Martínez-Valls

### **Sábado 21 de Febrero**

09:30-11 h. **Comunicaciones libres. Mesa 2**

Moderador: Dr. Pedro Valdevira Nadal – Hospital Reina Sofía

Dr. José David Jiménez Parra- Hospital Rafael Méndez de Lorca

11:00-11:30 h. Coffee-Break

11:30-12:00 h. Mesa redonda: Gestión de la Calidad en un servicio de Urología

Moderador: Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo- Hospital Rafael Méndez de Lorca

Dr. José Carlos Ruiz Morcillo – Hospital Rafael Méndez de Lorca

Dra. Raquel Berrio Campos – Hospital Rafael Méndez de Lorca

12:00-13:00: **Mesa redonda Videos**

Moderadores: Dr. Pedro López Cubillana – Hospital Virgen de La Arrixaca

Dr. Raúl Montoya- Hospital Santa Lucía.

13,15- 14: **Asamblea AMU**

Examen de residentes.

14,15: Comida y despedida

## C-1.1 MANEJO DEL HUESO EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA

---

P. L. Guzmán Martínez-Valls, G. Doñate Iñiguez, A. Maluff Torres, C. Sánchez Rodríguez, B. Honrubia Vilchez. Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). Murcia.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El Cáncer de Próstata (CP) representa un problema de salud pública en el mundo. El Hueso se afecta porque la edad media al diagnóstico es avanzada, es el lugar fundamental de la metástasis en las fases avanzadas y por otra parte el tratamiento con privación androgénica (DA) incrementa la resorción y reduce la densidad mineral ósea en aquellos que lo utilizan.

Los problemas con el esqueleto suponen gran impacto en la calidad de vida.

Nuestro objetivo es presentar nuestro manejo una vez que se ha conocido más profundamente el intercambio mineral óseo y la aparición de nuevas moléculas: recomendaciones y pautas de tratamiento para la prevención de los eventos óseos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos revisión de la literatura utilizando: "prostatic neoplasm, neoplasm metastases, bone neoplasm, bone treatment, denosumab".

Con el análisis de bibliografía y evaluando diferentes consensos hemos establecido el Manejo del Hueso en los pacientes con CP en nuestra Área

**RESULTADOS:** Les recomendamos medidas higiénico-dietéticas: evitar tabaco y alcohol, ejercicio, suplementos de Calcio y Vitamina D; según antecedentes de fracturas (cadera o cuerpo vertebral) o grado de pérdida mineral ósea, medido por densitometría, tratamiento antirresortivo con Denosumab 60 mg sc c/6 meses y suplementos de vit D y Calcio.

Los enfermos con metástasis confirmada Denosumab sc 120 mg sc c/4 semanas o Zoledrónico 4 mg c/3-4 semanas junto con complementos de vit D y Calcio individualizando al paciente: edad, función renal, tolerancia, movilidad,...

**CONCLUSIONES:** Un manejo "adecuado" del hueso en el CP desde el inicio de la DA y tratamiento antirresortivo si cumple determinados criterios mejora la calidad de vida y disminuye el riesgo de los eventos óseos.

La prevención y manejo de la afectación del hueso depende de cada individuo, de su situación basal y de la afectación: dolor, compresión o riesgo..., siendo en el paciente metastásico multidisciplinar.

## C-1.2 DISEÑO DE CALCULADORA PARA CONOCER LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA SUBSIDIARIOS DE LINFADENECTOMÍA SEGÚN EL NOMOGRAMA DE BRIGANTI

---

Sánchez Rodríguez, C.; Doñate Iñiguez, G.; Maluff Torres, A.; Honrubia Vilchez, B.; Guzmán Martínez-Valls, PL.; Helguera Represa, P.\*

Servicio de Urología. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor.\* PixelHive Desarrollo Web.

**INTRODUCCIÓN:** la linfadenectomía pélvica continúa siendo el estándar de oro para determinar el compromiso ganglionar en los pacientes con cáncer de próstata. En la literatura las series más recientes están a favor de realizar una linfadenectomía pélvica extendida (LPE). El nomograma de Briganti (NB) es el único construido a partir de LPE y nos ayuda a conocer que pacientes con cáncer de próstata son subsidiarios de linfadenectomía (aquellos con un riesgo >5%). El problema es su manejo lento y algo dificultoso para utilizarlo en nuestra consulta diaria. Por ello presentamos una calculadora basada en este nomograma y los resultados obtenidos al utilizarla en nuestros pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio retrospectivo incluyendo los 78 pacientes sometidos a prostatectomía radical desde Mayo/2011 en nuestro Servicio. La LPE se realizó en casos de cáncer prostático con estadio clínico >T2b, PSA >20 y/o Gleason >7(4+3). Diseño de calculadora (documento HTML) con las variables (estadio clínico, PSA preoperatorio, Gleason primario, Gleason secundario y % de cilindros afectados) del NB aplicándola para calcular el riesgo de afectación ganglionar. El análisis estadístico fue realizado con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** existe una buena fuerza de concordancia entre ambas indicaciones (índice Kappa=0.66). Se realizó LPE en el 24% de los casos. Según la indicación del NB se debería haber realizado en el 26.9% de los pacientes. Se realizó la LPE extendida en todos los pacientes que indicaba el NB a excepción de 6 pacientes. En todos los pacientes con ganglios positivos está indicado realizar la LPE según el NB.

**CONCLUSIÓN:** disponemos de una nueva herramienta para ayudarnos en la difícil decisión de a que pacientes con cáncer de próstata realizar linfadenectomía. En la actualidad y en la bibliografía consultada no disponíamos de ninguna calculadora basada en el NB que nos diera la probabilidad de afectación linfática como resultado final.

### **C-1.3 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS LINFADENECTOMÍAS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA. ¿ES ÚTIL EL NOMOGRAMA DE BRIGANTI EN NUESTRA SERIE?**

---

*Carlos Carrillo George, Antonio Rosino Sánchez, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Ángela Rivero Guerra, Isabel Barceló Bayona, Bogdan Nicolae Pietricica, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Romero Hoyuela, Gregorio Hita Villaplana, Tomás Fernández Aparicio, Bernardino Miñana López.*  
*Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La prevalencia de afectación ganglionar en el carcinoma de próstata resulta variable por lo que cada vez es más frecuente el uso de nomogramas predictivos para determinar la probabilidad de su afectación. Los resultados obtenidos condicionarán la realización de linfadenectomía pélvica ampliada asociada a la prostatectomía radical.

El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas de pacientes intervenidos de prostatectomía radical con linfadenectomía ampliada y ver la aplicabilidad y resultados que presenta el uso del nomograma de Briganti en nuestra serie.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 43 casos consecutivos sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía ampliada entre los años 2010 y 2013 en el Hospital Morales Meseguer. Clasificamos a los pacientes según la puntuación obtenida en el nomograma de Briganti en superior e inferior a 100 puntos (probabilidad de afectación ganglionar del 5% aproximadamente) y procedemos a su posterior análisis estadístico mediante SPSS 20.0.

**RESULTADOS:** La edad media fue 62,15 años (52-75) encontrando un tacto rectal sospechoso en 38% de los casos en los que se realizó linfadenectomía y en el 50% de los casos en los que se encontraron ganglios patológicos. La distribución de grupos de riesgo tras la cirugía fue 4,7% bajo riesgo, 67,4% riesgo intermedio y 27,9% riesgo alto.

Se encontraron ganglios patológicos en 18,6% de los pacientes. El número medio de ganglios resecaos fue 13 (4-32) lográndose resecao mayor número de ganglios con abordaje laparoscópico (14,25) frente a cirugía abierta (11,66) aunque no fueron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,32$ ).

Al clasificar a los pacientes en grupos según la puntuación obtenida en el nomograma de Briganti, la puntuación media del grupo superior a 100, fue de 134 puntos encontrando ganglios positivos en el 31% de los casos. En el grupo con puntuación inferior a 100, se obtuvo una puntuación media de 73 puntos encontrando solo un caso con ganglios patológicos.

**CONCLUSIONES:** La aplicación del nomograma de Briganti en nuestra serie puede resultar útil para predecir la probabilidad de afectación neoplásicas ganglionar.

### **C-1.4 PROTOCOLO DE BIOPSIAS DE VESÍCULAS SEMINALES SIMULTÁNEO A BIOPSIAS PROSTÁTICAS: FACTORES PREDICTORES DE INVASIÓN SEMINAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA**

---

*Montoya Chinchilla R, Rosino Sánchez A.*  
*Hospital Santa Lucía/Hospital Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN:** La invasión de vesículas seminales por cáncer de próstata asocia una probabilidad de enfermedad ganglionar regional del 32-50%, por lo que conocer esta característica antes de ofrecer un tratamiento con intención curativa es necesario. Los factores predictores de T3b conocidos se basan en estudios de series de prostatectomías, **siendo muy pocos los que utilizan parámetros obtenidos en protocolos de biopsias de vesículas seminales.**

**OBJETIVOS:** Analizar la capacidad predictora de cáncer de próstata T3b en las variables utilizadas en las biopsias prostáticas. Desarrollar un nomograma predictor de invasión de vesículas seminales basado en nuestra casuística.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y observacional, desde mayo de 2006 hasta diciembre de 2012. Criterios de inclusión: pacientes a los que se les va a realizar un primer set de biopsias de próstata candidatos a tratamiento curativo radical, menores de 75 años, con PSA menor o igual a 50 ng/ml y alguno de los siguientes criterios:

1. PSA total mayor o igual de 15 ng/ml,
2. Alteraciones (al tacto rectal o en la ecografía transrectal) sugestivas de infiltración neoplásica por cáncer de próstata hacia las vesículas seminales,

3. Nódulo (al tacto rectal o en la ecografía transrectal) sugestivo de cáncer de próstata en localización basal prostática.

La muestra del estudio fue de 140 pacientes.

**RESULTADOS:** De las variable pre-biopsia analizadas han mostrado una mayor asociación con el estadio T3b: la densidad de PSA (AUC 0,67 p 0,019), la presencia de tacto rectal sospechoso y la presencia de nódulo hipoecogénico en bases prostáticas. De las variable post-biopsia analizadas han mostrado una mayor asociación con el estadio T3b: el sumatorio Gleason, la infiltración tumoral de bases prostáticas, la presencia de invasión perineural, el porcentaje de cilindros afectados (AUC 0,82 p 0,0001) y el porcentaje de tejido afectado (AUC 0,86 p 0,0001). (Tabla 1)

Se ha desarrollado un nomograma predictor de T3b tanto con los parámetros pre-biopsia exclusivamente (PSA, presencia de tacto rectal sospechoso en bases prostáticas y presencia de nódulo hipoecogénico en bases prostáticas), como con los pre y post-biopsia (presencia de nódulo hipoecogénico en bases prostáticas y porcentaje de tejido afectado).

**CONCLUSIÓN:** La presencia de infiltración bibasal por el cáncer de próstata y un porcentaje de tejido infiltrado mayor del 30% muestran los valores predictivos positivos más altos del estudio (54,54% y 63,63% respectivamente). El uso del nomograma desarrollado ayuda a conocer la probabilidad de invasión de vesículas seminales en pacientes con los criterios de indicación descritos.

Tabla 1

	RR	VPP	VPN
DPSA>0,25 ng-cc/ml	4,04 (1,02-21,27)	17,2%	95,74%
Tacto rectal global sospechoso	4,3 (1,92-16,05)	27,27%	93,68%
Tacto rectal en bases prostáticas sospechoso	4,25 (2,06-18,07)	36,36%	91,45%
Presencia de nódulo hipoecogénico	2,93 (1,28-10,26)	26,66%	90,90%
Sumatorio Gleason (6 vs > 6)	6,08 (1,86-41,49)	34,78%	94,28%
Infiltración basal	8,98 (1,59-101,81)	32,07%	96,42%
Afectación bilateral basal	3,38 (1,74-22,28)	54,54%	83,87%
Infiltración perineural	5,38 (2,12-31,02)	38,46%	92,85%
Cilindros afectados, punto de corte 30%	11,23 (2,06-132,17)	34,04%	96,96%
Tejido afectado, punto de corte 30%	9,38 (6,32-91,52)	63,63%	93,22%

## C-1.5 PROTOCOLO DE BIOPSIAS DE VESÍCULAS SEMINALES SIMULTÁNEO A BIOPSIAS PROSTÁTICAS: CAPACIDAD DIAGNÓSTICA Y ANÁLISIS DE LOS CRITERIOS DE INDICACIÓN

Montoya Chinchilla R, Rosino Sánchez A.  
Hospital Santa Lucía/Hospital Morales Meseguer.

**INTRODUCCIÓN:** La invasión de vesículas seminales por cáncer de próstata asocia una probabilidad de enfermedad ganglionar regional del 32-50%, por lo que conocer esta característica antes de ofrecer un tratamiento con intención curativa es necesario. La resonancia magnética actual tiene una sensibilidad del 45% según los meta-análisis realizados. Sólo las biopsias de vesículas seminales pueden ofrecer un valor predictivo positivo del 100%. El único estudio que ha analizado las biopsias de vesículas seminales simultáneo a biopsias prostáticas alcanzó una capacidad diagnóstica del 10,1%. El resto de estudios realizan biopsias de vesículas seminales como estadificación en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata, alcanzando una capacidad diagnóstica del 9,9-17,6%.

**OBJETIVOS:** Analizar la capacidad diagnóstica de un protocolo de biopsias de vesículas seminales simultáneo a biopsias prostáticas, así como describir la asociación con la invasión seminal de cada uno de los criterios de indicación utilizados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y observacional, desde mayo de 2006 hasta diciembre de 2012. Criterios de inclusión: pacientes a los que se les va a realizar un primer set de biopsias de próstata candidatos a tratamiento curativo radical, menores de 75 años, con PSA menor o igual a 50 ng/ml y alguno de los siguientes criterios:

1. PSA total mayor o igual de 15 ng/ml,
2. Alteraciones (al tacto rectal o en la ecografía transrectal) sugestivas de infiltración neoplásica por cáncer de próstata hacia las vesículas seminales,

3. Nódulo (al tacto rectal o en la ecografía transrectal) sugestivo de cáncer de próstata en localización basal prostática.

La muestra del estudio fue de 140 pacientes.

**RESULTADOS:** Se ha detectado invasión seminal por cáncer de próstata en un 12,85% de la muestra. Considerando solo a los pacientes con cáncer de próstata dicho porcentaje asciende hasta un 22,22%. Pacientes biopsiados con solo 1 criterio asociaron T3b en un 7,5%, con 2 criterios un 22,2% y presentando los 3 criterios un 66,7% (con un riesgo relativo de 6,38 y un valor predictivo negativo del 89,55%). El criterio que más asoció T3b fue la presencia de sospecha de neoplasia en basas prostáticas, con una asociación del 29,3%, con un riesgo relativo de 4,83 y un valor predictivo negativo del 93,93%.

**CONCLUSIÓN:** El protocolo de biopsias de vesículas seminales expuesto ofrece la capacidad diagnóstica más elevada de las descritas en la literatura. El criterio de indicación referente a la sospecha de bases prostáticas infiltradas, usado de forma pionera en este estudio, ha mostrado la mayor asociación con T3b de todos los criterios de indicación estudiados hasta la fecha

### **C-1.6 VOLUMEN PROSTÁTICO Y AGRESIVIDAD TUMORAL: ¿ES POSIBLE UNA RELACIÓN ENTRE VOLUMEN DE LA PIEZA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL, MÁRGENES QUIRÚRGICOS Y AGRESIVIDAD TUMORAL?**

---

*Vílchez Costas AI, García Escudero D, Velilla Asurmendi P, Samper Mateo P, Sempere Gutiérrez A, Oñate Celdrán J, Torres Roca M, Morga Egea JP, Valdelvira Nadal P, Jiménez López JM, Andreu García A, Rico Galiano JL, Fontana Compiano LO*

*Hospital General Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** el cáncer de próstata es la segunda neoplasia maligna en frecuencia en los varones del mundo Occidental. En Europa la incidencia ha aumentado en los últimos años, probablemente en relación a la intensificación del uso del PSA que ha permitido la realización de un mayor número de biopsias.

La investigación en cáncer de próstata va encaminada a establecer de manera más precisa los posibles factores que definan los casos más agresivos, para así establecer el tratamiento más adecuado desde el inicio.

**OBJETIVOS:** en el presente trabajo se pretende analizar si existe asociación entre el volumen de la pieza tras prostatectomía radical, la presencia de márgenes quirúrgicos positivos y la agresividad de la enfermedad al diagnóstico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio de cohortes retrospectivo en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata sometidos a prostatectomía radical entre octubre de 2001 y diciembre de 2013 en el área VII de Salud de la Región de Murcia.

**RESULTADOS:** no se evidencia una relación estadísticamente significativa entre el volumen de la pieza tras prostatectomía y la agresividad de la enfermedad al diagnóstico. Si bien, sí es posible establecer de manera significativa una relación directamente proporcional entre agresividad tumoral y márgenes quirúrgicos positivos.

**CONCLUSIONES:** con los resultados obtenidos en el presente trabajo, no se puede establecer una relación entre la agresividad tumoral al diagnóstico y el tamaño de la pieza tras prostatectomía radical.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer de próstata, agresividad tumoral, volumen prostático, tamaño tumoral, factores crecimiento.

### **C-1.7 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS PROSTATECTOMÍA RADICALES REALIZADAS ENTRE 2011 Y 2013**

---

*Carlos Carrillo George, Antonio Rosino Sánchez, Guillermo Hidalgo Aguyó, Leandro Reina Alcaina, Ángela Rivero Guerra, Isabel Barceló Bayona, Bogdan Nicolae Pietricica, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Romero Hoyuela, Gregorio Hita Villaplana, Tomás Fernández Aparicio, Bernardino Miñana López.*

*Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La neoplasia prostática es la neoplasia sólida más frecuente del varón siendo la segunda con mayor mortalidad. En los últimos años han surgido nuevas modalidades de manejo tanto en tumores de bajo riesgo como en los de alto riesgo. Estas nuevas terapias han modificado el perfil de los pacientes intervenidos en los últimos años.

El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical de forma reciente en nuestro hospital.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza un análisis retrospectivo de 139 casos consecutivos de pacientes sometidos a prostatectomía radical en el Hospital Morales Meseguer entre julio 2011 y diciembre 2013. Procedemos a su análisis estadístico mediante SPSS 20.0.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes intervenidos fue 62,6 años (IC 95% 60,9-64,39) (46-75) encontrando un tacto rectal sospechoso en el 12,3% de los casos. El volumen prostático medio fue 44,2g (17-120g) con una concentración media de PSA al diagnóstico de 8,45 ng/ml (IC 95% 7,76-9,14). La distribución según los grupos de riesgo de D'Amico en función del Gleason de la biopsia fue 48,7% bajo riesgo, 42,1% riesgo intermedio y 9,2% alto riesgo.

De las 137 intervenciones se realizaron 105 abordajes laparoscópicos (75,5%) y 34 cirugías abiertas (24,4%). Se realizó linfadenectomía ampliada en el 19,4% de los pacientes. El estadio patológico más frecuente fue pT2c en el 44,6% de los casos. Se observó enfermedad extracapsular ( $\geq$ pT3) en el 20,9% de las intervenciones.

**CONCLUSIONES:** La prostatectomía radical supone una opción de tratamiento terapéutico eficaz en los pacientes con enfermedad localizada.

## **C-1.8 CONCORDANCIA DE LAS VARIABLES PRONÓSTICAS ENTRE LA BIOPSIA TRANS-RECTAL DE PRÓSTATA Y LA PIEZA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL**

*Hidalgo Agulló, G., Rosino Sánchez A., Reina Alcaína, L., Carrillo George, C., Rivero Guerra, A., Barceló Bayona, I., Romero Hoyuela, A., Izquierdo Morejón, E., Pietricica, B.N., Fernández Aparicio, T., Hita Villaplana, G., Miñana López, B. Servicio Urología. Hospital Universitario Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El grado histológico Gleason es un factor pronóstico que marca diferencias en el tratamiento del cáncer de próstata (radioterapia adyuvante, hormonoterapia...). Un hecho reflejado en la literatura es la discordancia entre el informe de anatomía patológica descrito en la biopsia y el de la pieza de prostatectomía radical.

