

# BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XX - Nº 22. MURCIA, febrero 2016



## Asociación Murciana de Urología

### JUNTA DIRECTIVA

#### PRESIDENTE:

Gerardo Server Pastor

#### VICEPRESIDENTE:

Leonardo Nortes Cano

#### SECRETARIO:

Pedro Antonio López González

#### TESORERA:

Gloria Doñate Íñiguez

#### VOCAL CIENTÍFICO:

Tomás Fernández Aparicio

#### VOCALES:

Eugenio Hita Rosino

Emilio Izquierdo Morejón

#### SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL

DE MÉDICOS DE MURCIA

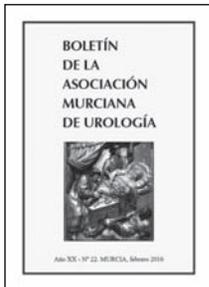
Avda. Juan Carlos I - Murcia

www.uromurcia.es

#### SECRETARÍA TÉCNICA:

Gade Eventos

urologiamurcia@gadeeventos.es



#### Portada:

Milagro de los Santos  
Cosme y Damián.  
Madera policromada  
hacia 1547, atribuida a  
Isidro de Villoldo  
(Act. 1534 - Sevilla,  
1556), discípulo de  
Berruguete  
Museo Nacional de  
escultura de Valladolid.  
Foto Dr. Pérez Albacete

#### Edita:

Asociación Murciana de Urología

#### Dirección:

M. Pérez Albacete

#### Imprime:

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

## Sumario

<b>Editorial</b> .....	3
<b>XXI Jornadas Urológicas Murcianas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca</b> .....	4
<b>Programa científico XXI Jornadas</b> .....	5
<b>Comunicaciones presentadas</b> .....	6
<b>Actividades científicas desarrolladas en el año 2015:</b> .....	45
<b>Galería urológica murciana Dr. D. Diego de Tapia Albaladejo</b> .....	47
<b>Premiados por la AMU en 2015: Premio Gerardo Server Falgás</b> .....	48
<b>Premio Mariano Tomás. Premio mejor vídeo</b> .....	51
<b>Articulación del Comité Científico</b> .....	52



Hola amigos, este año toca renovar la junta directiva de nuestra asociación.

Haciendo balance de estos 4 años, destacaríamos, en primer lugar, la reactivación de la página web, la cual nos hace visibles al mundo (si no te ven, no existes), y es una eficaz herramienta de comunicación de la Asociación con sus asociados (notas, noticias, resúmenes de comunicaciones, acceso a herramientas, etc.) En este punto tenemos que mencionar a Pablo Helguera Represa para agradecerle todo el trabajo realizado para reactivar la página y mantenerla llena de contenido.

También resaltaríamos la contratación de una secretaria externa (GADE), la cual facilita mucho el trabajo de la junta (muy especialmente el del secretario), y la realización de los diferentes eventos.

En el capítulo económico dejamos la asociación perfectamente saneada, sin haber subido cuotas, en un contexto de crisis económica global y de importante retracción de las ayudas que se recibían en otros tiempos de parte de la industria farmacéutica.

Queremos agradecer su trabajo a los comités organizadores de las tres jornadas realizadas (Cieza, Morales Meseguer y Lorca), y la de este año (Arrixaca), que han alumbrado eventos de muy alto nivel científico y elevado valor social. Esperamos que el programa que el comité organizador y la junta directiva hemos elaborado para las jornadas de este año, sea atractivo e interesante para todos.

Desde la junta directiva esperamos que nuestra labor os haya resultado de utilidad y os agradecemos todo el apoyo recibido. Deseamos suerte a la nueva junta que se elija en la próxima asamblea y le damos nuestro total respaldo.

*La Junta Directiva de la Asociación Murciana de Urología*

Murcia a 23 de enero de 2016

# XXI Jornadas Urológicas Murcianas



PROGRAMA

## XXI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Murcia, 12 y 13 de febrero de 2016

### INFORMACIÓN GENERAL



ORGANIZADO POR LA ASOCIACIÓN  
MURCIANA DE UROLOGÍA

**COORDINA:**  
Servicio de Urología del Hospital General  
Universitario Virgen de La Arrixaca.

**LUGAR DE CELEBRACIÓN:**  
HOTEL AGALIA  
Avda. Arquitecto Miguel Ángel Beloqui, 7, 30006 Murcia

**INSCRIPCIONES:**  
Inscripción gratuita.  
Imprescindible registrarse mediante la web:  
[www.uromurcia.es](http://www.uromurcia.es)

**ACREDITACIÓN:**  
Solicitada Acreditación a la Comisión de Formación Continuada  
de las Profesiones Sanitarias de la Región de Murcia.