Nuestro objetivo es analizar la concordancia entre el grado Gleason y los demás factores pronósticos de agresividad entre la biopsia prostática y la pieza de prostatectomía radical.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 1109 biopsias transrectales de próstata realizadas en nuestro hospital entre junio de 2006 y Enero de 2010, mediante protocolo volumen-dependiente.

Criterios de inclusión:

-PSA < 20 ng /dl

-Primera biopsia

Contamos con 159 piezas de prostatectomía radical.

Analizamos el grado de concordancia, así como la infragradación y la supragradación de la pieza de prostatectomía con respecto a la biopsia.

Analizamos los posibles factores que puedan provocar supragradación como son la presencia de invasión perineural y la carga tumoral. Se utiliza el software estadístico SPSS v20.

**RESULTADOS:** La media de edad es de 63 años.

Las biopsias prostáticas presentaban tumor bilateral en un 38% y las piezas de prostatectomía en un 59%. El 34% de las biopsias con tumor unilateral son bilaterales en la pieza

Se obtuvo una concordancia global del 66%, con una sobregradación en el grado Gleason del 24% y una infragradación del 10% (K=0,36).

En los casos de Gleason 3+3 se obtuvo una concordancia del 76%, con una sobregradación del 20% (K=0,41)

Los Gleason 6 presentaban un 50% de sobregradación en aquellos pacientes que presentaban afectación perineural ( $p < 0,05$ ) y un volumen tumoral  $> 25\%$

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio obtenemos una concordancia semejante a la encontrada en la literatura.

Existe un aumento de probabilidad de sobregradación en aquellos pacientes que presentan afectación perineural y mayor carga tumoral.

## C-1.9 TÍTULO: RELEVANCIA CLÍNICA DE UN TACTO RECTAL SOSPECHOSO. CORRELACIÓN CON LOS HALLAZGOS EN LA BIOPSIA

---

*Barceló Bayonas, I.; Rosino Sánchez, A.; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaína, L.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** EL Tacto rectal (TR) es un parámetro clínico usado para indicar biopsias y estadiar el cáncer de próstata. Sin embargo, en la era del PSA, su implicación clínica sobre todo en pacientes con valores bajos de este marcador tumoral, no está definido en nuestra área.

**OBJETIVO:** Determinar las implicaciones anatómo-patológicas de la presencia de un tacto rectal sospechoso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analiza de forma retrospectiva una serie de 1010 biopsias de próstata ampliadas según protocolo 12-16 realizadas en el HMM. Los resultados se estudiaron con el programa SPSS.v20.

**RESULTADOS:** 1002 (98.23%) pacientes de la serie fueron válidos para este estudio, con una incidencia de TR (+) de 12.47%. Encontramos que a mayor PSA, mayor incidencia de TR (+) (tacto rectal sospechoso) con  $P < 0.001$ . Sin embargo, un 9% y un 10.5% de los pacientes con PSA  $< 10$  ng/ml y entre 10 y 20 ng/ml presentaron TR (+), respectivamente.

El TR (+) se asoció a neoplasia en un 88.1% Vs 36.6% si el TR (-) ( $p < 0.0001$ ). Dicha mayor incidencia en neoplasia es independiente del nivel de PSA, ya que un TR (+) asoció a una probabilidad de neoplasia  $> 85\%$  en todos los rangos de PSA, incluyendo los más bajos.

Respecto a la agresividad neoplásica, el TR (+) se relacionó una mayor incidencia de Gleason  $\geq 8$  (28.8% Vs 6.2%,  $p < 0.001$ ), independientemente del valor del PSA. De hecho, con PSA  $< 10$  ng/ml, la proporción de Gleason  $\geq 8$  con TR (+) fue del 25% frente al 5.8% si TR (-). Respecto a la afectación perineural, el TR presentó una mayor proporción de afectación (65.1% Vs 18.2%,  $p < 0.0001$ ).

El TR (+) se asoció también a tumores más grandes, valorados tanto por nº cuadrantes afectados como por porcentaje total de afectación ( $> 20\%$  de carga tumoral si TR+ es de 46.9% Vs 7.4% si TR (-)).

**CONCLUSIÓN:** El TR (+) se asocia a mayor probabilidad de neoplasias agresivas y de mayor tamaño, de forma independiente al PSA, por lo que este hallazgo debería ser indicación de biopsia sin importar el valor del PSA.

## C-1.10 “VIGILANCIA ACTIVA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA.”

---

*López González PA, Gutiérrez Gutiérrez PF, López Cubillana P, Martínez Peralta HL, Pinzón Navarrete CP, Martínez Gómez G, Prieto González A, Moreno Alarcón C, Escudero Bregante JF, García Hernández JA, Nicolás Torralba JA, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Server Pastor G, Gómez Gómez, GA. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de La Arrixaca. Murcia.*

**OBJETIVO:** Describir la serie de pacientes de nuestro hospital incluidos en el protocolo de Vigilancia Activa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis descriptivo, prospectivo de una serie de 48 pacientes con CaP de bajo riesgo en VA.

Criterios de Inclusión: Gleason  $\leq 6$  – PSA  $\leq 10$  – densidad PSA  $< 0,2$  – cT1(a-b-c) – Bx 10-12 cilindros -  $\leq 2$  cilindros -  $< 50\%$  cada cilindro – ECOG 0-1 -  $< 80$  años - Expectativa de vida mayor 10 años – Entender la VA. Criterios de Exclusión: No aceptar biopsia de repetición –No firmar consentimiento informado –Tratamiento para CaP previo. Criterios de Tratamiento: Elección del paciente, decisión del urólogo, progresión a Gleason 4 en biopsias de seguimiento, afectación  $> 2$  cilindros o  $> 50\%$  en un cilindro.

**RESULTADOS:** La media de edad fue 65,8 años (45,3-78,8). La media de PSA fue 6.43 y volumen de 42,8 cc. 75,6% entraron en protocolo tras su primera biopsia. Media de PSA 3 meses 5.9, PSA L/T 3m 0,183; PSA 6 meses 6,35, PSA L/T 6m 0.19. Con relación al número de cilindros fue 1 en 71,7% y el Gleason total fue 6 en 80% de los casos.

Biopsia de confirmación (6 meses): 44,8% biopsia negativa y 6 pacientes presentaron afectación  $> 2$  cilindros, progresión a Gleason (3+4) 8 pacientes. Los pacientes que han salido de protocolo han sido llevados a PR ó RT. En total 64% de los pacientes continua en VA.

**CONCLUSIONES:** La VA es una alternativa para el manejo de los pacientes con CaP de bajo riesgo a quienes se les puede ofrecer seguimiento. Se requiere mayor tiempo de seguimiento en nuestra serie para conseguir datos sólidos.

## C-1.11 REALIDAD VIVIDA CON EL USO DE ABIRATERONA EN NUESTRO MEDIO. PRESTEN ATENCIÓN

---

Reina L., Rosino A., Hidalgo G., Carrillo C., Rivero A., Barceló I., Ballester I. \*, Pietricica B., Izquierdo E., Romero A., Hita G., Fernández T., González E. \*, Miñana B.

Servicio de Urología y de Oncología médica\*. Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Murcia.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Acetato de Abiraterona es un inhibidor potente, selectivo e irreversible de la enzima CYP17. Es un fármaco recientemente introducido para el tratamiento del Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRC) metastásico, por lo que es preciso analizar los resultados en la práctica diaria.

**OBJETIVO:** Realizar un análisis descriptivo del uso de Abiraterona en pacientes con CPRC en nuestro medio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo de 48 pacientes diagnosticados de CPRC en nuestro medio tratados con Abiraterona antes de tratamiento con quimioterapia (n=30) y posterior a tratamiento con quimioterapia (n=18) desde Enero de 2013 hasta Diciembre de 2014.

Se recogieron variables demográficas, diagnósticas, terapéuticas y clínicas.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 20.0.

**RESULTADOS:** La media global de edad al inicio de Abiraterona fue 73 años (r: 48-91, IC 95%). La media global de PSA al inicio de Abiraterona fue 161 ng/ml (r: 0,97-1034, IC 95%). El 45,9 % fueron Gleason menor o igual a 7. El 54,1 % fueron Gleason mayor a 7. Un 12,2 % del total de pacientes presentó progresión local de la enfermedad tras tratamiento con Abiraterona. Un 32,7% presentó progresión clínica. Un 49 % presentó progresión radiológica.

Un 98 % de los pacientes presentó metástasis óseas al inicio de Abiraterona. Solo un paciente, perteneciente al grupo de tratamiento postquimioterapia, presentó metástasis viscerales exclusivas. Un 28,9% tuvo menos de 5 spots óseos y un 42,1% imagen de Superscan.

Un 18.8% de los pacientes tuvo efectos adversos aunque de escasa gravedad, siendo el más frecuente el edema en MMII (66,7%). Sólo 1 paciente suspendió el tratamiento por toxicidad importante.

La media global de tiempo hasta la progresión fue 6 meses (r:1-12, IC 95%). La media de progresión en pacientes sin tratamiento quimioterápico previo fue 7 meses. En pacientes con tratamiento quimioterápico previo fue 5 meses.

**CONCLUSIONES:** La abiraterona es un fármaco bien tolerado que ha presentado una respuesta media de 6 meses, siendo estos resultados peor en pacientes con quimioterapia previa frente a aquellos sin quimioterapia.

## C-2.1 CÁNCER DE PRÓSTATA Y OBESIDAD. ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL, LA AGRESIVIDAD DEL CÁNCER Y SU TRATAMIENTO?

---

García Escudero, D., Vellilla Asurmendi, P., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, AM., Sempere Gutiérrez, A., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Valdelvira Nadal, P., Morga Egea, JP., Jiménez López, JM., Andreu García, A., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

**INTRODUCCIÓN:** el cáncer de próstata es la segunda neoplasia maligna más frecuentemente en varones de todo el mundo y la sexta causa de mortalidad oncológica. La variante más frecuente es el adenocarcinoma acinar de próstata, encontrándose en alrededor del 85% de los casos en la periferia de la glándula. Su etiología es multifactorial, estando íntimamente relacionado con la edad. Otro de los factores riesgo relacionados con el mismo es la obesidad, patología relacionada con diversos problemas de salud y que está en aumento en la sociedad occidental actual.

**OBJETIVOS:** analizar si existe asociación entre la obesidad, medida por el índice de masa corporal (IMC), la agresividad y extensión al diagnóstico del cáncer de próstata, así como la presencia de márgenes quirúrgicos positivos, la recurrencia bioquímica y las complicaciones perioperatorias derivadas de su tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio de cohortes retrospectivo de pacientes diagnosticados de ADC de próstata y tratados mediante prostatectomía radical entre octubre de 2001 y mayo de 2013 en el área VII de salud de Murcia.

**RESULTADOS:** no se objetivaron hallazgos estadísticamente significativos entre el IMC y los diferentes parámetros analizados, excepto con la tasa de márgenes quirúrgicos positivos, con una relación inversa, lo que podría explicarse por un sesgo de selección.

**CONCLUSIÓN:** no podemos concluir que exista una asociación entre el IMC y los factores de mal pronóstico relacionados con el cáncer de próstata.

**PALABRAS CLAVE:** cáncer de próstata, índice de masas corporal, agresividad, complicaciones quirúrgicas.

## C-2.2 CALIDAD DE LAS LINFADENECTOMÍAS EN LOS TUMORES DE VEJIGA MÚSCULO-INFILTRANTE EN NUESTRO CENTRO

Rivero Guerra, A; Hita Villaplana, G; Tudela Pallarés, J; Hidalgo Agulló, G; Reina Alcaína, L; Carrillo George, C; Barceló Bayonas, I; Pietricica, B. N; Izquierdo Morejón, E; Romero Hoyuela, A; Rosino Sánchez, A, Fernández Aparicio, T; Miñana López, B.

Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer, Murcia.

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento quirúrgico estándar de los tumores de vejiga músculo-infiltrantes incluye la linfadenectomía, por lo que creemos conveniente analizar nuestros resultados al respecto.

Objetivos: Analizar la calidad de las linfadenectomías realizadas en nuestro Servicio entre 2012 y 2014, según técnica y abordaje quirúrgico. Estudiar la correlación entre la positividad de los ganglios y la visualización en el TC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizan los datos de 31 pacientes sometidos a cistectomía radical entre Enero de 2012 y Diciembre de 2014. Se realiza linfadenectomía en 26 pacientes. El estudio estadístico se realiza con SPSS v22.

**RESULTADOS:** La media global es de 14 ganglios obtenidos. La media de ganglios obtenidos en cirugía abierta es de 13.93 y de 14.08 en cirugía laparoscópica ( $p=0.3$ ).

La media de ganglios obtenidos cuando en el protocolo quirúrgico se especifica 'linfadenectomía ampliada' es de 19, y de 12.35 cuando se realiza linfadenectomía estándar ( $p=0.12$ ).

No hubo diferencias significativas entre patólogos ( $p=0.53$ ) ni entre si la pieza de linfadenectomía se incluyó total (media de ganglios de 12.43) o parcialmente (media de ganglios de 19.25) en el análisis anatomopatológico ( $p=0.35$ ).

El TC de abdomen y pelvis tiene una sensibilidad de 25%, especificidad 78%, VPP 67% y VPN 37% para la detección de ganglios positivos.

**CONCLUSIONES:** No hemos encontrado diferencias significativas entre el abordaje abierto vs laparoscópico en cuanto al número de ganglios obtenidos en las linfadenectomías realizadas en tumores de vejiga músculo-infiltrantes. La media de ganglios obtenidos en las linfadenectomías ampliadas es ligeramente superior a la linfadenectomía estándar, aunque las diferencias no son significativas. El TC presenta un VPP de cerca de un 70% para la detección de ganglios positivos, aunque la ausencia de ganglios visibles en el TC descarta de manera pobre la positividad de los ganglios en el análisis anatomopatológico.

## C-2.3 UTILIDAD DE LAS UNIDADES HOUNSFIELD EN EL TRATAMIENTO DE LAS LITIASIS MEDIANTE LEOC

Samper Mateo P, Puerta Sales A\*, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Vilchez Costas A.I., Oñate Celdrán J, Sánchez Rodríguez C, Torres Roca M, Jiménez López J.M., Sempere Gutierrez A, Valdelvira Nadal P, Rico Galiano J.L., Fontana Campiano, L.O.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

**OBJETIVOS:** analizar la relación entre el grado de atenuación radiológica de las urolitiasis, medido en Unidades Hounsfield (UH) y los resultados obtenidos mediante litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** análisis retrospectivo de 299 pacientes consecutivos tratados mediante LEOC entre Enero de 2011 y Junio de 2014. Criterios de inclusión: edad > 18 años, litiasis renales < 20 mm y ureterales < 10 mm, sin cirugía previa sobre la litiasis, con TC en el último año, y con control de imagen postratamiento. Realización de LEOC con litotritador de generador electromagnético Dornier Compaq- $\delta$  bajo control radiológico y sedación. Resultados: libre de litiasis (SF), con restos < 4mm, y litiasis residual (RS) si > 4 mm.

Agrupamos en tertiles las UH (T1  $\leq$  956 UH; T2 957-1235 UH; T3  $\geq$  1236 UH) comparándolos, aplicamos el test de student y análisis uni- y multivariante. Análisis estadístico: programa SPSS Statistics versión 20.

**RESULTADOS:** se incluyeron 110 pacientes. Edad media de 52.52 años (50.18-54.86). El 62.7% eran varones y el 37.3% mujeres. Las litiasis fueron el 50.9 % derechas y el 48.2% izquierdas.

		n	%	Tamaño medio	UH medio
Localización litiasis	Renales	69	62.73%	10.85(5.35)	1095.14 (334.9)
	Ureterales	41	37.27%	8.27(3.38)	1051.39 (289.89)

Resultado LEOC				
	SF		RS	
	n	%	n	%
Renales	43	62.32%	25	36.23%
Ureterales	32	78.05%	9	21.95%

Tertiles	n	%	Tamaño litiasis	SF	RS
T1	36	32.7%	9.91 (6.6)	29	7
T2	37	33.6%	9.1(3.2)	21	16
T3	36	32.7%	10.83(4.1)	25	11

Comparando los tertiles se evidencia un riesgo tres veces mayor de presentar RS en el tercil 2 respecto al 1; obteniendo una p de tendencia con significancia estadística (p tend = 0,02).

**CONCLUSIONES:** las UH pueden ser una herramienta útil en la predicción de la efectividad de la LEOC. Valores <950 UH aumentan significativamente las posibilidades de éxito.

## C-2.4 RESULTADOS DE LA CIRUGÍA RETRÓGRADAINTRARRENAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL

*L. Reina Alcaina; T. Fernández Aparicio; G. Hidalgo Agulló; C. Carrillo George; A. Rivero Guerra; I. Barcelo Bayonas; E. Izquierdo Morejón; A. Rosino Sánchez; B. Pietrícica; A. Romero Hoyuela ;G. Hita; B. Miñana López.*

*Hospital Universitario José María Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** En los últimos tiempos la cirugía retrógrada intrarrenal (CRIR) ha demostrado una alta efectividad asociada a una mínima morbilidad en el tratamiento de la litiasis renal.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar de manera retrospectiva las características y resultados de los pacientes sometidos a CRIR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo observacional de 37 procedimientos de 34 pacientes diferentes sometidos a CRIR en nuestro medio desde Diciembre 2012 hasta Enero de 2015.

Consideramos "libre de litiasis" aquellos pacientes libres de litiasis o con litiasis residuales menores o iguales a 3 mm. de diámetro mayor. El tamaño de la litiasis fue definido por su diámetro mayor y por la fórmula de la superficie del cálculo ( longitud x anchura x 0,25 x Pi).

Se recogieron variables demográficas, diagnósticas, terapéuticas y clínicas.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 20.0.

**RESULTADOS:** El 64,7% fueron varones y el 35,3% mujeres. La media de edad fue 56 años (r: 34-85, IC 95%).

La media del área de litiasis total fue 2,9 centímetros cuadrados (r: 0,38-9,49). Un 37,8 % de los pacientes fue "libre de litiasis".

Únicamente en dos pacientes no pudo llevarse a cabo el procedimiento por complicaciones intraoperatorias. El 86,5% de los pacientes no tuvo complicaciones postoperatorias.

El 100 % de los pacientes permanecieron con doble J postoperatorio, con una media de 18 días (r: 1-90, IC 95%).

**CONCLUSIONES:** El tratamiento de la litiasis renal mediante CRIR obtiene una tasa de éxito considerable con bajas complicaciones asociadas.

Constituye una eficaz opción de tratamiento.

## C-2.5 PROTOCOLO FAST TRACK EN CISTECTOMIA RADICAL

---

Maluff Torres, A.; Sánchez Rodríguez, C.; Doñate Iñiguez, G.; Honrubia Vilchez, B.; Guzmán Martínez-Valls, PL, Martínez Quintana, Elena\*.

Servicio de Urología. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor.  
Ud. De Nutrición. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor\*.

**INTRODUCCIÓN:** La Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society ha publicado una revisión sistemática analizando el nivel de evidencia de las actuaciones recomendadas en cx de recto y cistectomía radical.

**OBJETIVO:** Optimizar los cuidados perioperatorios para reducir en lo posible el stress postquirúrgico y las complicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis de la evidencia científica de los artículos incluidos en la revisión sistemática publicada con los servicios de Anestesia, UCI y Farmacia.

Evaluación del cumplimiento de las actuaciones que se han puesto en marcha y de los resultados clínicos.

**RESULTADOS:** Desde junio de 2014 hemos operado 5 enfermos, 2 de ellos por vía laparoscópica, todos con linfadenectomía ampliada y con derivación con conducto ileal, se han introducido las actuaciones con alto nivel de recomendación según protocolo ERAS.

Todos han asistido a la consulta de evaluación preoperatoria en la Ud de nutrición.

No se ha realizado preparación intestinal ni se ha mantenido la SNG después de la cirugía.

Se ha mantenido analgesia epidural durante 48 a 72 horas evitando opiáceos IV y se ha administrado chicle y suplemento de magnesio.

No hemos conseguido iniciar tolerancia con agua ni movilización antes de la mañana siguiente en ningún paciente, la tolerancia oral para líquidos diferentes de agua se ha conseguido en 48 horas en 3 pacientes, en 72h un paciente y en 5 días en otro.

**CONCLUSIÓN:** Los pacientes incluidos en el protocolo han tenido un postoperatorio al menos similar al habitual.

Las actuaciones que no se han conseguido dependen de nuestra insistencia en la colaboración de la Ud de reanimación y enfermería de planta.

Se necesitan más pacientes para comparar resultados clínicos con los protocolos convencionales.

## C-2.6 CIRUGIA LAPAROSCOPICA RETROPERITONEAL NO RENAL. ¿ES TERRENO DEL UROLOGO?

---

P. L. Guzmán Martínez-Valls, A. Maluff Torres, C. Sánchez Rodríguez, G. Doñate Iñiguez, B. Honrubia Vilchez, Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La Urología es la especialidad médico-quirúrgica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las afecciones medicas y quirúrgicas del aparato urinario y retroperitoneo en ambos sexos y del aparato genital masculino. Muchos Servicios de Urología no realizan el abordaje de ese espacio excepto aparato urinario porque otros lo realizan, entiéndase Cirugía General.

Nuestro objetivo es analizar la actividad laparoscópica del espacio retroperitoneal excluyendo el aparato urinario, sus procedimientos y sus complicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos los procedimientos laparoscópicos del espacio retroperitoneal diferente al aparato urinario realizados por el Servicio de Urología de nuestro Centro desde la apertura del mismo en Marzo de 2011 hasta Diciembre de 2014.

Se obtienen los datos de la historia electrónica (Selene®) y se analizan diversas variables: edad, sexo, estancia media, tiempo quirúrgico y sus complicaciones (Clavien)

**RESULTADOS:** Se han realizado 9 procedimientos laparoscópicos: 5 Suprarrenalectomías: 4 derechos, dos de ellos Feocromocitomas, un Hibernoma y una TBC y 1 izquierdos, un Feocromocitoma; 3 Linfadenectomía retroperitoneal/biopsia, dos linfomas y una enfermedad granulomatosa; y 1 Fibrosis retroperitoneal. La edad media de la serie 58,7 años, la distribución por sexos es 7 hombres y 2 mujeres, la estancia media de la serie es 4,5 días,, el tiempo qui-

rúrgico es 160 minutos. Las complicaciones según escala de Clavien se distribuye: grado II tres pacientes: no hubo ninguna otra.

**CONCLUSIONES:** El retroperitoneo es una de las áreas más complejas de la anatomía humana, al situarse en este espacio gran variedad de órganos y estructuras: aparato urinario, suprarrenal, digestivo y vascular pero el Urólogo tiene dentro de su formación ese espacio y tiene la capacidad para afrontar esa patología ya que está familiarizado con el mismo. Gracias a la cirugía laparoscópica del aparato urinario considerado el “gold estándar”, su conocimiento es si cabe más preciso.

## **C-2.7 ¿CORRESPONDEN LAS ADVERTENCIAS DE LA FDA, RESPECTO A LA APLICACIÓN DE MALLAS TRANSVAGINALES PARA PROLAPSOS DE ÓRGANOS PÉLVICOS, CON NUESTRA EXPERIENCIA?**

---

*Montoya Chinchilla R, Cachay Ayala M, Rodríguez Tardido A, Sala Lafuente L, Cao Avellaneda E, Jiménez Penick FJ, Hita Rosino E, García Espona C, Moreno Avilés J.*

*Hospital Santa Lucía.*

**INTRODUCCIÓN:** En julio del 2011 la FDA realizó una actualización de la seguridad y eficacia de las mallas transvaginales para el tratamiento de los prolapsos de suelo pélvico. En ella advertían que los eventos adversos al utilizar este tipo de tratamientos no eran raros, contradiciendo su propia notificación realizada en 2008. Esta actualización advertía de la posibilidad de extrusión de la malla cercana al 10% en los 12 meses post-implantación transvaginal (en el abordaje abdominal, 4%) y del aumento de frecuencia de otras complicaciones (contracción de la malla, dispareunia).

Por otra parte los estudios comparativos entre técnicas tradicionales frente a las reparaciones con tejido sintético parecen indicar, con cierta controversia, que estas últimas presentan mayor eficacia con algunas complicaciones menos frecuentes (dispareunia).

**OBJETIVOS:** Determinar la tasa de complicaciones tempranas y tardías tras la implantación de mallas transvaginales por prolapso de órganos pélvicos en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se han analizado 89 pacientes con prolapsos de órganos pélvicos intervenidas en el Área 2 desde marzo del 2009 hasta noviembre de 2014.

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo. Las variables analizadas han sido: tipo y número de compartimentos corregidos, tiempo de seguimiento, asociación con malla para incontinencia de esfuerzo y complicaciones postquirúrgicas (extrusión, perforación vesical iatrogénica, infección de la herida/malla, dispareunia, urgencia de novo y RAO).

Se han revisado las historias clínicas postquirúrgicas de los servicios de Urología, Ginecología y Urgencias.

**RESULTADOS:** El 89,88% de los prolapsos fueron cistoceles (siendo un 16,85% asociados a rectoceles). El 66,29% de las cirugías asociaron sling suburetral para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo asociada. El tiempo medio de seguimiento fue de 37,5 meses.

Respecto a las complicaciones, la más frecuente ha sido la dispareunia (8,98%). Tres pacientes (3,37%) se diagnosticaron de extrusión vaginal de la malla. Todas ellas fueron tratadas con éxito mediante cirugía local con la excisión del fragmento extruido y cierre primario del defecto. La urgencia de novo ha aparecido en 3 pacientes (3,37%). Se objetivaron 2 RAO (2,24%), ambas asociadas a cirugía de incontinencia, una se resolvió con sonda vesical durante 30 días y otra mediante tracción de la malla. Solo se diagnosticó de perforación vesical iatrogénica a una paciente (1,12%) que precisó de extracción completa de la malla, sin complicaciones posteriores. No se han encontrado infecciones de las heridas quirúrgicas ni de las mallas.

**CONCLUSIÓN:** En los últimos 6 años se han diagnosticado un 3,37% de extrusiones vaginales de las mallas transvaginales utilizadas para cirugía de prolapso pélvico en nuestro hospital, cifra muy diferente a la descrita por la FDA. El resto de complicaciones han aparecido en muy poca frecuencia por lo que seguimos considerando este tipo de tratamiento como de elección en nuestro centro.

## C-2.8 PROTOCOLO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO (RHBSF) EN PACIENTES TRAS CIRUGÍA RADICAL DE PROSTATA.

*Barceló Bayonas, I.; Rosino Sánchez, A.; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaina, L.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** Este trabajo presenta los resultados preliminares de un programa progresivo de rehabilitación basado en los ejercicios musculares del suelo pélvico, incorporando el trabajo muscular de fuerza contrarresistencia en protatectomizados llevado a cabo en la Unidad de Urodinámica del HMM.

**OBJETIVO:** Protocolo y estudio de la evolución de la incontinencia urinaria (IU) atendiendo a parámetros objetivos y subjetivos en pacientes operados de protatectomía radical.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se analizaron de forma retrospectiva una serie de 56 pacientes varones en fase de tratamiento de RHBSF. Las variables analizadas fueron el Pad24 horas, ICIQSF y la técnica quirúrgica (abierto: A y laparoscópica: L). Para evaluar los resultados se tomaron medidas al inicio del tratamiento, a los 30 días y a los 3 meses. Los resultados se estudiaron con el programa SPSS.v20.

**RESULTADOS:** Encontramos diferencias estadísticamente significativas al inicio del Pad24 y a los 30 días de manera global ( $p=0,04$ ). Para la técnica A, no hubo diferencias entre el inicio del Pad24 y su resultado a los 30 días ( $p=0,15$ ) o a los 3 meses ( $p=0,08$ ). Sin embargo, para la técnica L, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,02$ ). No siendo significativas las diferencias entre el resultado a los 30 días y a los 3 meses ( $p=0,16$ ).

En cuanto al ICIQSF global, se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,03$ ) entre el inicio ICIQSF global y a los 30 días, manteniéndose dichas diferencias a los 3 meses de la RHB ( $p=0,01$ ). Sólo en la técnica L, hubo diferencias estadísticamente significativas entre el inicio del ICIQSF y su resultado a los 30 días ( $p=0,04$ ) y a los 3 meses ( $p=0,03$ ), no siendo significativas las diferencias entre el resultado a los 30 días y a los 3 meses ( $p=0,33$ ).

**CONCLUSIÓN:** La RHBSF mejora la IU de manera objetiva tanto al inicio como a los 30 días de tratamiento en ambos grupos. En cuanto a la IU subjetiva valorada mediante el ICSQF observamos mejoría de manera global tanto al inicio como a los 30 días manteniéndose hasta los 3 meses. La falta de un grupo control limita la extrapolación de resultados.

## C-2.9 INCONTINENCIA DE ESFUERZO MASCULINA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DEL CABESTRILLO SUBURETRAL TIPO REMEEX PARA CORRECCIÓN DE ESTA

*Martínez Gómez, G.; Escudero Bregante, J.F.; Martínez Pertusa, P.; Pinzón Navarrete, C.P.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Martínez Peralta, H.L.; Fernández Garay, J.C.; López Cubillana, P.; López González, P.A.; Moreno Alarcón, C.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Rigabert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Tornero Ruíz, J.I.; García Hernández, J.A.; Gómez Gómez, G.A.*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** tipos de técnicas sobre la próstata (prostatectomía radical, RTU prostática, etc.).

Debido al grave problema que ocasiona a los pacientes que la sufren, disminuyendo su calidad de vida, representa un problema de difícil tratamiento.

De las diferentes opciones que están a nuestro alcance, el cabestrillo suburetral tipo Remeex es la que ocupa nuestra atención en este trabajo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un estudio retrospectivo sobre los resultados obtenidos por nuestro servicio en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo masculino con el sistema Remeex.

Entre noviembre de 2007 y enero de 2013 se intervino a 13 pacientes varones diagnosticados de incontinencia urinaria de esfuerzo moderada-severa. El origen de la incontinencia fue secundario a prostatectomía en la mayoría de los casos, excepto en dos, debido uno a RTU prostática y otro adenomectomía.

Evaluamos las complicaciones obtenidas en tres grupos: intraoperatorias, precoces (<1mes) y tardías (>1mes). Evaluamos el tiempo de seguimiento.

**RESULTADOS:** La mediana de edad fue de 65 años. Un 23% de los pacientes sufrieron complicaciones tardías mayores. De las complicaciones intraoperatorias la perforación vesical fue la más frecuente (15%). La tasa de satisfacción postquirúrgica se estima entorno al 75 %.

**CONCLUSIONES:** El dispositivo Remeex es una opción terapéutica válida para la incontinencia de esfuerzo en el varón, siendo una técnica reproducible, de fácil ejecución, que permite su reajuste mediante una pequeña incisión suprapúbica bajo anestesia local y en régimen ambulatorio estricto.

## **C-2.10 “EFICACIA DE LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA”.**

---

*Gutiérrez Gutiérrez PF, Escudero Bregante JF, López González PA, López Cubillana P, Martínez Peralta HL, Pinzón Navarrete CP, Martínez Gómez G, Prieto González A, Moreno Alarcón C, García Hernández JA, Nicolás Torralba JA, Tornero Ruiz JL, Rigabert Montiel M, Server Pastor G, Gómez Gómez, GA*  
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**INTRODUCCIÓN:** La toxina botulínica (BoNT), se utiliza como parte del tratamiento de la vejiga hiperactiva idiopática (VHI) refractaria al tratamiento con anticolinérgicos. Se ha demostrado que es superior a la solifenacina para el manejo de la incontinencia de urgencia aunque dosis mayores a 100 U.I parecen no mejorar de forma adicional la calidad de vida (QoL) de los pacientes.

**OBJETIVO:** Determinar la eficacia de la BoNT en pacientes con VH refractaria al tratamiento con anticolinérgicos. Comparar la diferencia en la eficacia de BoNT tras la aplicación de 100 U.I vs 200 U.I

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo, prospectivo de 78 procedimientos de inyección de BoNT (en 63 pacientes) realizados en el HCUVA, entre 2010-2014. Análisis con SPSS considerando  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

Criterios de Inclusión: Síndrome de VH idiopática - Contracciones involuntarias (PdOnda > 15 cm H<sub>2</sub>O) en la cistomanometría - Fracaso del tratamiento oral - Consentimiento informado. Criterios de Exclusión: Embarazo - Lactancia - Hipersensibilidad a la toxina - Inyección de BoNT antes de 3 meses - Enfermedad de la placa motora - Interacción con medicamentos - I.T.U en el momento de la inyección - Obstrucción tracto urinario superior - Imposibilidad de cateterismo intermitente o temporal - Hipoactividad en el vaciado con residuo significativo - Hiperactividad por obstrucción del TUI o prolapso severo.

Pacientes valorados con Estudio urodinámico pre - posttratamiento y cuestionario VH.

**RESULTADOS:** Se realizaron 12 procedimientos con 100 U.I y 66 con 200 U.I. Edad media 56 años (R:24-80). En general la media de Q<sub>máx</sub> pre y post tratamiento fue 20,48 y 17,86 ml/seg ( $p < 0,05$ ) y de RPM 43,17 a 96,62 ( $p < 0,05$ ). La media de presión de onda disminuyó de 57,66 a 25,63 cmH<sub>2</sub>O ( $p < 0,05$ ) y la Capacidad vesical aumentó de 116 a 290cc ( $p = 0.173$ ).

De forma individual hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables analizadas:  
100 U.I: Q<sub>máx</sub> 16,36 a 14,00 RPM 15,18 a 157,1 POnda 42,9 a 15 Capacidad Vesical: 86,25 a 340  
200 U.I: Q<sub>máx</sub> 21,34 a 18,66 RPM 48,87 a 84,35 POnda 61,0 a 28 Capacidad Vesical: 123 a 280

Comparando la eficacia de aplicar 100 U.I o 200 U.I no hubo diferencia significativa entre la media de las diferencias de las variables urodinámicas estudiadas. Los pacientes refirieron menos episodios de urgencia (10 a 3). 52 pacientes (82,5%) sólo recibieron 1 aplicación y 11 (17,5%) más de una. La mediana de retratamiento fue 10 meses (R:6-18).

**CONCLUSIONES:** La aplicación de BoNT condujo a la mejoría clínica de los pacientes. 100 U.I de BoNT mejoraron los parámetros clínicos y urodinámicos del paciente con VHI y no hubo diferencias significativas con relación al efecto sobre las variables analizadas al tratar a los pacientes con 100 U.I o 200 U.I

## **C-2.11 ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS EN HCUVA (1989-2014)**

---

*Martinez Peralta H .L, Escudero Bregante J.F, Lopez Gonzalez P.A, Pinzon Navarrete C.P, Gutierrez Gutierrez Pf, Martinez Gomez G, Fernandez Garayj.C, Garcia Hernandez J.A, Lopez Cubillana P, Moreno Alarcón C, Nicolás Torralba J.A, Prieto Gonzalez A, Server Pastor G, Tornero Ruiz J.I, Gomez Gomez G.A.*  
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

**OBJETIVO:** Presentar una serie de 34 pacientes con incontinencia urinaria que han sido tratados mediante la implantación de un esfínter urinario artificial en el periodo 1989-2014.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde el año 1989 hasta el 2014 se han puesto 38 esfínteres urinarios artificiales en el HCUVA.

Hemos realizado un análisis retrospectivo de estos pacientes mediante revisión de historia clínica, de los cuales se tiene seguimiento y datos completos; describiendo la edad de los pacientes, causa de la incontinencia, así como las complicaciones en términos generales asociadas con la evolución de los mismos.

**RESULTADOS:** cirugía prostática radical; El grado de incontinencia fue moderado y severo en todos los pacientes con un Pad Test medio de 800cc, la tasa de complicaciones global fue del 24% y una tasa de éxito del 75.6%.

**CONCLUSIONES:** La implantación del esfínter urinario artificial es un procedimiento seguro eficaz y reproducible para el manejo de la incontinencia urinaria en nuestro medio, sin embargo no está exento de complicaciones. Los resultados y las tasas de complicaciones son similares a los encontrados en la literatura.

## VÍDEOS

### V-1 “RETROPERITONEOSCOPIA UNA OPCION PARA LA NEFRECTOMÍA EN RIÑÓN POLIQUÍSTICO”

---

*Moreno Alarcón C, Gutiérrez Gutiérrez PF, López González PA, Pinzón Navarrete CP, Martínez Peralta HL, Martínez-Gómez G, Gómez Gómez, GA.*

*Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** La nefrectomía simple abierta puede implicar una morbilidad importante. En el riñón poliquístico existen pocos informes de abordaje laparoscópico ya que supone un reto por el gran tamaño renal. La retroperitoneoscopia puede ser una opción dado que sus indicaciones son similares a las del abordaje transperitoneal, realizándose tanto para patología tumoral, reconstructiva o litiásica.

**OBJETIVO:** Mostrar la realización de una nefrectomía por poliquistosis infectada mediante abordaje retroperitoneoscópico y mostrar los resultados intra y postoperatorios.

**PACIENTE Y MÉTODO:** Se trata de una mujer de 67 años con antecedente de HTA, taquicardia supraventricular paroxística, cardiopatía dilatada y anemia crónica quien se encuentra, desde hace 23 años, en programa de hemodiálisis por una IRC secundaria a poliquistosis hepato-renal.

La paciente presentó cuadro de sepsis grave con uropatía obstructiva bilateral por lo que requirió colocación de JJ bilateral (observándose durante la cistoscopia salida de pus en meato derecho). Tras tratamiento antibiótico se indicó la realización de Nefrectomía Simple Derecha realizada mediante retroperitoneoscopia.

**RESULTADOS:** El tiempo quirúrgico fue de 160 minutos, la paciente no presentó complicaciones perioperatorias, el drenaje pudo retirarse a las 24 horas y la estancia hospitalaria fue de 4 días.

**CONCLUSIÓN:** El abordaje retroperitoneoscópico constituye una alternativa que puede plantearse en pacientes con cirugía o radioterapia abdominal previa, casos en los que el abordaje anterior del pedículo puede preverse complicado o en los que se requiere un abordaje rápido de los vasos renales.

En casos de poliquistosis la retroperitoneoscopia podría evitar: la contaminación de la cavidad peritoneal por material infectado o tumoral intraquístico, disminuir el débito del drenaje, tener que movilizar un posible catéter permanente de diálisis peritoneal o movilizar una posible visceromegalia asociada.

### V-2 “NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA CON HIDRODISECCIÓN”

---

*Felipe Gutiérrez Gutiérrez; Pedro López Cubillana; Pedro A López González; Antonio Prieto González; Guillermo A Gómez Gómez; Cindy P Pinzón Navarrete; Gloria Martínez Gómez; Harold L Martínez Peralta.*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** La nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) es una técnica cada vez más indicada para el manejo del cáncer renal, por ser una técnica mínimamente invasiva, con resultados oncológicos similares a los de la cirugía radical y una tasa de recurrencia local de un 1%

La cirugía conservadora de nefronas disminuye el riesgo de evolución a fracaso renal crónico, evitando la morbilidad derivada de esta enfermedad. Su indicación puede ser: absoluta (paciente monorreno), relativa (riñón contralateral con función alterada) o Electiva (riñón contralateral normal). La NPL es electiva en casos de tumores <4cm de diámetro, limitados al riñón (y de indicación relativa o absoluta en tumores de 4-7 cm (T1b). Se considera aceptado un margen de tejido sano > 1 mm.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas en la NPL. Una de ellas es la hidrodisección, que evita la isquemia renal, minimiza la pérdida sanguínea, ofrece una buena visión del campo operatorio, y un adecuado tratamiento de los vasos y del sistema colector para lograr una hemostasia cuidadosa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Durante los últimos tres años se han practicado 25 NPL en nuestro servicio. En los últimos tres casos se ha recurrido al uso de hidrodisección (Erbejet<sup>®</sup>).

La cirugía se realiza en todos los casos con abordaje inicial del pedículo renal, identificación de la arteria renal, con disección y preparación de la misma para su clampaje selectivo. Posteriormente se libera el riñón de sus adherencias, y se identifica el tumor, procediéndose a exéresis del mismo, con clampaje arterial en caso necesario. Tras la exéresis del tumor se procede a cierre del lecho con sutura continua en dos planos (lecho y parénquima).