**SECRETARÍA TÉCNICA**  
Gade Eventos: Avda. Teniente Montesinos, 8. Torre A - 7ª planta - 30100 MURCIA  
T. 968 969340 | F. 968 964653  
E-mail: [urologiamurcia@gadeeventos.es](mailto:urologiamurcia@gadeeventos.es)



# Programa científico

---



**amu**  
Asociación Murciana de Urología

---

## XXI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

---

Murcia, 12 y 13 de Febrero 2016

### ***Viernes 12 de febrero de 2016***

- 16:00 h. Entrega de la documentación
- 16:30 h. Acto Inaugural presidido por la Excm. Consejera de Sanidad Dra. Dña. Encarna Guillén Navarro  
Presidente de la AMU Dr. D. Gerardo Server Pastor y de las Jornadas Dr. Guillermo Gómez Gómez
- 17:00 h. Actualización en evidencia y práctica clínica del angiomiolipoma renal asociado a esclerosis tuberosa.  
Necesidad de una gestión asistencial integrada.  
Dr. Felipe Villacampa Aubá, servicio de Urología de Hospital 12 de Octubre de Madrid.
- 17:50 h. Tecnología 3D en la cirugía renal.  
Dr. Darío García Calderón. Director Científico de Calla Medical Solutions.
- 18:40 h. Nuevo enfoque en el tratamiento del CPRCm. Abordaje directo del receptor de andrógenos con Enzalutamida.  
Dr. Pedro Ángel López González, servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
- 19:00 h. Mesa de Comunicaciones orales. C-1  
Moderadores: Dres. Pedro López González y Enrique Cao Avellaneda.
- 20:30 h. Final Sesión

### ***Sábado 13 de febrero de 2016***

- 9:00 h. Mesa de Vídeos.  
Moderadores: Dres. Cristóbal Moreno Alarcón y Pedro Valdevira Nadal.
- 10:30 h. Actualización en radiología intervencionista en urología.  
Dr. Antonio Capel Alemán, jefe clínico de Radiología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.
- 11:20 h. Tratamiento de rescate en pacientes con carcinoma prostático localmente radio-recurrente.  
Dra. Ana María Aufrán. Uro-oncóloga. Hospital Fundación Jiménez Díaz de Madrid.
- 12:10 h. Mesa comunicaciones orales. C-2  
Moderadores: Dres. Jesús Ignacio Tornero Ruíz y José Carlos Ruíz Morcillo.
- 13:30 h. Asamblea y simultáneamente prueba escrita de residentes.
- 14:30 h. Fin de las Jornadas.

## **C-1.1 PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO EN UROLOGÍA FUNCIONAL: “COMPLICACIÓN PRECOZ, TRATAMIENTO PRECOZ”**

---

Rivero Guerra, A.; Romero Hoyuela, A.; Carrillo George, C.; Izquierdo Morejón, E.; Reina Alcaina, L.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Pérez Rico, R.\*; Pietricica, B.N.; Rosino Sánchez, A.; Fernández Aparicio, T.; Hita Villaplana, G.; Miñana López, B.

Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer. \*Enfermería Unidad de Urodinámica, Hospital Morales Meseguer.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La valoración precoz tras el alta hospitalaria permite la detección temprana de complicaciones, así como la información y resolución de dudas del paciente.

Nuestro objetivo es presentar el protocolo de consulta precoz tras el alta hospitalaria en las cirugías de la Unidad de Urología Funcional e Incontinencia (UUF) en nuestro centro, y evaluar los resultados obtenidos durante el primer año de su implantación.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Analizamos los datos de los primeros 73 pacientes incluidos en este protocolo desde Noviembre-2014 hasta Diciembre-2015. El estudio estadístico se realiza con SPSSv20.

La valoración inicial es realizada a los 14 días de la intervención en la Unidad de Urodinámica por enfermera específica (historia clínica de enfermería, flujometría con medición de residuo post-miccional, cuestionario ICIQ-SF, medición de dolor (EVA), información y resolución de dudas). Dicho control es puesto en común con el urólogo responsable para la instauración de tratamiento específico, si es preciso.

**RESULTADOS:** El tiempo medio hasta la consulta fue 14'9 días. La media de edad fue 59'11 años. El 17'8% de los pacientes fueron varones y el 82'2% mujeres. La media de dolor (EVA) fue 3'75 y la media de ICIQ-SF fue 6'7. La distribución por procedimientos fue TOT 34(46'6%), toxina botulínica 14(19'2%), AdVance 6(8'2%), neuromodulación de raíces sacras 6(8'2%), REMEEX 4(5'5%), esfínter urinario artificial 4(5'5%), corrección de cistocele 1(1'4%), autocateterismos 2(2'7%), diverticulectomía uretral 1(1'4%) y HOLEP 1(1'4%).