**RESULTADOS:** El tiempo medio de las cirugías practicadas fue de 150 minutos, con una pérdida sanguínea estimada de 250 cc

El uso de hidrodisección en los últimos tres casos ha permitido una menor pérdida sanguínea, una buena visualización del campo quirúrgico, con una adecuada exposición de vasos y del sistema colector para su tratamiento.

**CONCLUSIONES:** Nuestra experiencia preliminar con hidrodisección en la NPL ha sido positiva, y creemos que se trata de una buena alternativa en este procedimiento mínimamente invasivo.

### **V-3 MARSUPIALIZACIÓN LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL DE LINFOCELE POSTQUIRÚRGICO**

---

*Carlos Carrillo George, Antonio Rosino Sánchez, Guillermo Hidalgo Aguyó, Leandro Reina Alcaína, Ángela Rivero Guerra, Isabel Barceló Bayona, Bogdan Nicolae Pietricica, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Romero Hoyuela, Gregorio Hita Villaplana, Tomás Fernández Aparicio, Bernardino Miñana López.*  
*Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El desarrollo de linfoceles postquirúrgicos tras prostatectomía radical es una complicación infrecuente. Puede tardar semanas en desarrollarse y su modo de aparición más común suele ser por efecto masa. Se observa con menor frecuencia en el abordaje transperitoneal ya que permite la salida y absorción de líquido linfático hacia peritoneo. Su tratamiento inicial consiste en el drenaje percutáneo con escleroterapia y, en los casos persistentes o de gran tamaño, se plantea la marsupialización a cavidad abdominal.

Presentamos el caso de un paciente intervenido de prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía ampliada que desarrolló un linfocele perivesical sintomático cuyo tratamiento quirúrgico se presenta en video.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 65 años sin antecedentes de interés remitido por PSA 8,01ng/ml y tacto rectal sospechoso. Se realiza biopsia prostática transrectal con hallazgo de adenocarcinoma de próstata alto riesgo con puntuación según nomograma de Briganti de 105 puntos. Es intervenido de prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal con linfadenectomía pélvica extendida (obtención de 27 ganglios negativos) siendo alta sin incidencias. En la pieza quirúrgica se evidencia adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (3+5), pT3a.

Acude al mes por dolor, sensación de masa en hipogastrio y aumento de su incontinencia. Se realiza TC abdominopélvico que objetiva colección líquida prevesical de 13x10cm compatible con linfocele. Se drena bajo control ecográfico obteniendo 900cc de líquido seroso descartando la presencia de orina en el análisis bioquímico. Al mes, se realiza control ecográfico objetivando la reaparición del linfocele con persistencia de sintomatología decidiéndose programar intervención quirúrgica. Se efectúa abordaje transperitoneal laparoscópico con uso de 4 trócares logrando una ventana amplia del linfocele. Se realiza incisión del mismo con inversión de bordes y sutura de epiplón al interior. El paciente es dado de alta al segundo día de la intervención sin incidencias.

**CONCLUSIONES:** La marsupialización laparoscópica de grandes linfoceles sintomáticos es una técnica factible, con pocas complicaciones, hospitalización reducida y buenos resultados.

### **V-4 HERNIA VESICAL. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA**

---

*Samper Mateo P, Torres Roca M, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Vilchez Costas A.I., Oñate Celdrán J, Sempere Gutierrez A, Morga Egea J.P., Rico Galiano J.L., Fontana Campiano, L.O.*  
*Hospital General Universitario Reina Sofía.*

La hernia vesical es la protusión de la vejiga a través de un orificio herniario. Es una entidad muy poco frecuente.

Se desarrolla por la distensión vesical persistente (debido a patología obstructiva del tracto urinario inferior) asociada al debilitamiento de las estructuras de soporte.

Es un cuadro de diagnóstico clínico. Las pruebas de imagen permiten el diagnóstico de confirmación y establecer el plan terapéutico posterior.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 68 años intervenido de RTU de próstata por HBP. Posteriormente precisó uretroplastia con injerto onlay de mucosa oral por estenosis uretral recidivante.

Acude a revisión refiriendo sensación de bultoma inguinal derecho con importante dolor asociado, sin cambios de la sintomatología con la micción.

Se realiza flujometría que muestra flujo miccional máximo de 11 ml / s y ecografía inguino-escrotal que informa de contenido inguinal herniado probablemente correspondiente a vejiga. En TC se confirma la hernia vesical.

Se decide resolución quirúrgica a través de abordaje laparoscópico.

Técnica quirúrgica (hernioplastia laparoscópica transabdominal con colocación de malla preperitoneal):

Anestesia general endotraqueal.

Decúbito supino con trendelenburg. 3 trócares.

Apertura peritoneal. Aislamiento de los elementos del cordón. Localización del ligamento de Cooper y pubis.

Diseción roma del contenido vesical herniado con sección de adherencias. Se completa la liberación de la hernia vesical (tejido vesical viable) identificando gran defecto herniario a nivel del orificio inguinal profundo.

Colocación de malla de polipropileno que se fija con tackers al Cooper - pubis y a la musculatura abdominal anterior.

Cierre peritoneal con sutura continua autorretentiva absorbible de 3/0. No se deja drenaje.

#### **RESULTADOS:**

- Tiempo quirúrgico: 120 minutos.
- Sangrado intraoperatorio: < 50 cc.
- Estancia hospitalaria: 24 horas.
- Resolución completa del cuadro.
- Cistografía de control

**PALABRAS CLAVE:** hernia vesical, hernioplastia laparoscópica.

## **V-5 SUPRARRENALECTOMIA LAPAROSCOPICA POR FEOCROMOCITOMA. CONTROL ANESTESICO EXHAUSTIVO Y PUNTOS TECNICOS CLAVES**

*P. L. Guzmán Martínez-Valls, C. Sánchez Rodríguez, A. Maluff Torres, G. Doñate Iñiguez, B. Honrubia Vilchez, A..Gomez Roig\*.*

*Servicio de Urología. \* Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El manejo laparoscópico del FEOCROMOCITOMA fue controvertido inicialmente, debido a la posibilidad de descarga adrenérgica con la generación del neumoperitoneo. Con el tiempo, se ha ido confirmando que si la preparación preoperatoria es correcta, esta patología puede ser manejada laparoscópicamente, ya que aporta las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva, así como una mejor visión y probablemente una disección más fina.

Nuestro objetivo es presentar la preparación y los puntos clave en su abordaje.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos varón de 66 con Adenocarcinoma de próstata de reciente diagnóstico e hipertensión arterial en tratamiento con 2 fármacos. Hallazgo de masa suprarrenal izquierda de 5 cm. en TAC y RMN y gammagrafía con MIBG sin captaciones extraadrenales y foco captante en Suprarrenal sugestivo de Feocromocitoma. Determinaciones en orina de 24 horas: Catecolaminas totales: 164,5 ug/24 (14-110) Adrenalina: 94,7 ug/24 horas (2d-23); Normetanefrinas 2442 ug/24 (120-650), Metanefrinas : 6631 ug/24 (50-350)normales. A.Vanilvandelico 11,7 ug/24 (1-10)

La la preparación anestésica consistía en: Ingreso 3 días antes de la cirugía y Suspensión de de medicación antihipertensiva. Inicio alfa-bloqueo con fenoxibenzamina 10 mgr cada 12 horas con posterior incremento a 20 mgr cada 12 horas. Valoración de tratamiento con betabloqueantes. Expansión del volumen intravascular con fluidoterapia iv 12 horas antes de la cirugía. Y control de los niveles de glucemia

**RESULTADOS:** Tras Suprarrenalectomía laparoscópica Izquierda con una duración de 150 minutos y control adecuado intraoperatorio de TA el diagnóstico anatomopatológico fue de FEOCROMOCITOMA con un postoperatorio sin incidencias (Clavien I) y alta a las 48 horas.

**CONCLUSIONES:** La presencia o sospecha de un feocromocitoma de gran tamaño no ha de ser una contraindicación para el abordaje laparoscópico de la glándula suprarrenal en servicios con experiencia laparoscópica, pero sí que requiere un exhaustivo control anestésico, así como una cuidadosa disección de la glándula intentando evitar la excesiva manipulación de la misma.

## V-6 ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA LAPAROSCÓPICA

---

*García Escudero, D.; Vellilla Asurmendi, P.; Samper Mateo, P.; Vilchez Costas, A. I.; Torres Roca, M.; Oñate Celdrán, J.; Valdelvira Nadal, P.; Morga Egea, J. P.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu García, A.; Jiménez López, J. M.; Rico Galiano, J. L.; Rubial Moldes, M. (\*); Fontana Compiano, L.O.*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. MURCIA.*

*(\*)Servicio de urología. Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

**INTRODUCCIÓN:** La adenomectomía laparoscópica es una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta en casos de adenomas prostáticos obstructivos de tamaño mayor a 80 gramos, principalmente ante la ausencia de disponibilidad de técnicas láser para enucleación.

Existen múltiples estudios, tanto en la literatura internacional como en la nacional, que avalan las ventajas del abordaje laparoscópico, en términos de menores tasas de complicaciones hemorrágicas (sangrado intraoperatorio, tasa de transfusiones), menor dolor, menor estancia postoperatoria y menor tiempo de irrigación vesical y de sondaje, así como menor tasa de infecciones de la herida quirúrgica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso clínico de un varón de 78 años seguido en consultas externas por STUI de predominio obstructivo que sigue tratamiento farmacológico combinado con 5-ARI y alfabloqueo.

Presenta un tacto rectal con próstata de consistencia fibroelástica no sospechosa volumen III-IV. PSA 4,8 (38% L/T). Biopsia prostática previa negativa para adenocarcinoma. Flujometría: volumen de 280 ml, flujo máximo de 8 ml/s y residuo postmiccional de 100 ml. Ecografía abdominal: próstata con volumen estimado de 110 cc.

Ante la presencia de la clínica miccional y de 3 episodios de ITU consecutivos, se decide intervención quirúrgica optando por abordaje laparoscópico.

**RESULTADOS:** Abordaje pélvico laparoscópico clásico transperitoneal con 5 trócares. Capsulotomía transversa. Sección del labio posterior y enucleación de gran adenoma multilobulado con crecimiento endovesical tras sección de uretra prostática. Puntos hemostáticos y de trigonización y cierre de la capsulotomía con sutura continua.

Tiempo quirúrgico: 120 min. Tiempo de neumoperitoneo: 100 min. Tiempo de irrigación vesical de 48 horas y de sondaje de 72 horas. Estancia hospitalaria 3 días. No precisó transfusión sanguínea. Descenso de Hb de 2,4 g/dl.

**CONCLUSIONES:** La adenomectomía laparoscópica representa una opción de tratamiento mínimamente invasivo, efectivo y seguro, para la HBP en caso de próstatas de gran tamaño.

## V-7 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMOR URETERAL MEDIANTE ENERGÍA HOLMIUM: YAG LÁSER

---

*L. Reina Alcaina; T. Fernández Aparicio; G. Hidalgo Agulló; C. Carrillo George; A. Rivero Guerra; I. Barcelo Bayonas; E. Izquierdo Morejón; A. Rosino Sánchez; B. Pietricica; A. Romero Hoyuela ;G. Hita; B. Miñana López.*

*Servicio de Urología. Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Murcia.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El tratamiento de elección para los tumores uroteliales de vía urinaria superior es la nefroureterectomía total.

Sin embargo existen situaciones en que la cirugía conservadora podría estar indicada.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar un video que muestra un abordaje endoscópico para el tratamiento de una neoplasia ureteral mediante el uso de fuente de energía Holmium:YAG láser.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una mujer de 86 años con enfermedad de Alzheimer en la que tras la realización de estudio ecográfico abdominal, debido elevación de transaminasas y bilirrubina en análisis sanguíneo, se objetivó como hallazgo incidental una ureterohidronefrosis grado 2 derecha hasta tercio proximal de uréter por lo que se decidió completar el estudio con TC abdominopélvico con contraste intravenoso, identificando una neoforación ureteral que ocupaba la luz del tercio medio del uréter derecho a modo circunferencial y que se extendía a lo largo de 3 cm.

**RESULTADOS:** Dadas las comorbilidades y la situación general de la paciente se decidió tratamiento por vía endoscópica.

Una vez realizada la ureterorenoscopia se objetivó una neoformación exofítica circunferencial a 10 cm. aproximadamente del meato ureteral derecho, sin causar obstrucción ureteral total.

Se realizó fulguración circunferencial completa de la porción exofítica de la lesión mediante fibra láser de 365 um. Previo a esto se tomaron dos muestras de la lesión para estudio anatomopatológico utilizando una pinza de biopsia fría. La hemostasia del lecho de la cirugía fue satisfactoria. Se dejó catéter doble J (7 Fr) a retirar en un mes.

La paciente no tuvo complicaciones intraoperatorias ni complicaciones postoperatorias.

Fue dada de alta tras 24 horas de hospitalización.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento endoscópico de tumores uroteliales de pelvis renal y uréter cada vez está ganando más aceptación como modalidad de tratamiento conservador. Los avances tecnológicos han aumentado su aplicabilidad.

## **V-8 NEFROLITOTOMIA MICROPERCUTANEA EN LITIASIS >2 CMS: UNA TECNICA POSIBLE Y SEGURA**

---

Paola Pinzón Navarrete, Jesús Tornero Ruiz; Mariano Rigabert Montiel; Guillermo Gómez Gómez

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca.

Paciente mujer de 50 años hipertensa y diabética en tratamiento; IMC 30. Episodio de cólico nefrítico izdo. realizándose ecografía que demuestra litiasis piélicaizda. de 15 mm con ectasia de la vía. En la UIV funcionalismo conservado y litiasis radiopacapielocalicilarizda. de 20 mm. Con ese diagnóstico se realiza bajo anestesia general NEFROLITOTOMIA MICROPERCUTANEA izda. (MICROPERC® vaina 8Fr. con canal de trabajo 4'8 Fr. aguja de punción y óptica semirrígida 120°) encontrando litiasis de 3 cms en pelvis renal que se fragmenta con laserholmium (slimeline 200µm) dejando doble-J retrógrado. Tiempo quirúrgico 65' y estancia hospitalaria 24 horas. Retirada de doble-J a las 3 semanas y Rx simple de control tras expulsivo sin evidencia de litiasis.

## **PÓSTER**

### **P-1 RIÑÓN ECTOPICO INTRATORACICO EN UN ADULTO**

---

*Sánchez Rodríguez, C.; Doñate Iñiguez, G.; Maluff Torres, A.; Honrubia Vilchez, B.; Guzmán Martínez-Valls, PL. Servicio de Urología. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor.*

**INTRODUCCIÓN:** se presenta el caso clínico de un varón hipertenso de 63 años diagnosticado de manera incidental de ectopia renal intratorácica durante el estudio de un síndrome constitucional. La ectopia renal intratorácica es un hallazgo muy poco frecuente, con una incidencia inferior a 1 de cada 10.000, que afecta preferentemente al riñón izquierdo puesto que el hígado protege al diafragma derecho contra los cambios de presión.

**MÉTODOS:** se realiza una revisión bibliográfica de la incidencia, origen, clínica, diagnóstico y tratamiento de este tipo de ectopia renal.

**RESULTADOS:** en la radiografía de tórax se aprecia una masa de mediastino posterior por lo que se decide la realización de un TC que muestra una hernia diafragmática postero-lateral izquierda con ascenso a la cavidad torácica de polos superior y medio del riñón izquierdo. Puesto que el paciente se encuentra asintomático y la hernia es extrapleural no precisa de tratamiento quirúrgico reparador. Seguirá controles anuales.

**CONCLUSIÓN:** la ectopia renal intratorácica es un hallazgo muy infrecuente, habitualmente asintomático, diagnosticado con frecuencia de manera incidental y que no suele requerir tratamiento.

### **P-2 NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS. TÉCNICA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS**

---

*Rivero Guerra, A.; Romero Hoyuela, A; Reina Alcaina, L; Izquierdo Morejón, E.; Hidalgo Agulló, G.; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I; Pietricica, B; Rosino Sánchez, A., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer, Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** La neuromodulación de raíces sacras (S3) puede mejorar problemas de disfunción vesical en pacientes con incontinencia urinaria de urgencia (IUU) refractaria a tratamiento conservador.

**OBJETIVOS:** Describir la técnica quirúrgica de la neuromodulación de raíces sacras (S3). Análisis descriptivo de los resultados obtenidos en nuestro Centro.

**Material y métodos:** Entre 2012 y 2014 se han implantado dispositivos de neuromodulación en cuatro pacientes con IUU refractaria a tratamiento farmacológico oral y/o inyecciones vesicales de toxina botulínica. Se realiza una descripción de la técnica quirúrgica. Revisión de la literatura en relación a esta técnica y a sus resultados.

**RESULTADOS:** En nuestro Centro se ha realizado esta técnica en cuatro pacientes, con buenos resultados iniciales, disminuyendo la clínica de frecuencia y urgencia miccional. En uno de los casos fue precisa la retirada del dispositivo por infección crónica del estimulador definitivo.

**CONCLUSIONES:** La neuromodulación de raíces sacras (S3) es una opción terapéutica en pacientes con IUU refractaria a modificaciones del estilo de vida y a tratamiento farmacológico.

### **P-3 DIVERTÍCULOS PARAURETERALES BILATERALES DE HUTCH EN EDAD ADULTA**

*José David Jiménez Parra, José Carlos Ruiz Morcillo, Manuel José Segura Sanchez, Raquel Berrio Campos, Andrei Bitsunov Bitsunova y Ramón José La Iglesia Cabrerizo  
Hospital Rafael Méndez, Lorca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los divertículos paraureterales de Hutch se consideran una patología muy infrecuente durante la edad adulta. Presentamos un nuevo caso clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 70 años de edad que acude a urgencias de nuestro hospital por oligoanuria y dolor lumbar bilateral de reciente aparición. No hematuria macroscópica. Afebril. Refería historia previa de dificultad miccional aunque no había consultado previamente con urología por este motivo. Tras colocación de sonda vesical, se realiza una ecografía evidenciando ureterohidronefrosis bilateral grado 3-4 hasta nivel yuxtavesical. Se inicia tratamiento conservador presentando mejoría analítica aunque con persistencia del dolor lumbar bilateral. Completamos el estudio con cistografía y URO-TAC en el que se observa una obstrucción ureteral extrínseca bilateral, secundaria a dos grandes divertículos paraureterales. El lado derecho además, se asocia con reflujo vésico-ureteral grado-2. Ante los hallazgos descritos se decide realización de resección transuretral de próstata y diverticulectomía bilateral abierta.

**RESULTADOS:** A los doce meses de evolución, el paciente se encuentra con micciones satisfactorias (volúmenes entre 150-300cc), función renal normal y ausencia de hidronefrosis izquierda (persiste grado 1-2 derecha por reflujo). No refiere nuevos episodios de dolor lumbar.

**CONCLUSIONES:** Los divertículos paraureterales de Hutch son muy infrecuentes en la edad adulta, no obstante, resultan sencillos de diagnosticar con técnicas de imagen convencionales. El tratamiento a realizar dependerá de las alteraciones anatómicas y clínica del paciente.

### **P-4 NEUMOESCROTO SECUNDARIO A ENFISEMA SUBCUTÁNEO MASIVO**

*José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sanchez, José Carlos Ruiz Morcillo, Raquel Berrio Campos, Andrei Bitsunov Bitsunova y Ramón José La Iglesia Cabrerizo  
Hospital Rafael Méndez, Lorca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El neumoescrito es una entidad infrecuente, fácilmente diagnosticable, secundario en ocasiones a procesos infeccioso-inflamatorios que pueden amenazar la vida del paciente. Presentamos un nuevo caso clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 80 años de edad con antecedentes de hidrocelectomía bilateral, que acude a nuestro hospital por dolor inguino-escrotal izquierdo de reciente aparición. A la exploración se evidencia un bultoma inguinal doloroso a la palpación sugestivo de hernia incarcerada, motivo por el cual es intervenido de urgencia por parte del servicio de cirugía general. A partir del tercer día postoperatorio presenta gran aumento del volumen escrotal junto con crepitación y secreción serosa fétida a nivel de herida quirúrgica. Ante los hallazgos anteriores se solicita TAC tóraco-abdomino-pélvico urgente, evidenciando un neumoescrito secundario a enfisema subcutáneo masivo (desde región genital hasta axilar izquierda).

El paciente es sometido a una nueva intervención quirúrgica en la que se evidenció una perforación intestinal a nivel de sigma e infección secundaria a gérmenes productores de gas.

**RESULTADOS:** Tras un mes aproximado de ingreso hospitalario y una evolución lenta pero favorable, es dado de alta siendo portador de colostomía izquierda.

**CONCLUSIONES:** La acumulación de gas a nivel escrotal o neumoescrito suele originarse tras procedimientos endoscópicos o percutáneos tanto a nivel digestivo como torácico. Debemos tener siempre presente la posibilidad de una etiología infecciosa que pudiera amenazar la vida del paciente y evitar en la medida de lo posible un retraso diagnóstico/terapéutico.

## P-5 SARCOMA SINOVIAL BIFÁSICO RENAL

---

*José David Jiménez Parra, Raquel Berrio Campos, José Carlos Ruiz Morcillo, Manuel José Segura Sanchez, Andrei Bitsunov Bitsunova y Ramón José La Iglesia Cabrerizo.  
Hospital Rafael Méndez, Lorca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los sarcomas sinoviales bifásicos renales primarios son una patología muy infrecuente con escasas referencias en la literatura. Presentamos un nuevo caso clínico así como el manejo realizado y la evolución del mismo hasta la actualidad

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 41 años, valorada en urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor lumbar izquierdo. No presentaba hematuria ni clínica miccional. Afebril en todo momento. Debido a persistencia de sintomatología se decide ingreso y realización de ecografía, evidenciando a nivel de polo inferior renal izquierdo imagen de pseudomasa. Completamos el estudio con TAC abdomino-pélvico con contraste confirmando lesión renal izquierda de aproximadamente 8cm con afectación de grasa perirrenal, altamente sugestiva de origen neoplásico. Durante estancia hospitalaria presenta cuadro de hemorragia retroperitoneal espontánea siendo necesario una intervención quirúrgica urgente (nefrectomía izquierda y evacuación de gran hematoma retroperitoneal). El análisis anatomopatológico concluye que se trata de un tumor mesenquimal maligno concretamente un Sarcoma sinovial renal bifásico confirmado mediante técnicas de biología molecular: translocación t(X;18)(p11.2; q11.2). De forma posterior se inicia tratamiento con Adriamicina por parte de oncología médica, con buena tolerancia.

**RESULTADOS:** Durante su evolución ha precisado dos nuevas intervenciones quirúrgicas por recidiva tumoral, la primera por hematoma retroperitoneal secundario a infiltración grasa (un año tras primera cirugía) y la segunda por recidiva retroperitoneal con afectación de colon descendente (dos años tras la primera cirugía). Actualmente se encuentra en tratamiento con radioterapia del lecho tumoral, sin signos de recidiva y/o progresión.

**CONCLUSIONES:** Los sarcomas sinoviales renales bifásicos son neoplasias muy infrecuentes y agresivas. El tratamiento fundamental es el quirúrgico. Pese a que presentan de forma habitual escasa respuesta a radioterapia o quimioterapia, la utilización de antraciclinas e ifosfamida ha reportado en algunos casos resultados alentadores incluso con remisión completa tumoral.

## P-6 VEJIGA NEURÓGENA ESPÁSTICA SECUNDARIA A MIELITIS POSTINFECCIOSA: ¿QUÉ APORTA EL ESTUDIO URODINÁMICO?

---

*Rivero Guerra, A.; Romero Hoyuela, A; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaina, L; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer, Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** La afectación medular en algunas enfermedades neurológicas puede dar lugar a disfunción vesical tanto en la fase de llenado como en la micción.

**OBJETIVO:** Presentación del estudio y manejo de un caso de vejiga neurógena hiperrefléxica secundaria a mielitis transversa postinfecciosa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desarrollamos la aportación del estudio urodinámico en el diagnóstico, tratamiento y evolución de un caso de vejiga neurógena hiperrefléxica secundaria a mielitis transversa postinfecciosa. Revisión de la bibliografía al respecto.

**EVOLUCIÓN CLÍNICA:** Mujer de 26 años con antecedente de episodio de mielitis extensa postinfecciosa desde el que presenta clínica de urgencia miccional con incontinencia. Se realiza estudio urodinámico que muestra ondas de hiperactividad mayores a 15cm de agua que provocan micción involuntaria no inhibida con contractura perineal. Residuo post-miccional no significativo. ICQ-SF pre-tratamiento: 18. Se inicia tratamiento con anticolinérgicos y modificaciones del estilo de vida con buena evolución posterior y pocos efectos secundarios. ICQ-SF post-tratamiento: 10.

**CONCLUSIONES:** Las enfermedades neurológicas pueden causar clínica de incontinencia urinaria de urgencia con un importante impacto en la calidad de vida. Un estudio diagnóstico y tratamiento adecuados pueden contribuir a mejoras importantes en la calidad de vida del paciente.

## P-10 HEMATURIA TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL: PSEUDOANEURISMA ARTERIA RENAL

---

García Escudero, D., Velilla Asurmendi, P., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, AM., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, JP., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Valdelvira Nadal, P., Jiménez López, JM., Andreu García, A., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

**INTRODUCCIÓN:** El pseudoaneurisma de la arteria renal es una complicación frecuente en algunos procesos como el traumatismo renal, la biopsia o la cirugía percutánea, aunque raro tras nefrectomía parcial. El tiempo de aparición es variable, desde su manifestación casi inmediata hasta pasadas varias semanas del proceso.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 58 años con antecedentes de HTA. En estudio ecográfico se objetiva masa incidental en cara posterior de polo superior renal de unos 3 cm, confirmada por TC. Se realiza PAAF de la lesión que resulta positiva para carcinoma de células renales.

Se decide realización de nefrectomía parcial por vía abierta.

En el postoperatorio presenta hematuria autolimitada. En estudio de imagen se objetiva pseudoaneurisma arterial. Se decide embolización arterial supraselectiva no pudiéndose realizar por no objetivarse foco de sangrado activo. Se mantiene al paciente en reposo cediendo la hematuria de forma definitiva.

**DISCUSIÓN:** La ruptura y el sangrado de una rama de la arteria renal puede dar lugar a una hemorragia intracavitaria con posterior comunicación a la arteria, dando lugar a un pseudoaneurisma de la arteria renal. La cavidad no presenta una estructura arterial, y puede fistulizar a la vía urinaria si ha sido abierta dando lugar a hematuria macroscópica. También puede atravesar la cápsula renal y originar un hematoma retroperitoneal pulsátil. Puede ser fatal en algunas ocasiones. La incidencia de PAR es del 0.43% en el caso de cirugía abierta y entre 0.97-1.7% en el caso de la vía laparoscópica, aunque puede llegar al 7.5% en el caso de tumores centrales.

**PALABRAS CLAVE:** pseudoaneurisma arteria renal, nefrectomía parcial, hematuria.

## P-7 MASAS PARESROTALES INFRECIENTES: TUMOR MALIGNO DE LA VAINA DEL NERVI PERIFÉRICO

---

García Escudero, D., Velilla Asurmendi, P., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, AM., Sempere Gutiérrez, A., Oñate Celdrán, J., Arcas Martínez, MI\*, Torres Roca, M., Valdelvira Nadal, P., Morga Egea, JP., Jiménez López, JM., Andreu García, A., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores de la vaina del nervio periférico (TMVNP) son sarcomas de células fusiformes derivados de las células de Schwann o de células pluripotenciales de la cresta neural. Constituyen el 10% de los sarcomas y en el 60% de los casos aparecen en el contexto de una Neurofibromatosis. Los lugares más frecuentes de aparición son el retroperitoneo y las extremidades inferiores. Su aparición en el retroperitoneo en un paciente sin neurofibromatosis es muy raro, y su herniación a través del conducto inguinal es aún más raro.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos a un paciente varón de 54 años, sin antecedentes de interés, que acude a consultas externas de Urología con una masa paraescrotal izquierda dolorosa. En la exploración física se objetiva masa paratesticular. En estudio ecográfico se visualiza masa compatible con lipoma escrotal.

Se realiza exéresis de la tumoración, cuyo estudio anatomopatológico informa de TMVNP. Ante este hallazgo y con estudio de extensión negativo, se decide realizar orquiectomía radical.

**DISCUSIÓN:** La OMS categoriza los TMVNP dentro de los tumores de origen neurógeno con componentes biológicos similares. Estos tumores pueden surgir de novo en pacientes adultos, aunque el 10 a 60% de TMVNP tienden a tener una asociación con neurofibromatosis tipo I.

La edad de manifestación más frecuente es entre la 3ª y 4ª década de la vida y no hay predominancia de sexo.

La forma de diseminación es a través de los nervios involucrados, infiltrando estructuras vecinas; también por vía hematogena a pulmón, hígado y hueso. Es rara la diseminación a ganglios linfáticos.

El tratamiento es la cirugía radical con biopsia intraoperatoria para comprobar la negatividad de márgenes quirúrgicos, en combinación con radioterapia pre o postoperatoria. La quimioterapia se reserva para casos de diseminación a distancia.

**PALABRAS CLAVE:** tumor maligno de la vaina del nervio periférico, masa paraescrotal, tumores neurógenos.

## **P-8 TUMOR DE CÉLULAS DE SERTOLI ESCLEROSANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

---

*Berio Campos Raquel, Jimenez Parra José David, Ruiz Morcillo José Carlos, Segura Sánchez Manuel José, Bitsunov Bitsunova Andrei, La Iglesia Cabrerizo Ramón.  
Hospital Rafael Méndez, Lorca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** Los tumores no germinales suponen aproximadamente el 5% de las neoplasias que se originan en el testículo. Dentro de este grupo, el tumor de células de Sertoli es una entidad muy poco frecuente (0,4-1,5% de ellos). Es un tumor bien descrito en la literatura, que incluye 3 variedades histológicas específicas. Entre ellas, la forma esclerosante es especialmente rara. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de un tumor de células de Sertoliesclerosante.

**CASO CLÍNICO:** Se trata de un varón de 26 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por un aumento discreto del tamaño testicular derecho. La exploración física reveló aumento del volumen testicular. El estudio ecográfico evidenció una pequeña tumoración sólida intratesticular, de aproximadamente 1,5 cm de diámetro. Los marcadores tumorales, fueron negativos. Se practicó orquiectomía radical derecha vía inguinal. El estudio de extensión tras el diagnóstico anatomopatológico fue negativo.

**DISCUSIÓN:** El tumor de células de Sertoliesclerosante fue descrito por primera vez en 1991 por Zuckerberg y Young. La edad media de aparición es de 35 años. No tiende a la bilateralidad, ni a la multifocalidad, ni es hormonalmente activo.

Desde el punto de vista anatomopatológico, se disponen formando cordones, trabéculas, túbulos, o agregados irregulares, rodeados por estroma fibroso. La variedad esclerosante se distingue por su estroma extenso y esclerosado. Todas las variedades descritas muestran marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, beta-HCG, LDH) negativos.

Es necesario realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores: seminoma de patrón tubular, tumor carcinoide, tumor de células de Leydig y tumor adenomatoide.

**CONCLUSIONES:** Actualmente se considera que en ausencia de signos radiológicos de extensión a ganglios linfáticos o metástasis a distancia la orquiectomía radical es el tratamiento aconsejado. Aunque habitualmente tienen un comportamiento benigno se aconseja la vigilancia de larga duración ya que hay pocos casos registrados en la literatura.

## **P-9 ECTOPIA RENAL CRUZADA Y FUSIONADA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

---

*Berio Campos Raquel, Ruiz Morcillo José Carlos, Jimenez Parra José David, Segura Sánchez Manuel José, Bitsunov Bitsunova Andrei, La Iglesia Cabrerizo Ramón.  
Hospital Rafael Méndez, Lorca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** Entre las anomalías del tracto urinario superior se encuentran las anomalías de la migración, que incluye la ectopia renal simple, y las anomalías de la forma y fusión, como son la ectopia renal cruzada (ERC) y el riñón en herradura. Habitualmente estas patologías son de curso asintomático, por lo que su hallazgo suele ser casual durante exploraciones radiológicas rutinarias por otras causas. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de ectopia renal derecha cruzada y fusionada.

**CASO CLÍNICO:** Se trata de una mujer de 36 años, con antecedentes de cardiopatía congénita de ventana aortopulmonar intervenida en la infancia, que es remitida a nuestra consulta desde atención primaria por ausencia de riñón derecho en la evaluación ecográfica en el estudio de molestias lumbares inespecíficas. Tras realización de urografía intravenosa, se diagnostica de ectopia renal derecha cruzada y fusionada.

**DISCUSIÓN:** La ERC se define como la localización del riñón en el lado opuesto al de la inserción de su uréter en la vejiga. La variedad más común es el riñón fusionado unilateral con ectopia inferior. La incidencia de la ERC es 1:2000 y de la variedad fusionada es 1:1000 nacidos vivos. Más frecuente en hombres (2:1) y la ectopia izquierda-derecha es tres veces más frecuente que la ectopia derecha-izquierda.

Las anomalías asociadas a la ectopia renal cruzada son: reflujo vesicoureteral (20% y 70% en el caso bilateral de ERC), displasia cística, obstrucción de la unión pieloureteral (29%) o, en casos infrecuentes, carcinoma. La ERC solitaria se asocia a anomalías genitales o esqueléticas en un 40 y 50%, respectivamente; así como a ano imperforado en un 20%.

**CONCLUSIONES:** La detección de estas anomalías exige la búsqueda de otras malformaciones renales y extrarrenales asociadas. La evaluación periódica evitará posibles complicaciones.

## P-10 CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE CÉLULAS PEQUEÑAS PROSTÁTICO. A PRO- PÓSITO DE UN CASO

Ruiz Morcillo, J.C. Jiménez Parra, J.D. Segura Sánchez, M.J. Berrio Campos, R. Bitsunov Bitsunova, A. La Iglesia Cabrero, R.J.

Hospital Rafael Méndez, Lorca.

**INTRODUCCIÓN:** La diferenciación neuroendocrina de próstata en su variedad de células pequeñas es extremadamente rara representando un porcentaje muy bajo de las neoplasias prostáticas que se diagnostican. Conocer la existencia de este tipo de tumores ayuda en el manejo diagnóstico-terapéutico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De forma retrospectiva revisamos la historia clínica uro-oncológica de un paciente diagnosticado de carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de la próstata.

**RESULTADOS:** Se describe el caso clínico de un varón de 75 años que en junio de 2001 fue diagnosticado y tratado médicamente de síndrome prostático de predominio irritativo con PSA normal (0,9ng/ml) y ecografía con próstata de aproximadamente 19 gramos. En Mayo de 2005 (79 años) el paciente fue atendido nuevamente en consulta externa de urología por presentar polaquiuria con urgencia e incontinencia. El PSA permanece en valores normales (1,3 ng/dl) pero al tacto rectal presenta próstata muy aumentada de tamaño y pétérea. Ante la incongruencia clínico-analítica se realiza biopsia de próstata informada de neoplasia maligna indiferenciada que muestra tinción negativa para el antígeno prostático específico y que parece corresponder a un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. TAC abdomen-pelvis (16/11/2005): Gran masa pélvica dependiente de próstata que infiltra vesículas seminales, vejiga y engloba uréter distal izquierdo. Rx de tórax normal. 2 meses tras el diagnóstico y a pesar de bloqueo hormonal el paciente consulta en servicio de urgencias por presentar mal estado general pérdida de fuerza en miembros inferiores, dolor anal y perineal, debilidad generalizada y pérdida de peso de unos 5 kg y termina falleciendo a los pocos días de su ingreso.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico de un carcinoma neuroendocrino de células pequeñas de próstata es un hecho a considerar por sus implicaciones diagnóstico-terapéuticas y pronósticas dado que no expresan PSA, no suelen responder a los tratamientos habituales y el pronóstico vital suele ser nefasto.

## P-11 PLASTIA DE SHAEER MODIFICADA PARA INCURVACIÓN CONGÉNITA DE PENE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Martínez Gómez, G.; Rigabert Montiel, M.; Pinzón Navarrete, C.P.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Martínez Peralta, H.L.; Fernández Garay, J.C.; Escudero Bregante, J.F.; García Hernández, J.A.; López Cubillana, P.; López González, P.A.; Moreno Alarcón, C.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Server Pastor, G.; Tornero Ruiz, J.I.; Gómez Gómez, G.A. Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La incurvación congénita del pene afecta tanto a varones con hipospadia (0.8%) como sin ella (4-10%).

Es durante el desarrollo embrionario cuando se produce la asimetría en el desarrollo de los cuerpos ventrales, que posteriormente condicionará la clínica de estos varones. La curvatura se hace evidente durante la erección, usualmente ventral. Aunque el grado de incurvación puede ser sutil, en ciertos casos puede manifestarse de forma severa (hasta 90°), lo que puede plantear problemas estéticos y funcionales, no permitiendo un adecuado desarrollo psico-sexual.

El objetivo que nos ocupa es presentar la técnica de Shaeer modificada como una alternativa que minimiza el acortamiento del pene con respecto a técnicas tradicionales (Nesbit, Nesbit modificado, plicatura de la albugínea, entre otras).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos a un varón de 17 años sin antecedentes de interés que acudió a nuestras consultas por presentar incurvación congénita de pene. Empleamos para la reparación de la misma la técnica de Shaeer modificada. Tras anestesia regional, se desnudó el pene completamente; cuidadosamente se disecó el paquete vasculonervioso dorsal, practicando dos incisiones dorsales longitudinales que posteriormente recibieron doble sutura reabsorbible. Mediante una erección artificial, pudimos comprobar el correcto enderezamiento. Tras esto, se cerraron tónicas y mucocutáneo.

**RESULTADOS:** Mostramos la comparación pre y postoperatoria en términos de la corrección de la curvatura peneana. Tras 8 meses de seguimiento, no ha habido reincurvaciones ni complicaciones, pudiendo confirmar los óptimos resultados estéticos y la satisfacción de nuestro paciente.

**CONCLUSIONES:** La técnica de Shaeer modificada se presenta como una buena alternativa en aquellos pacientes que presentan incurvación congénita de pene severa, ya que podemos obtener resultados funcionales y estéticos excelentes, con mínimas complicaciones postoperatorias y sin que la longitud del pene se vea afectada como en otras técnicas.

## **P-12 HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CONTEXTO DE QUISTE SUPRARRENAL ENDOTELIAL**

*Samper Mateo P, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Vilchez Costas A.I., Oñate Celdrán J, Torres Roca M, Sempere Gutierrez A, Rico Galiano J.L., Fontana Campiano, L.O.  
Hospital General Universitario Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** Los quistes suprarrenales suponen una entidad rara, incidencia del 0.064% en autopsias. De predominio asintomáticos, la mayoría se diagnostican de forma incidental. Se clasifican en: pseudoquistes, epiteliales, parasitarios y endoteliales. Su funcionalidad, características radiológicas y la aparición de complicaciones determinarán la actitud terapéutica.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 72 años asintomática remitida desde atención primaria por incidentaloma en polo superior del riñón derecho.

AP: No alergias conocidas. HTA. Intervenida de cadera y rodilla izquierdas.

EF: Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias palpables.

TC ABDOMINAL: Masa sólida heterogénea de probable origen suprarrenal, con captación del contraste de predominio periférico y morfología irregular y con imágenes sugestivas de calcificaciones en su interior. Tamaño aproximado de 6 x 6cm, no permite descartar origen neoplásico.

Se descartó funcionalidad de la lesión.

Ante los hallazgos clínicos y radiológicos se decide Adrenalectomía derecha laparoscópica.

Previo a la cirugía, la paciente sufrió una crisis hipertensiva controlada con tratamiento médico. Durante la intervención permaneció con niveles elevados de tensión arterial, pudiéndose realizar el 20/03/2014 sin más incidencias. Con postoperatorio favorable, fue alta el tercer día.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA:** En glándula suprarrenal de aspecto normal se observa lesión quística de 6 x 3.5 x 0.6 cm con calcificaciones y revestimiento endotelial. Compatible con quiste vascular con revestimiento endotelial.