Dentro de las complicaciones encontradas destaca el aumento del RPM en pacientes tratados con toxina botulínica, a los que se les pautó autocateterismos intermitentes, así como infecciones de herida quirúrgica, tratadas de forma específica.

**CONCLUSIONES:** La puesta en marcha de un protocolo de consulta precoz en las cirugías de UUF permite identificar las posibles complicaciones de manera temprana y establecer un tratamiento precoz, contribuyendo a una mejora de la calidad asistencial.

## **C-1.2 INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO RECIDIVANTE, ¿CÓMO LA TRATAMOS?**

---

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

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Se estima que el 5-69% de la población femenina presenta cierto grado de incontinencia urinaria (IU) con distinta repercusión sobre su calidad de vida. Existen múltiples técnicas para su corrección, siendo actualmente las más habituales los slings suburetrales habiendo colocado desde la década de los 90 más de 2,5 millones de slings. Están descritas necesidad de posteriores cirugías por fracaso o recidiva de IUE en el 8-18% de las series. Sin embargo, desde las guías internacionales de uso habitual, no existe una clara indicación en el posterior manejo o abordaje tras una cirugía previa fracasada.

**OBJETIVO:** Evaluar los resultados del sistema REEMEX como tratamiento de rescate de IUE compleja en pacientes con fracaso previo de otra cirugía de IUE femenina.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis descriptivo y retrospectivo de mujeres diagnosticadas de IUE refractaria a otras cirugías de IUE previas, que fueron sometidas a implante de REEMEX entre septiembre 2009 y mayo 2015. El análisis de los datos se realizó mediante SPSS 20.

**RESULTADOS:** Trece mujeres con edad media de 65,23 años(43-84) fueron intervenidas.

En 76,9% de las pacientes había fracasado a una única intervención previa y el 23,1% a dos intervenciones. La cirugía previa fracasada más frecuente fue la TOT (53,8%).

El 92,3% de las pacientes usaba 0 ó 1 absorbentes al año de la cirugía de REEMEX. El descenso medio del ICIQ-SF fue desde los 18,6 a 6,0 puntos. En el seguimiento posterior se objetivó una pérdida de efectividad, precisando de posteriores reajustes en el 5 de las pacientes con un tiempo medio hasta el reajuste de 21,75 meses (6-32).

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, consideramos al sistema REEMEX una opción terapéutica válida en aquellas pacientes intervenidas previamente de cirugía de IUE fracasada permitiendo además posteriores reajustes si estos fueran necesarios.

### **C-1.3 ¿GARANTIZA LA COLOCACIÓN DE ADVANCE®/ADVANCE XP® UN BUEN RESULTADO FUNCIONAL EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL AL AÑO DE SEGUIMIENTO?**

---

*Reina Alcaina, L.; Romero Hoyuela, A.; Izquierdo Morejón, E.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A; Barceló Bayonas, I. Pardo Martínez, A.; Pietricica, B.N.; Rosino Sánchez, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B*  
*Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia).*

**INTRODUCCIÓN:** La práctica de la prostatectomía radical (PR) en el tratamiento del Cáncer de Próstata ha llevado a la aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en el varón. La malla suburetral AdVance®/AdVance XP® es una de las alternativas quirúrgicas del tratamiento. El éxito de la misma depende principalmente de su correcta indicación. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el resultado funcional al año de seguimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde mayo de 2008 hasta Octubre de 2014 se han realizado 83 procedimientos. En 24 procedimientos se ha instaurado sling tipo ADVANCE® y en 59 Advance XP.

Los pacientes completaron un año de seguimiento tras la PR. Analizamos el grado de curación al año de seguimiento, considerando como éxito la ausencia de absorbentes.

**RESULTADO:** La edad media de los varones sometidos a esta cirugía fue 66 (46-78) años. La media del test de calidad de vida ICQSF antes de la cirugía fue 16 (12-20). Al año de seguimiento tras la cirugía fue 5 (1-15). Un 72,3 % presentó continencia total al año de seguimiento.

**CONCLUSIÓN:** La colocación de AdVance®/AdVance XP® garantiza un buen resultado funcional en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo tras PR al año de seguimiento.

### **C-1.4 PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS: VALORACIÓN DE LAS POSIBLES REPERCUSIONES SOBRE LA URETRA**

---

*Samper Mateo P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Torres Roca M., Oñate Celdrán J., Sempere Gutierrez A., Andreu García A., Jiménez López J.M., Morga Egea J.P., Valdevira Nadal P., Rico Galiano J.L., Fontana Campiano L.O.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía*

**INTRODUCCIÓN:** la estenosis uretral, con una incidencia de 229-627/100000 varones, es una patología frecuente. La iatrogenia es la principal etiología en países desarrollados.