Primera revisión postoperatoria (Abril 2014): Paciente clínicamente bien, con mejoría de las cifras de TA.

TC: Se observan cambios postquirúrgicos. Resto dentro de la normalidad.

**CONCLUSIONES:** Las lesiones quísticas complejas, no funcionales, con contenido heterogéneo y/ o espesor de su pared > 5mm son indicación de resección quirúrgica.

El abordaje laparoscópico permite la resección completa de la lesión y agiliza la recuperación postoperatoria del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** quiste suprarrenal, adrenalectomía laparoscópica,

## **P-13 TUMOR DE WILMS DEL ADULTO**

*Samper Mateo P, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Vilchez Costas A.I., Oñate Celdrán J, Torres Roca M, Sempere Gutierrez A, Jiménez López J.M., Rico Galiano J.L., Fontana Campiano, L.O.  
Hospital General Universitario Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** La forma adulta del Nefroblastoma o tumor de Wilms se presenta en el 1% de los casos. Debe contemplarse en el diagnóstico diferencial de lesiones quísticas renales. La anatomía patológica proporciona el diagnóstico definitivo.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 27 años que refiere dolor inespecífico en fosa renal derecha y fiebre.

AP: No alergias conocidas. 1 parto vaginal. Apendicectomizada.

EA: Dolor en fosa renal derecha irradiadas a región inguinal de un mes de evolución acompañado de fiebre puntualmente. No síndrome miccional ni otra sintomatología acompañante.

EF: Abdomen blando y depresible. No masas ni megalias palpables.

**PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:** RM: Lesión focal renal derecha de 4 x 4x 2.6cm de diámetro. Hipointensa en T1 e iso-hiperintensa en T2. Estudio dinámico: en la señal T1 cápsula hipercaptante con prolongaciones irregulares hacia el interior.

Comentado con el radiólogo se decide biopsia para caracterización más específica de la lesión.

PAAF TC-guiada: Positiva para células neoplásicas.

Se decide Nefrectomía derecha laparoscópica. Se realiza el 25/06/2014 sin incidencias. Con postoperatorio favorable la paciente es alta al tercer día.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA:** Tumoración friable de coloración blanquecina, de 5 x 2cm. Corresponde a una neoforación de células primitivas tipo blastema, sin anaplasia celular, dispuestas en nidos sólidos, con necrosis tumoral y áreas de diferenciación tubular como túbulos primitivos con luz central. Compatible con Nefroblastoma o Tumor de Wilms.

Se presentó en comité oncológico para tratamiento quimioterápico. Actualmente continúa en tratamiento.

**CONCLUSIONES:** El nefroblastoma del adulto, aunque infrecuente presenta peor pronóstico que en la infancia.

En el adulto se mantiene el protocolo infantil de quimioterapia, aunque con peor respuesta.

- La anaplasia celular supone el factor predictor de mal pronóstico más importante.

## **P-14 PROTÉSIS URETERALES TIPO ALLIUM: DESCRIPCIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS INICIALES**

---

*Martínez Gómez, G.; López González, P.A.; Capel Alemán, A.\*; Pinzón Navarrete, C.P.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Martínez Peralta, H.L.; Fernández Garay, J.C.; Lloret Estañ, F.\*; Carbonell Ruiz, D.\*; Escudero Bregante, J.F.; López Cubillana, P.; Moreno Alarcón, C.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Rigabert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Tornero Ruiz, J.I.; García Hernández, J.A.; Gómez Gómez, G.A.*  
*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El objetivo que perseguimos es evaluar la eficacia de los stents ureterales Allium en el tratamiento de estenosis ureterales, cualquiera que sea su causa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Entre enero de 2013 y diciembre de 2014, han sido tratados en nuestro centro, por uropatía obstructiva a nivel ureteral, ocho pacientes, mediante la colocación de endoprótesis ureterales, de los cuales 5 fueron mujeres y 3 hombres. Las edades de los mismos se comprendían entre los 25 y 79 años. Entre nuestra muestra se encuentran dos pacientes trasplantados renales. Sólo uno de los pacientes presentaba estenosis bilateral; en los otros casos la afectación fue unilateral.

**RESULTADOS:** Un 75 % de nuestros pacientes presentaban estenosis en tercio distal de uréter.

El 100% de los pacientes permaneció con una nefrostomía de seguridad y se realizó pielografía percutánea antes de la retirada de la misma para comprobar la permeabilidad de la prótesis.

En todos los casos el procedimiento fue bien tolerado, aunque en un caso se realizó extracción de prótesis a la semana de su colocación por migración distal. En otros dos casos la migración fue proximal pero no originó problemas.

**CONCLUSIONES:** Las endoprótesis ureterales pueden considerarse un tratamiento efectivo en los pacientes no subsidiarios de cirugía, o, en aquellos con indicación de stent ureteral permanente evitando así los cambios periódicos con los catéteres actuales.

## **P-15 EMPLEO DE ENDOPRÓTESIS URETERALES EN UN CASO DE UROPATÍA OBSTRUCTIVA**

---

*Martínez Gómez, G.; López González, P.A.; Capel Alemán, A.\*; Pinzón Navarrete, C.P.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Martínez Peralta, H.L.; Fernández Garay, J.C.; Escudero Bregante, J.F.; López Cubillana, P.; Moreno Alarcón, C.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Rigabert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Tornero Ruiz, J.I.; García Hernández, J.A.; Gómez Gómez, G.A.*  
*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los stents Allium autoexpansibles son prótesis ureterales recubiertas que pueden ser empleadas en aquellos casos de estenosis ureterales tratadas previamente mediante otras técnicas, así como, en aquellos pacientes que, por su alta comorbilidad se beneficiarían de un tratamiento menos agresivo. Pueden ser colocados por vía anterógrada o retrógrada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una mujer de 57 años de edad, entre cuyos antecedentes destaca histerectomía hace 23 años. Consulta por cuadro de dolor fijo tipo pinchazos en fosa renal derecha. Se realiza urografía intravenosa que muestra una posible litiasis en uréter derecho que produce hidronefrosis grado I-II. Se programa URS en la que se evidencia uréter de calibre disminuido, de mucosa pálida y deslustrada. Durante el procedimiento, se produce lesión al paso del catéter ureteral, por lo que se coloca catéter doble J retrógrado. La paciente ingresa por dolor a pesar de adecuada ubicación de catéter doble J realizándose punción nefrostomía percutánea. En las pruebas de imagen se evidencia estenosis compleja de gran parte de trayecto ureteral, indicándose la colocación por RVI de endoprótesis ureteral tipo Allium vía anterógrada.

**RESULTADOS:** Después de 5 meses de seguimiento tras la colocación de la endoprótesis, la paciente permanece asintomática, con correcta función renal.

**CONCLUSIONES:** Las endoprótesis ureterales pueden considerarse una opción en aquellos pacientes que presentan estenosis ureterales complejas.

## **P-16 SÍNDROME DE WÜNDERLICH SECUNDARIO A LEIOMIOSARCOMA MULTIFOCAL: UN CASO CLÍNICO**

---

*Vilchez Costas AI, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Samper Mateo P, Sempere Gutiérrez A, Torres Roca M, Oñate Celdrán J, Morga Egea JP, Valdelvira Nadal P, Jiménez López JM, Andreu García A, Rico Galiano JL, Arcas Martínez-Salas MI (Servicio Anatomía Patológica), Fontana Compiano LO*

*Hospital General Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** el síndrome de Wunderlich o hemorragia perirrenal espontánea es una rara entidad, que supone una urgencia urológica puesto que puede comprometer la vida del paciente. El cuadro clínico, descrito por primera vez por Bonet en 1700, consistente en la tríada: dolor de aparición súbita, masa palpable en flanco asociado a signos y síntomas de shock hipovolémico, se da tan sólo en un 20% de los casos. Por este motivo, el diagnóstico de esta entidad es difícil y en ella cobra especial relevancia el estudio por imagen.

**CASO CLÍNICO:** varón de 52 años de edad, visto en urgencias de nuestro hospital en agosto de 2014 por cuadro constitucional y astenia; no manifestaba ninguna otra sintomatología acompañante. En el estudio realizado se evidencia anemia. Se solicita TC toraco-abdominal que evidencia gran hematoma retroperitoneal, totalmente contenido en fascia renal, de aproximadamente 15 x 12 x 8 cm a nivel de celda renal derecha que desplaza arteria y vena renal. La aortografía abdominal realizada en el HCUVA no mostró extravasación de contraste que pudiera sugerir sangrado activo.

**DISCUSIÓN:** el caso expuesto es un claro ejemplo de síndrome de Wunderlich de presentación insidiosa y progresiva, en el que la tríada clásica no se encuentra presente y donde las pruebas de imagen resultaron indispensables tanto para el diagnóstico sindrómico como para el diagnóstico de la patología subyacente.

**PALABRAS CLAVE:** síndrome de Wunderlich, hemorragia perirrenal, leiomiomasarcoma renal.

## **P-17 UTILIDAD DEL PSA EN LÍQUIDO PLEURAL PARA DIAGNOSTICO DE DERRAME NEOPLÁSICO SECUNDARIO A ADC DE PRÓSTATA**

---

*Doñate Iñiguez, G.; Maluff Torres, A.; Sánchez Rodríguez, C.; Honrubia Vilchez, B.; Guzmán Martínez-Valls, PL. Servicio de Urología. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor.*

**INTRODUCCIÓN:** La afectación metastásica pulmonar o pleural por adenocarcinoma de próstata es un hallazgo clínico infrecuente. El antígeno prostático específico está elevado en el líquido pleural en menos del 50% de los derrames metastásicos por adenocarcinoma de próstata.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de un paciente joven de 42 años que acude al servicio de urgencias por disnea progresiva hasta ser de mínimos esfuerzos acompañada de tos de varios meses de evolución.

Tras realizar placa de tórax se comprueba derrame pleural masivo, por lo que se decide realizar toracocentesis evacuadora, obteniéndose un líquido hemorrágico cuya citología con células de adenocarcinoma no es suficiente para concretar el origen. Se realiza además marcadores tumorales distintos a dicho líquido incluyendo el PSA cuyo valor está muy elevado ( 429,77ng/dl) .El diagnóstico final se confirma con la biopsia de próstata positiva.

**CONCLUSIÓN:** Revisada la bibliografía existente, el derrame pleural maligno secundario a ADC de próstata es poco frecuente, y en ocasiones resulta difícil diagnosticar el tumor primario, debido a que la citología del líquido es poco sensible y se debe acompañar de biopsia pleural para confirmar diagnóstico.

La medición de PSA en el líquido pleural puede ser útil en el diagnóstico de metástasis pleurales por ADC de próstata.

## **P-18 CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE LA PIEZA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA**

---

*Doñate Iñiguez, G.; Sánchez Rodríguez, C.; Maluff Torres, A.; Honrubia Vilchez, B.; Guzmán Martínez-Valls, PL. Servicio de Urología. Hospital Universitario los Arcos del Mar Menor.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Conocido es el sobre tratamiento del cáncer de próstata secundario a un mayor diagnóstico del mismo debido al uso generalizado del PSA y a los actuales protocolos de biopsia prostática. La vigilancia activa (VA), entendida como una actitud expectante ante un cáncer de próstata (CaP) de bajo riesgo potencialmente curable, pretende contrarrestar dicho fenómeno.

Nuestro objetivo es conocer las características anatomopatológicas de las piezas quirúrgicas de pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR) que hubieran podido ser candidatos a VA.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo de 79 pacientes con cáncer de próstata, sometidos a PR en nuestro hospital entre 2011 y 2014, y selección mediante criterios de PRIAS de candidatos a VA para análisis descriptivo de las características clínicas de los mismos y anatomopatológicas de la próstata.

**RESULTADO:** Todos los pacientes incluidos en VA tenían un estadio clínico de T1-T2 y un Gleason < o igual a 6, y PSA < 10. La media de PSA al diagnóstico de la serie es de 6,35 (4,13-9,20), la media de cilindros obtenidos en la biopsia de próstata es de 15,34, la media del de afectación de cilindros, expresado en porcentaje es del 13,42%. El 34% de nuestra serie de cirugías radicales de próstata cumplían criterios para ser incluidos en VA. Nuestros porcentajes de infraestadificación e infragradaación son del 22 y 26% respectivamente.

**CONCLUSIÓN:** Los criterios más comúnmente usados en la literatura para seleccionar a pacientes para VA son los de PRIAS; nuestros datos de infraestadificación e infragradaación son similares a los publicados en grandes series. La VA en pacientes con CaP de bajo riesgo es una opción a tener en cuenta en nuestro medio.

## **P-19 NUEVO SLING AJUSTABLE ATOMS™ PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA**

*L. Reina Alcaina; A. Romero Hoyuela; G. Hidalgo Agulló; C. Carrillo George; A. Rivero Guerra; I. Barcelo Bayonas; E. Izquierdo Morejón; A. Rosino Sánchez; B. Pietricica; G. Hita; T. Fernández Aparicio; B. Miñana López. Servicio de Urología. Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Murcia.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El gold standard del tratamiento para la incontinencia urinaria (IU) masculina de esfuerzo es el esfínter artificial. La aparición de nuevos dispositivos ajustables, como el sistema ATOMS™, puede ser una alternativa en casos seleccionados para el tratamiento de esta patología.

Nuestro objetivo es presentar una descripción de la técnica quirúrgica para su implantación y nuestra experiencia inicial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Iniciamos la práctica con este sistema en el año 2014, siendo 4 los pacientes a los que se les ha implantado. Todos ellos presentaban una incontinencia urinaria moderada tras prostatectomía radical por cáncer de próstata de un año de evolución. A todos ellos se les realizó valoración funcional vesical, test ICIQ-SF, urocultivo, valoración de esfínter externo residual e índice de masa corporal (IMC). Realizamos la técnica según la descripción realizada por Bauer con la modificación de inserción transobturadora de "fuera-dentro".

Realizamos un análisis de resultados de nuestros primeros casos.

**CONCLUSIONES:** El sistema ajustable ATOMS™ representa una alternativa en el tratamiento de la incontinencia urinaria por déficit esfinteriano en el hombre. Son necesarios nuevos estudios bien diseñados para confirmar su eficacia a largo plazo.

## **P-20 IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ECOGRAFÍA DOPPLER TRAS INYECCIÓN DE ALPROSTADIL**

---

*Pablo Velilla Asurmendi, Damián García Escudero, Paula Samper Mateo, Ana Vilchez Costas, Juan Pedro Morga Egea, Marcos Torres Roca, Julián Oñate Celdrán, Pedro Valdelvira Nadal, Andrés Sempere Gutiérrez, José Miguel Jiménez López, Ángel Andreu García, José Luis. Hospital General Universitario Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** La Disfunción Eréctil (DE) es la patología más relevante en medicina sexual, con una alta prevalencia (52% de hombres no institucionolizados entre 40 y 70 años).

Entre 25 y 75% de los hombres intervenidos de prostatectomía radical desarrollarán DE, una práctica cada vez más frecuente en nuestra práctica diaria.

**OBJETIVO:** Presentamos la implementación de un protocolo diagnóstico para DE.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Criterios de inclusión:

De de novo. Ausencia de contraindicación a IPDE5 o a alprostadil. Ausencia de respuesta a tratamiento con IPDE5

Criterio de exclusión: Prostatectomía radical previa.

Los pacientes se citan en una consulta específica previa a la prueba:

Firma de Consentimiento informado.

Anamnesis (incluyendo el cuestionario IIEF) y examen físico.

Análítica: Glucemia, perfil lipídico y testosterona total.

Ultrasonografía-doppler de cuerpos cavernosos:

Se requiere un urólogo, un radiólogo y una enfermera.

Con pene flácido se mide el pico de velocidad sistólico, la velocidad telediastólica y el Índice de Resistencia, en las arterias cavernosas y en la dorsal del pene.

El urólogo inyecta 20 mcg de alprostadil intracavernoso y el equipo deja al paciente sólo.

Desde los 10 minutos se puede apreciar respuesta. Una vez alcanzada la erección se repite la ecografía.

Usamos los criterios de la Asociación Española de Urología para establecer normalidad:

Pico de velocidad sistólico 35 cms/s.

Velocidad telediastólica de 4 cms/s. o inferior.

Índice de Resistencia 0,8.

**RESULTADOS:** Desde mayo a julio de 2014 se realizan los 5 primeros estudios:

5 consiguen una erección normal.

2 presentan un test positivo.

Ninguno de los pacientes presentó complicaciones tras el test.

**CONCLUSIONES:** La ecografía con doppler tras inyección de fármaco intracavernoso es el principal estudio vascular a realizar en DE, así como una prueba barata y segura

## **P-21 AUTO-INTRODUCCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URETRA. RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA**

*Pablo Velilla Asurmendi, Enrique Cao Avellaneda, Raúl Montoya Chinchilla, Eugenio Hita Rosino, Max Cachay Ayala, Leandro Gabriel Sala, Juan Manuel Soler Fernández, Francisco José Jiménez Penick, Carlos García Espona, Juan Moreno Avilés.*

*Hospital Universitario Santa Lucía.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las parafilias son trastornos psiquiátricos con escasa incidencia en Urología. Una de las más frecuentes es la de introducción de cuerpos extraños por la uretra.

Presentamos un caso resuelto por vía endoscópica.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Motivo de consulta: Varón de 46 años sin antecedentes de interés, residente en otra ciudad, que acude a urgencias de madrugada tras introducción por uretra de un alambre recubierto en plástico.

Enfermedad actual: Presenta síndrome miccional, con disuria, pero no retención aguda de orina.

Exploración física: Importante edema de uretra peneana. No presenta otros signos autolesivos.

Exploraciones complementarias: Rx de abdomen: Cuerpo extraño a nivel de uretra peneana. No presenta otros cuerpos extraños.

**RESULTADOS:** Se realiza exploración de uretra peneana con cistoscopio flexible, encontrándose importante edema de uretra, llegándose a nivel de cuerpo extraño, que resulta ser alambre para cierre de bolsa. Se extrae con pinza a través del cistoscopio.

Se deja sonda vesical de 12 Fr. (hasta resolución de edema uretral) y se inicia tratamiento ambulatorio con antiinflamatorio y antibiótico con amoxicilina-clavulánico.

**CONCLUSIONES:** Las parafilias son trastornos infrecuentes. En Urología podemos hallarnos ante introducción de diversos objetos por vía uretral, que precisan una rápida resolución.

Disponer de un cistoscopio flexible facilita la localización y extracción de forma segura de estos cuerpos extraños.

## **P-22 PROTOCOLO DE PRESERVACIÓN VESICAL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA**

---

*Martínez Peralta H, Moreno Alarcón C, López Cubillana P, López González Pa, Ros Martínez .S , Gutiérrez Gutiérrez Pf, Olarte Barragán Eh, Pinzón Navarrete Cp, Martínez Gómez G, Prieto González A, Escudero Bregante Jf, García Hernández Ja, Nicolás Torralba Ja, Tornero Ruiz Ji, Rigabert Montiel M, Server Pastor G, Gómez Gómez Ga.*  
*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca.*

**OBJETIVOS:** La cistectomía radical es considerada el tratamiento estándar en el carcinoma vesical músculo invasivo localizado. Presentamos el seguimiento protocolar ofrecido a pacientes seleccionados para preservación vesical con RTU± QMT Y RDT como tratamiento alternativo.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Analizamos prospectivamente a 7 pacientes diagnosticados de carcinoma vesical músculo invasivo hasta la fecha, con una media de edad de 62.4 años. Todos tratados con RTU + QMT ± RDT (De los 7 pacientes 2 tratados con RTU+QMT+RDT y 5 RTU+QMT).

**RESULTADOS:** Un seguimiento abierto de los cuales el máximo ha sido de 48 meses con una media de 17.8 meses. Del total de pacientes, el que se incluyó condicionalmente por presentar Cis, a los 11 meses de seguimiento en resultado de AP informan de Carcinoma Sarcomatoide, motivo por el que es sacado del estudio y es sometido a cistectomía de rescate. Los 6 restantes todos con controles negativos y tolerancia aceptable a la quimioterapia.

**CONCLUSIONES:** La cistoprostectomía radical continua siendo el tratamiento de elección ante el tumor vesical infiltrante localizado, no debe ser desestimada la posibilidad de preservar la vejiga en algunos casos seleccionados.

## **P-23 ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL ZSI 375. EXPERIENCIA INICIAL**

---

*Montoya Chinchilla R, Cachay Ayala M, Rodríguez Tardido A, Sala Lafuente L, Carril Fernández A, Cao Avellaneda E, Jiménez Penick FJ, Hita Rosino E, García Espona C, Moreno Avilés J.*  
*Hospital Santa Lucía.*

**INTRODUCCIÓN:** El tratamiento de la incontinencia urinaria moderada-severa en el varón está cambiando en los últimos años gracias a los diferentes esfínteres urinarios artificiales desarrollados. El más utilizado y estudiado es el AMS-800, aunque su precio, dificultad de inserción y complicaciones ha motivado la utilización de dispositivos alternativos (FlowSecure, Periurethral Constrictor, Tape Mechanical Occlusive Device).

El esfínter urinario artificial ZSI 375 fue desarrollado en 2005 como un dispositivo de una sola pieza formado por un manguito uretral unido a un reservorio/activador alojado a nivel subdartos. Las ventajas respecto a AMS-800 son su menor coste (2.000 euros menos aproximadamente) y la posibilidad de ajustar la presión del dispositivo de forma ambulatoria. Estudios con seguimiento de 20 semanas han demostrado tasas de continencia del 94,2% asociada a infección del dispositivo de 5,8%.

**OBJETIVOS:** Implantación de un dispositivo ZSI 375 para valorar su técnica, complicaciones tempranas y seguimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha implantado un dispositivo ZSI 375 en un paciente de 70 años. Prostatectomía radical en 1997 de tumor de riesgo intermedio. Como complicaciones presenta incontinencia urinaria de esfuerzo severa asociada a estenosis de la anastomosis sobre la que se realiza cervicotomía en 2007. En 2013 se realiza uretrotomía interna de estenosis de 1 cm bulbar. Resuelta la estenosis se ofrece implantación de esfínter artificial.

**RESULTADOS:** La cirugía se llevó a cabo en 90 minutos mediante doble incisión. La incisión perineal permitió disección hasta uretra bulbar separando músculo bulboesponjoso. La incisión inguinal permitió comunicar de forma subcutánea con la incisión perineal y realizar una bolsa en el subdartos. Tras la preparación del manguito y del reservorio a las presiones objetivo se colocó el dispositivo dejándose desactivado para una futura activación tras 4 semanas.

La activación se llevó a cabo en consultas externas sin necesidad de anestésico local. A la 5ª semana se reevaluó al paciente encontrándose un Pad-Test 24h de 5 cc con una flujometría adecuada sin residuo post-miccional. A las 18 semanas de la implantación el paciente no ha mostrado complicaciones locales y sigue continente sin necesidad de absorbentes.

**CONCLUSIÓN:** La implantación del esfínter urinario artificial ZSI 375 es una técnica reproducible que no parece suponer importantes complicaciones en los primeros meses de seguimiento.

La posibilidad de ajustar la presión ejercida sobre la uretra de forma ambulatoria, así como un precio más económico, hace que este dispositivo sea una buena opción para el tratamiento de la incontinencia urinaria moderada-severa en el varón.

# Programa de Enfermería

## XX JORNADA DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Parador de Lorca, 20 y 21 de Febrero 2015

### CONMEMORACIÓN 25 AÑOS SERVICIO DE UROLOGÍA

#### **Viernes 20 de Febrero:**

09-09,30 h. Entrega de documentación

09,30-10 h. Inauguración de las Jornadas a cargo del Equipo Directivo Área III

10- 11,30h. Mesa redonda: Papel de la enfermería en un Servicio de Urología

Moderador: Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo

#### **Lectura de comunicaciones**

12- 13,15 h. Mesa redonda: 25 años en el Servicio de Urología del Área III de Lorca

Moderador: Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo

#### **Presentación de Pósteres**

## Comunicaciones Enfermería

### C-1.1 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL LAVADO VESICAL BASADA EN LA EVIDENCIA

*Autores: López Carrasco, Dolores; Lorca Guirao, Ana Belén; Cánovas Noguera, Eulalia Abellán Galindo, Herminia; Rodríguez Vígara, M<sup>a</sup> Paz; Rodríguez González, Eva.  
Hospital Universitario Rafael Méndez*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La hematuria, es un motivo de consulta frecuente, ya que la gran mayoría de las enfermedades que afectan al aparato urinario cursan en algún momento de su evolución con este signo, siendo difícil establecer una pauta única para su manejo.

El procedimiento más empleado en el paciente con hematuria por su utilidad es el lavado vesical, sin embargo, la escasez de estudios que aporten resultados sobre este procedimiento o su efectividad, ocasionan una amplia variabilidad en la realización del mismo.

El objetivo, describir la efectividad de los lavados vesicales en la hematuria en pacientes urológicos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Este estudio, se ha realizado en dos fases:

Primero se hizo una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos y en una segunda fase, se realizó una consulta en todos los hospitales de la región de Murcia sobre su procedimiento del Lavado Vesical actualmente.

**RESULTADOS:** La evidencia científica consultada recomienda realizar el lavado vesical ante alteraciones genitourinarias que cursan con hematuria, para mantener la permeabilidad de la sonda y reitera que se debe efectuar tras valoración individualizada y no aplicarla de forma rutinaria con altos niveles de evidencia.

Resalta la importancia de la formación de los profesionales de enfermería en el curso clínico de cada intervención, así como de los signos y síntomas que indiquen la aparición de un posible problema, con el fin de asegurar unos cuidados de calidad al paciente.

**CONCLUSIONES:** La gran variabilidad en la realización de este procedimiento a nivel general, y específicamente en los centros de la Región de Murcia, nos lleva a recomendar, por una parte, realizar investigaciones que evidencien la efectividad del lavado vesical en pacientes con hematuria y por otra parte elaborar y establecer un protocolo de enfermería del lavado vesical que incluya recomendaciones basadas en la evidencia.

## C-1.2 EL PAPEL DE ENFERMERÍA DURANTE LA GUARDIA LOCALIZADA DE UROLOGÍA

---

*Tudela Urrea, M<sup>a</sup> Francisca; Lopez Lopez, Silvia; Quesada Mateo, Eulalia Victoria; Carrillo Ayala, Maria Carmen; Piñero Salas, Jorge; Raschetti Clemente, Elisabetta.*

*\*Enfermeros/as de hospitalización de cirugía especialidades del Hospital Universitario Rafael Méndez de Lorca*

**RESUMEN:** Resulta fascinante el papel que tiene la enfermera en los diversos ámbitos en los que ejerce su profesión. Dependiendo en el ámbito donde se encuentre, ha de desarrollar unas habilidades diferentes, específicas del propio entorno donde se encuentra. Incluso dentro del ámbito hospitalario, qué es donde se desarrolla este trabajo, la enfermería tiene unos papeles diferentes. Con respecto al área encargada de los pacientes urológicos, enfermería ha de ser audaz y actuar con mucha suspicacia para desenvolverse eficazmente, utilizar todos sus recursos, materiales y humanos y proteger ante todo, al paciente.

**PALABRAS CLAVE:** enfermería urológica, cuidados de enfermería

## C-1.3 ¿QUÉ SONDA VESICAL COLOCO?

---

*Ibáñez Aznar, M<sup>a</sup> del Carmen\*; López Martínez, Francisca\*\*; Cava Ladevesa, M<sup>a</sup> José\*\*; Ruiz Rojo, Juana M<sup>a</sup>\*\*.*

*Centro de trabajo: \* Enfermera en el Centro de Salud Totana Sur, área III de Salud. \*\* Enfermeras en la Unidad de Cirugía de Especialidades del Hospital Rafael Méndez, área III de Salud. Lorca. Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos. La selección del tipo de sonda adecuada a las necesidades del paciente suele ser motivo de duda o incertidumbre por parte del profesional de enfermería que tiene la responsabilidad de hacerlo.

**OBJETIVOS GENERAL:** Identificar las características e indicaciones de la sonda vesical con el fin de seleccionar la adecuada según las necesidades individuales del paciente.

**METODOLOGÍA:** Revisión bibliográfica. Se utilizó la búsqueda avanzada de términos en el tesoro DeCS. Para la localización de documentos se emplearon varias fuentes documentales, de forma general se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, LILACS y google académico. Combinando las siguientes palabras clave: Sonda Vesical, enfermería, paciente urológico. Se seleccionaron aquellos documentos que solo hablasen de tipos de sonda, indicaciones, actividades de enfermería, se aplicó un filtro con respecto al tiempo que fue de los últimos 10 años (2004 -2014) y los operadores booleanos: AND, OR, NOT.

**RESULTADOS:** Tras la búsqueda protocolizada y mediante la combinación de los diferentes descriptores se identificaron 242 artículos. De ellos solo 34 mostraron de forma explícita las características y los tipos de sonda vesical que la enfermera debe y puede seleccionar según las necesidades de cada paciente.

**CONCLUSIONES:** Los resultados de este estudio aportan a las enfermeras un resumen de la evidencia encontrada con el fin de que de un modo autónomo y con el conocimiento adecuado sean capaces de seleccionar la sonda adecuada según las necesidades de cada paciente, lo cual repercute en mejores resultados para la salud de los mismos y mejora la satisfacción de las profesionales implicadas.

## C-2.1 25 AÑOS DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA DE UROLOGÍA

---

*Jordán Ruiz, Eva María. Colaboradores: Martínez González, Miguel Ángel, López Sánchez, María Ángeles, Mouliá Correas, Rosa María, García Miñarro, Julia.*

*Hospital Rafael Méndez.*

**INTRODUCCIÓN:** Se cumplen 25 años desde el inicio del funcionamiento de la consulta de urología en el Hospital Universitario Rafael Méndez. Durante todo este tiempo se ha experimentado un incremento y cambio notable en la demanda de las funciones de enfermería que se prestan en dicha consulta, por lo que surge la necesidad de realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa de su funcionamiento y así identificar acciones que puedan mejorar la calidad que se presta a los pacientes que en ella son atendidos.

**OBJETIVOS:** Evaluar el papel de la enfermera en la consulta de urología y su funcionamiento para detectar posibles acciones de mejora.

Poner de manifiesto el papel imprescindible de enfermería en la consulta de urología trabajando en equipo con el Facultativo especialista en Urología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se han revisado algoritmos, vías clínicas y protocolos para la realización del estudio. También se han realizado entrevistas personales al jefe de servicio de urología, supervisora de especialidades y supervisora de consultas.

**RESULTADOS:** Tras la revisión de todo el material disponible, se ha realizado una descripción de las funciones de la enfermera en la consulta de urología y como ha evolucionado durante estos últimos 25 años.

**CONCLUSIONES:** Las revisiones realizadas indican la necesidad de revisar y elaborar más protocolos y algoritmos de actuación para mejorar la calidad de las funciones de enfermería en la consulta de urología.

## **C-2.2 TITULO: IMPLANTACIÓN DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS DE LA RNAO® CUIDADOS Y MANEJO DE LA OSTOMÍA**

---

*Martínez González, Miguel Ángel; Sánchez Sánchez, María Dolores; Díaz García, Josefa; Soto García, Guillerma.*

**OBJETIVOS:** Describir el proyecto de implantación de la guía de buena práctica clínica de la RNAO® Cuidado y Manejo de la Ostomía en un hospital comarcal universitario.

- Fomentar la aplicación de las Guías de Buenas Prácticas (GBP) de la RNAO® en la provisión de cuidados de excelencia basados en los mejores resultados de la investigación.
- Colaborar en la reducción de la variabilidad en las intervenciones en cuidados, mejorando la satisfacción de los pacientes y de los profesionales de salud, así como la calidad y seguridad de los cuidados proporcionados.

**MÉTODO:** Se ha realizado un proyecto de implantación, mediante la constitución de un equipo multidisciplinar. Se realizará estudio cuasi experimental no controlado antes y después con medidas repetidas de las variables de respuesta en un período de observación de 24 meses.

**DISCUSIÓN:** Implantar la Guía de Buena Práctica de la RNAO®, lo que ha permitido disponer de la mejor evidencia científica disponible para el cuidado y manejo de los pacientes con Ostomías por parte del personal de enfermería y del resto del personal sanitario, además de seleccionar las recomendaciones más adecuadas al entorno donde está siendo aplicada, han permitido evaluar la calidad de los cuidados que se están prestando en nuestro centro.

Evaluar los cambios producidos a nivel de estructura, procesos y resultados de los cuidados de enfermería y seguridad del paciente, antes durante y después de la implantación de las recomendaciones de las Guías de Buenas Prácticas de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario®, en el área III de Salud de Lorca.

**PALABRAS CLAVE:** evidencia, recomendaciones, ostomía;

## **PÓSTER**

### **P-1 IMPORTANCIA DE LOS EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO PARA PREVENIR LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER EMBARAZADA**

---

*Noelia Pérez Gázquez, Julia María Sanchez Gonzalez, Ana Belén Martínez Guevara y María José Perriago Jiménez. Hospital Rafael Méndez.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los ejercicios del suelo pélvico consisten en realizar contracciones y relajaciones simultáneas de la musculatura perivaginal, periuretral y perianal. Debe practicarse varias veces a lo largo del día. El embarazo y el parto constituye la principal causa de debilitamiento, la presión abdominal aumenta a medida que el bebé sube de peso y tamaño, como consecuencia el suelo pélvico debe realizar un esfuerzo mucho mayor. Además la distensión de estos músculos aumenta cuando el bebé pasa a través de ellos en el parto. El objetivo de dichos ejercicios es disminuir los problemas que ocasionan estos músculos al debilitarse.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se explican los ejercicios de suelo pélvico a 100 mujeres embarazadas:

- 1.- Permanezca en pie o sentado cómodamente, imagine que quiere controlar una diarrea y contraiga los músculos del ano.
- 2.- Siéntese en el retrete cuando desee orinar. Empiece a orinar y haga cortar el chorro contrayendo los músculos de la zona. No contraiga los músculos abdominales.
- 3.- Siéntese en el bidé o utilice la ducha dirigiendo el chorro de agua hacia sus genitales. Corte el paso del chorro hacia el interior de su vagina contrayendo los músculos de la zona.

**RESULTADOS:** Las mujeres que habían practicado dichos ejercicios durante el parto tienen menor índice de incontinencia urinaria, fecal y/o de gases, menos prolapsos (ciltoceles, histeroceles y rectoceles), menos disfunciones sexuales y menor número de episiotomías y mejorando su cicatrización posterior.

**CONCLUSIONES:** Gracias a los ejercicios de suelo pélvico se fortalecen los músculos débiles de la pelvis que a menudo ocasionan los problemas que se han mencionado, por lo tanto, es muy positivo que se incluyan en la educación para la salud de la embarazada.

## P-2 ANATOMIA DE UNA SONDA VESICAL

---

*Julia María Sanchez Gonzalez, Noelia Perez Gazquez, Ana Belen Martínez Guevara, María Jose Periago Jimenez Hospital Rafael Méndez.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El sondaje vesical es uno de los procedimientos médicos y enfermeros, más utilizados en el ámbito hospitalario, consistente en la introducción de un tubo flexible a través de la uretra hacia la vejiga con fines ya sea para drenar su contenido o su irrigación. Se conoce que desde hace 3 000 años a. C. existe el registro de catéteres intermitentes hechos de cobre, estaño, bronce y oro; diversas culturas como la china y la griega realizaban este procedimiento con la finalidad de aliviar una obstrucción urinaria. Actualmente se sigue considerando esencial en la terapéutica de patología urinaria.

Como objetivos podemos resaltar:

1. Identificar las indicaciones y contraindicaciones para la colocación de la sonda urinaria.
2. Conocer la técnica adecuada de la colocación de sonda para drenaje urinario en ambos géneros.
3. Conocer los distintos tipos de sondas vesicales existentes tanto por el material por el que están compuestas como por su forma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Como material hemos usado los distintos tipos de sondas que disponemos en nuestra unidad (las mas usadas).

El método ha sido la revisión bibliográfica.

**RESULTADOS:** El tipo de sonda urinaria mas usada es la de Foley, pero no quiere decir que sea la mejor, ya que depende de las circunstancias se usa un tipo u otro.

**CONCLUSIONES:** Los conocimientos previos que se deben tener antes de realizar un sondaje son:

Anatomía, histología y fisiología del aparato genital femenino y masculino.

Características de las sondas.

Técnica aséptica y antiséptica.

Enguantado con técnica aséptica (autónoma abierta y asistida).

Procedimiento y técnica correcta de instalación de la sonda urinaria.

Materiales y sus características.

Indicaciones y contraindicaciones para colocación de sonda urinaria.

Posibles complicaciones.

Cuidados de la sonda.

## P- 3 POSICIONES QUIRÚRGICAS UROLÓGICAS

---

*Ana Belen Martínez Guevara, Julia María Sánchez González, Ana Belen Tudela Martínez, Noelia Pérez Gázquez, María José Periago Martínez. Hospital Rafael Méndez.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las intervenciones quirúrgicas precisan para su correcta realización de distintas posiciones en la mesa de operaciones. Cada una de ellas necesitan unos requisitos, tanto material como humano.

La colocación correcta del paciente en la mesa de operaciones es una parte de la asistencia, tan importante como la preparación preoperatoria adecuada y la asistencia segura en la relación con la recuperación del enfermo, requiere conocimientos de anatomía y aplicación de principios fisiológicos, al igual que estar familiarizado con el equipo necesario.

Es de vital importancia el que conozcamos todas estas posiciones, con el objetivo de acomodar adecuadamente al enfermo y sobre todo, de cara a prevenir las posibles complicaciones que una mala técnica conllevaría.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisión bibliográfica y observación directa y práctica en nuestro puesto de trabajo.

**RESULTADOS:** Se han revisado varios textos, artículos y trabajos que hablan y comparten información sobre este tema, en los cuales, todos coinciden en que es fundamental la correcta colocación del paciente y en que es tarea de todo el equipo.

**CONCLUSIONES:** La posición en la que se coloca al paciente está determinada por el procedimiento quirúrgico que va a realizarse, tomando en cuenta la vía de acceso elegida por el cirujano y la técnica de administración de anestesia, también influyen factores como la edad, estatura, peso, estado cardiopulmonar y enfermedades anteriores. Debe ser compatible con las funciones vitales como la respiración y la circulación, debe protegerse de lesiones vasculares, nerviosas y tensiones musculares de todo el cuerpo.

El posicionamiento puede realizarse antes o después del acto anestésico, lo más recomendable es que se lleve a cabo una vez anestesiado el enfermo.

Ésta tarea es responsabilidad que comparten todos los miembros del equipo, los cuales deben conocer las posiciones correctas, mecánica de la mesa de operaciones y las medidas protectoras.

# Actividades Científicas desarrolladas durante el año 2014

---



La mayoría de los cánceres de próstata ocurre en los hombres de edad avanzada y crece muy lentamente. Dependiendo de cuándo se diagnostique la enfermedad, el cáncer de próstata puede ser definido cómo una enfermedad de lenta evolución o incluso curable en etapas muy tempranas de la misma.

La realidad es que en gran cantidad de casos, el paciente pasa varios años conviviendo con su enfermedad y recibiendo distintos tratamientos por parte de diferentes médicos.

Llega un momento en que su enfermedad evoluciona y pasan a ser paciente con Cáncer de Próstata Resistente a Castración. Aquí se ha visto que una rápida intervención puede ayudar al paciente a vivir más tiempo y a prevenir, controlar y aliviar los síntomas.

Sin embargo, ofrecer un tratamiento adecuado para todos los pacientes no es siempre una tarea fácil en esta etapa y entran en juego una serie de factores por los que es difícil indicar qué pacientes se beneficiarán de un tratamiento y cuáles se afectarán más por los efectos secundarios de este tratamiento



**amu**  
Asociación Murciana de Urología

## INTRODUCCIÓN A LA ESTADÍSTICA MÉDICA MULTIVARIANTE

6 de mayo de 2014

La AMU, a través de su vocalía científica, ha organizado un curso de estadística multivariante dirigido a todos los residentes y a aquellos que tengáis interés en profundizar en esta área. Propuesta recogida en la Asamblea y que hemos llevado a cabo con toda la celeridad posible, gracias al esfuerzo y al apoyo incondicional de Lylli.