**OBJETIVOS:** determinar posibles factores de riesgo de estenosis en pacientes sometidos a procedimientos endoscópicos, diagnósticos o terapéuticos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio caso-control sobre 116 pacientes sometidos a uretroroscopia entre Junio y Diciembre de 2015. Criterios de exclusión: mujeres, edad < 18 años, cirugía no endoscópica sobre la uretra, sonda permanente, tratamiento con dilataciones y radioterapia pélvica. Realizamos uretroroscopia rígida (17Ch), indicaciones múltiples. Aplicamos valoración no validada; ítems: presencia de estenosis, número, longitud, localización, diámetro, aspecto de la mucosa y signos de falsa vía. Se analizaron datos epidemiológicos, tratamiento con BCG o Mitomicina, número de RTU y tipo, y número de uretroroscopias.

Agrupamos en tertiles el número de uretroroscopias (T1=1; T2= 2-5; T3>5) y de resecciones transuretrales (RTU) (T1=0; T2=1; T3≥2). Aplicamos test de Chi-cuadrado, regresión logística y análisis multivariante. Análisis estadístico: programa SPSS Statistics versión 21.

**RESULTADOS:** incluidos 83 pacientes, 29 presentaban estenosis (34.9%).

Tabla 1. Características epidemiológicas.		
	n	% o media (DE)
Edad	83	65,84(15,83)
DM		
No	68	79,1
Tipo I	11	12,8
Tipo II	7	8,1
HTA		
SI	44	51,2
NO	42	48,8
Fumador		
NO	48	55,8
SI	24	27,9
Exfumador	13	15,1

El número de uretroscopias en tertiles no presenta relación con la presencia de estenosis. La asociación entre la estenosis y RTU resulta significativa ( $p < 0.01$ ); esta relación es negativa, el haber recibido un tratamiento mediante RTU no se asocia con la ocurrencia de estenosis (IC 95%, 0.005-0.191). El resto de factores estudiados no resultaron estadísticamente significativos.

**CONCLUSIONES:** existe un gran desconocimiento acerca de la etiopatogenia de las estenosis uretrales adquiridas. La iatrogenia continúa siendo la principal causa de estenosis de uretra anterior, aunque la RTU no parece tener un papel principal en ello.

### C-1.5 ADENOMECTOMÍAS VS HOLEP, ¿PODEMOS HABLAR DE DIFERENCIAS EN CUANTO A CÁNCER INCIDENTAL EN NUESTRA SERIE?

*Barceló Bayonas I; Romero Hoyuela A.; Reina Alcaina L.; Carrillo George C.; Rivero Guerra A.; Pietrecica B.N.; Izquierdo Morejón E.; Rosino Sánchez, A.; Hita Villaplana G.; Fernández Aparicio T.; Miñana López B.*

*Hospital José María Morales Meseguer, Murcia*

**OBJETIVO-INTRODUCCIÓN:** Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos en el Hospital Morales Meseguer mediante Adenomectomía Retropúbica (AR) y HOLEP bajo el diagnóstico de HBP sintomática.

**Material y métodos:** Se revisaron 267 pacientes intervenidos de AR (16 %) y HOLEP (84%). en los últimos 5 años desde Enero 2010 a Diciembre 2015. Análisis piezas anatomía patológica, características y evolución de los pacientes con cáncer de próstata incidental (CPI) detectado.

**RESULTADOS:** El grupo de AR con una edad media de 75 años (53-98) presentó un 14% de CPI, volumen medio resecado de 246 gramos (25-300) y una media de estancia hospitalaria de 7 días.

Mientras que el grupo de HOLEP con una media de 71 años (51-87) presentó un 8,4% de CPI, volumen medio enucleado 48,9 gramos (5-130) y 3 días de estancia hospitalaria media.

El 18% de los pacientes sometidos a AR habían sido biopsiados previamente por PSA elevado frente al 28,1% cuando se trataba de HOLEP. Media global de Gleason 7, rango 5-8. Todas las adenomectomías presentaron un pT1a frente a un 9% de pT1b en el caso de los HOLEP.

**CONCLUSIONES:** Existen diferencias significativas para la edad, volumen resecado, estancia hospitalaria y CPI con una  $p < 0,001$  entre ambos grupos. No se encontraron diferencias en cuanto al porcentaje de biopsias previas.

En la mayoría de los casos se decidió actitud expectante mediante PSA y biopsia o tratamiento hormonal salvo en un paciente del grupo HOLEP en el que se realizó prostatectomía radical abierta.

### C-1.6 COMPLICACIONES HEMORRÁGICAS DE LA BIOPSIA RENAL

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

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca( Murcia)*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La biopsia renal ecodirigida es utilizada en el diagnóstico de enfermedades renales. Es una técnica invasiva no exenta de complicaciones, fundamentalmente sangrado post-punción Objetivo Principal: Análisis de la incidencia de sangrado tras biopsia renal y estudio de factores asociados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de las biopsias renales realizadas en nuestro centro