El Curso está enfocado en las bases conceptuales de las diferentes técnicas estadísticas multivariantes y en algunos aspectos prácticos del manejo de programas.

Está dirigido a profesionales de la salud que tengan necesidad de analizar, evaluar o presentar datos multivariantes y/o hayan participado en ensayos clínicos o epidemiológicos. Aunque la formulación matemática se ha reducido al mínimo y el enfoque es básicamente conceptual, se recuerdan algunos conocimientos de estadística básica.

Los objetivos del curso son:

Conocer los principios generales de las principales pruebas multivariantes Avanzar y profundizar en técnicas estadísticas cada vez más empleadas

Lectura crítica de publicaciones y ensayos clínicos con metodología multivariante. Aplicación práctica e interpretación de resultados y salidas de ordenador



**REUNIÓN DE RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y MURCIA**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

*viernes 31 de octubre 2014*

18:30 Inauguración de las jornadas

19:00 Dr. Bernardino Miñana López

Guía de la Asociación española de Urología para el manejo de Cáncer de Próstata resistente a la castración

19:30 **Mesa 1: DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE EN CÁNCER DE PRÓSTATA**

Tema 1: Cribaje, diagnóstico y nuevos marcadores (PCA3, marcadores genéticos, sobrediagnóstico, recomendaciones de cribaje)

Ponente: Hospital General de Castellón

Tema 2: Estadaje (Pruebas de imagen: RNM, Gammagrafía osea, PET, TC, etc.)

Ponente: Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

*sábado 1 de noviembre 2014*

09:00 **Mesa 2: ACTUALIZACIÓN EN MANEJO DE CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO**

Tema 3: Vigilancia activa: Indicaciones, seguimiento, resultados.

Ponente: Hospital General Universitario de Valencia

Tema 4: Tratamiento quirúrgico: Resultados oncológicos, indicación y extensión de linfadenectomía, técnica e indicaciones de preservación de bandeletas (inter, intra, y extrafascial)

Ponente: Hospital Clínico Universitario de Valencia

Tema 5: Radioterapia: Nuevas técnicas (IMRT, Rapid Arc, Cyberknife, protones, brahui de alta tasa)

Ponente: Hospital La Fe de Valencia

10:30 **Mesa 3: MANEJO DE RECIDIVA Y COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO**

Tema 6: : Manejo de la disfunción eréctil e incontinencia tras prostatectomía radical.

Ponente: Hospital General de Alicante

Tema 7: Manejo de efectos secundarios de bloqueo androgénico (sofocos, flare, protección ósea, riesgo cardiovascular, etc)

Ponente: Hospital Reina Sofía de Murcia

Tema 8: Manejo de recidiva bioquímica tras prostatectomía radical y tras RT/Braqui

Ponente: Hospital Doctor Peset

11:30-12:00 Coffe break

12:00 **Mesa 4: CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN**

Tema 9: Generalidades: Definición, epidemiología pronóstico e historia natural.

Ponente: Hospital General de Elche

Tema 10: Caso clínico

Ponente: Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia

13:30 Clausura de las jornadas



## **Dr. D. José Lorca García**

**(1933-2014)**

En los días previos a la Navidad, el 11 del mes de diciembre, nos ha dejado nuestro compañero y buen amigo Pepe Lorca, persona amigable donde las haya, de carácter bondadoso y sencillo en su hacer y en su modo de obrar; su don de gentes hacía que fuera su compañía sumamente agradable y su conversación amena con su amplio saber que desgranaba con un ligero repunte de sabor murciano entretenía los ratos de charla.

Hogareño de costumbres y amante de su familia, de la que era patriarca en el sentido tradicional, recibía el cariño de todos especialmente de Mila su esposa y de sus seis hijos que le habían dado quince nietos que lo adoraban. Disfrutaba en su casa de Torrevieja frente al mar, donde el sosiego y la paz reinante le permitían gozar de la lectura, de continuas visitas con amistosos coloquios y de paseos vespertinos por la playa (fuera de la vorágine veraniega), le distraía también dedicarse a los pequeños y forzosos arreglos caseros.

Fue miembro fundador de la Asociación Murciana de Urología, de la que fue nombrado socio de honor en 2012, participante en la junta directiva constitucional y secretario

de la misma durante cuatro años y vicepresidente del LXXVII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología, de la que era miembro desde 1959, celebrado en Murcia en mayo de 2002.

Nacido en Murcia el uno de diciembre de 1933, realizó sus estudios de bachillerato en el colegio de los HH Maristas de la ciudad, que finalizó en 1950. Mediante una beca de la Excma. Diputación Provincial de Murcia inicia su formación universitaria en Granada en la Facultad de Medicina, por la que se licencia en 1957. En Valencia efectúa los cursos del doctorado y es nombrado ayudante de clases prácticas en la Facultad de Biología; en 1959 obtiene en título de Diplomado en Sanidad.

Comenzó su preparación urológica como ayudante quirúrgico del Dr. D. Alfredo Tramoyeres Cases, en el servicio de Urología de la Cruz Roja de Valencia y en el equipo quirúrgico de la Seguridad Social, de 1958 a 1964, además de ser médico becario en el servicio de Urología de la Residencia Sanitaria General Sanjurjo (Hospital Universitario Dr. Peset) de Valencia, entre 1962 y 1964, año en el que obtuvo el título de especialista en Urología.

Regresó a su ciudad natal como jefe del servicio de Urología del Hospital de la Cruz Roja (1964) y como urólogo ayudante de cupo en la Seguridad Social y, en 1973, obtiene en propiedad la plaza de jefe de equipo quirúrgico de Urología del Insalud, integrado posteriormente en el servicio de Urología del Hospital Universitario Morales Meseguer, donde prosiguió su ejercicio profesional hasta su retiro (2003). Asistió a numerosos cursos de formación continuada en Urología y a múltiples congresos de la especialidad tanto nacionales como internacionales, en los que

presentó comunicaciones varias. Se encontraba en posesión de la medalla de oro de la Cruz Roja y era miembro de honor del Illtre. Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

Rodeado de todos los suyos, con el respeto y la veneración que despertaba, falleció en Murcia, el 11 de diciembre de 2014.

Sirvan estas notas de recuerdo en nombre de sus compañeros de la AMU. Descanse en paz.

*Mariano Pérez Albacete*

## **Despedida a un amigo. Pepe Lorca**

Me toca plasmar en unas palabras lo que es mi sentimiento de añoranza por tu muerte, para mi y el Servicio de Urología Morales Meseguer, tu casa.

No serán palabras poéticas pero si llenas de sentimiento, extensivas a todos los integrantes de este Servicio. Aunque para poeta tú, al menos eso pensaban muchos pacientes cuando te cambiaban los apellidos y te llamaban "García Lorca".

Recuerdo la foto del día que empezaste a operar Berna, Tomás, tú y el "gran" Peñaranda, ayudante tuyo muchos años, con el pantalón de pijama calado hasta el pecho... Como nos reíamos de esa foto.

Venías a operar todos los Martes, recuerdo la cara de Berna cuando te ayudaba a hacer una pielolitectomía, con aquellas nefrotomías y salía alucinado de tu maestría en técnicas que nosotros habíamos vivido poco. Recuerdo cuando me llamabas cariñosamente "manitas de oro". ¡Pero para manitas, tú!

En lo personal, nos transmitiste templanza, éramos muy jóvenes en un Servicio nuevo que empezaba, sumido en la vorágine de la impaciencia y las ganas de trabajar, le diste equilibrio. Una parte importante de lo que somos te lo debemos a ti.

En lo particular, gracias por aquel Arroz y Habichuelas que hacía Mila, del que había quedado huérfano cuando falleció mi abuela.

Y aquellas cervecitas en tu casa de Torrevieja, que tanto disfrutabas. Con tu vecino de arriba, "el follonero", tu gran amigo el Dr Cánovas, al que te unió el trabajo duro y el "no duro" también.

Fuiste un "resistente a la Jubilación", trabajando hasta poco antes de tu despedida, aunque esto, ya me "sonaba" de amigos tuyos de la misma escuela, como Antonio Gras que tanto echamos tu y yo de menos. Quizás porque sabías que a los mayores y más en nuestra profesión, la muerte no les llega con la vejez, sino con el olvido.

Cuanto me apena no haber podido estar contigo en los últimos momentos y aprender de ti como se conlleva con absoluta entereza, con tu familia, una muerte programa por tu enfermedad. Y eso que decías que le tenías miedo a la muerte, ¡menos mal!

Para los que creemos en algo mejor después de la muerte, ya sabemos que pacto habrás hecho con San Pedro; levantarte no antes de las nueve y un buen desayuno con el periódico.

No te preocupes, en el servicio hemos aprendido tu templanza y saber estar.

Gracias amigo Pepe.

*Gregorio Hita y Servicio de Urología "Morales Meseguer"*

Murcia, 3 de febrero de 2015

# Premio Server Falgás 2014

## CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA INTRARRENAL (RIRS). ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Sala Lafuente L., Cao Avellaneda E., Rodríguez Tardido A., Jiménez Penick F.; Montoya Chinchilla R., García Espona C., Hita Rosino E., Cachai M.; Montes Díaz M.; Soler Fernández J., Moreno Avilés, J.

Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

### INTRODUCCIÓN

La Cirugía Retrógrada Intrarrenal (RIRS) es una opción establecida en el tratamiento de la litiasis renal. Presentamos nuestra experiencia inicial y analizamos los resultados obtenidos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Tras una tutoría a cargo de un experto internacional (GG) comenzamos con RIRS.

Los criterios de selección de pacientes para RIRS fueron: fallo previo a litotricia extracorpórea (LEOCH), factores anatómicos desfavorables para LEOCH, elevado riesgo quirúrgico o difícil acceso para una NLP, y litiasis junto con la sospecha de tumor en el tracto urinario superior (citología+ y hematuria). Comenzamos con litiasis pequeñas, y posteriormente ampliamos las indicaciones a las de mayor tamaño.

Utilizamos vaina de acceso ureteral 12-14 Fr, ureterorenoscopio flexible 6-8.8 Fr con doble canal de trabajo, láser Holmium 100 W (fibras de 200-360 micras) y canastilla de nitinol (1,7 Fr) Al final del procedimiento, dejamos catéter doble J sistemáticamente. (fig.1). En los abordajes combinados, hemos utilizado la posición de Galdakao.



Figura 1 Material utilizado para RIRS

Realizamos un análisis retrospectivo y descriptivo sobre nuestra casuística.

### RESULTADOS

Desde Marzo de 2012 hasta Diciembre de 2013 hemos intervenido a 36 pacientes (14 mujeres y 22 hombres) mediante RIRS, con una edad media de 55 años (27-76). Veintiseis (72.2%) presentaban algún tipo de comorbilidad, siendo 6 (16.6%) ASA I, 22 (61,1%) ASA II, y 8 (22,2%) ASA III. El IMC medio de los pacientes fue de 29.3 (19-43), y 13 (36,1%) tenían un índice  $\geq 30$ .

Tratamos cálculos con un tamaño medio de 1.47 cm (0.5-3 cm), y en 19 casos (55.5%) estaban localizados en cáliz inferior. Tuvimos 16 pacientes (44.4%) con litiasis múltiple en la misma unidad renal, y dos (5.5%) con coraliiformes completos que abordamos en forma combinada con NLP (Tabla 1).

En cuanto a su composición química, la mayoría (85%) fueron de composición mixta; de oxalato cálcico monohidrato (50%), carbonatoapatita (46%), oxalato cálcico dihidrato (27%), ácido úrico (11,5%), estruvita (7,7%), y urato amonicomagnésico (3,8%).

LITIASIS	N	%
Cáliz inferior	19	55,5
Coraliforme completo	2	5,5
Coraliforme parcial	4	11,1
Tamaño $\geq 2$ cm	15	41,6

Tabla 1. Características especiales de las litiasis en nuestra serie.

La tasa global de pacientes libres de litiasis fue de 50 %, con una mediana de seguimiento de 164 días ( 14-635), mientras que en los últimos 15 casos, esta tasa aumentó al 73.3%.

Tuvimos las siguientes complicaciones intraoperatorias: ascenso incompleto de la vaina en 8 pacientes (22.2%), lesiones y desgarros de vía en 2 (5.5%), imposibilidad de llegar al cálculo en 4 (11.1%). El tiempo medio operatorio fue de 107 min (30-270), mientras que en los últimos 15 casos logramos un tiempo medio de 89 min.; en 17 casos (47.2%), el tiempo quirúrgico fue mayor que 90 min.

Hubo complicaciones postoperatorias en 12 pacientes (33.3%): cuatro Clavien 1 ( CRU, hematuria); siete Clavien 2 (fiebre, ITUs, IRA, urosepsis, crisis HTA), un solo Clavien IVb (sepsis urinaria que precisó cuidados intensivos). (Fig.2)

La mediana de estancia postoperatoria fue de 2 días (1-13).

Cuatro pacientes (22.2%) requirieron un segundo procedimiento: RIRS en 3 de ellos (8.3%), y LEOC en uno (2.7%), por lo que el número de procedimientos por paciente fue de 1,1%.

Observamos solamente una estenosis ureteral como complicación tardía (2.78%)

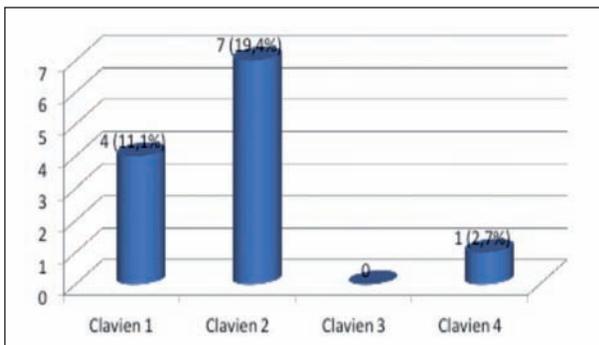


Figura 2. Complicaciones postoperatorias según clasificación de Clavien

## DISCUSIÓN

Los avances tecnológicos fundamentales como la miniaturización y flexibilidad del instrumental, y la utilización de la energía láser, han

transformado a la ureteroscopia en una potente modalidad de tratamiento mínimamente invasivo que nos permite abordar patologías benignas o malignas de la vía urinaria intrarrenal con seguridad y eficacia. RIRS (en inglés Cirugía Retrógrada Intrarrenal) es hoy en día una opción claramente establecida en el manejo de la litiasis renal.

La localización, tamaño y dureza de los cálculos son de suma importancia para una adecuada indicación de este abordaje.

Para las litiasis < de 20 mm localizadas en pelvis renal, o bien cáliz superior o medio, la LEOC continúa siendo de elección. Para los cálculos > 20 mm, las guías europeas de urología desaconsejan RIRS como tratamiento de primera línea (1,2), aunque en centros de gran volumen y manos experimentadas podría tener su indicación (3,4). Dependiendo de la experiencia, litiasis de hasta 30 mm pueden ser tratadas eficazmente por RIRS. (4,6,7-10).

Las litiasis localizadas en polo inferior, plantean una situación diferente. En este caso, sí existe una recomendación grado B para tratar mediante RIRS (incluso para > 15 mm) cuando existen factores desfavorables para LEOC: cálculos resistentes a LEOC (oxalato cálcico monohidrato, brushita, cistina), ángulo infundíbulo-pélvico estrecho, cáliz inferior de cuello largo (> 10 mm) y estrecho (< 5 mm). De igual manera, cuando en el TAC sin contraste hay sospecha litiasis de gran dureza (mayor de 1000 UH), la LEOC no sería la opción más indicada de tratamiento (5).

Motivados por la tutoría que recibimos de un experto (GG), y también por la seguridad propia de este abordaje endourológico, decidimos comenzar nuestra experiencia inicial en RIRS manteniendo adherencia a los principios aprendidos. Podemos ver en la serie presentada que aunque hemos respetado estrictamente las indicaciones de RIRS, no hemos seleccionado a los casos simples (como por ejemplo litiasis de pequeño tamaño, blandas), ni tampoco el tipo de pacientes (más del 70% padecían algún tipo de comorbilidad).

Hemos tenido un caso de sepsis en un paciente diabético con factores desfavorables

para NLP, con alta carga litiasica, y que se prolongó el tiempo operatorio. En la serie de Amón (11) no hubo complicaciones graves (sólo Clavien tipo 1 en un 20%).

Nuestra eficacia lograda del 50% no corresponde con las altas tasas de éxito de entre 75 a 95% publicados por centros de gran experiencia (12-14), aunque nuestro índice de procedimientos por paciente (1,1) es similar.

El escaso número de pacientes de nuestra serie nos impide comparaciones concluyentes,

aunque creemos que nuestros resultados son aceptables teniendo en cuenta que se trata de una experiencia inicial.

## CONCLUSIÓN

Debido a la seguridad y eficacia demostradas por nuestra experiencia inicial en RIRS, hemos incorporado a esta técnica como una gran alternativa en el tratamiento endourológico de la litiasis renal. La tutoría por un experto ha sido de gran importancia para obtener estos resultados.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albanis S, Ather HM, Papatsoris AG, et al. Inversion, hydration and diuresis during extracorporeal shock wave lithotripsy: does it improve the stone-free rate for lower pole stone clearance? *Urol Int* 2009;83(2):211-6.
- Kosar A, Ozturk A, Serel TA, et al. Effect of vibration massage therapy after extracorporeal shockwave lithotripsy in patients with lower caliceal stones. *J Endourol* 1999 Dec;13(10):705-7.
- Danuser H, Muller R, Descoedres B, et al. Extracorporeal shock wave lithotripsy of lower calyx calculi: how much is treatment outcome influenced by the anatomy of the collecting system? *Eur Urol* 2007 Aug;52(2):539-46
- Aboumarzouk OM, Monga M, Kata SG, et al. Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for stones >2cm: a systematic review and meta-analysis. *J Endourol* 2012 Oct;26(10):1257-63.
- Wendt-Nordahl G, Mut T, Krombach P, et al. Do new generation flexible ureterorenoscopes offer a higher treatment success than their predecessors? *Urol Res* 2011 Jun;39(3):185-8.
- Hussain M, Acher P, Penev B, et al. Redefining the limits of flexible ureterorenoscopy. *J Endourol* 2011 Jan;25(1):45-9
- Hyams ES, Munver R, Bird VG, et al. Flexible ureterorenoscopy and holmium laser lithotripsy for the management of renal stone burdens that measure 2 to 3 cm: a multi-institutional experience. *J Endourol* 2010 Oct;24(10):1583-8
- Prabhakar M. Retrograde ureteroscopic intrarenal surgery for large (1.6-3.5 cm) upper ureteric/renal calculus. *Indian J Urol* 2010 Jan-Mar;26(1):46-9
- Riley JM, Stearman L, Troxel S. Retrograde ureteroscopy for renal stones larger than 2.5 cm. *J Endourol* 2009 Sep;23(9):1395-8
- Aboumarzouk OM, Kata SG, Keeley FX, et al. Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) versus ureteroscopic management for ureteric calculi. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD006029
- J.H. Amón, M.Cepeda, C.Conde, D.Alonso, V.González, J.M.Martínez-Sagarra. Cirugía retrógradaintrarrenal (CRIR). Complemento técnico para casos con excesiva carga litiasica. *Actas Urológicas Españolas* 2011;35(2):108—114
- Schuster TG, Hollenbeck BK, Faerber GJ, Wolf Jr JS. Ureteros- copic treatment of lower pole calculi. Comparison of lithotripsy in situ and after displacement. *J Urol.* 2002;168:43—5.
- Portis AJ, Rygwa R, Holtz C, Pshon N, Liliberte M. Ureteros- copy laser lithotripsy for upper urinary tract calculi with active fragment extraction and computerized tomography followup. *J Urol.* 2006;175:2129—33.
- Wong M. Flexible Ureteroscopy is the ideal choice to manage a 1.5 cm diameter lower-pole stone. *J Endourol.* 2008;22:1845—6.

## PREMIO AL MEJOR VIDEO

Aneurisma Arteria Renal.  
Dr. Edgar Humberto Olarte Barragán.  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

## PREMIO MARIANO TOMÁS

Al mejor examen de un médico residente de Urología  
Dr. Carlos Sánchez Rodríguez  
Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia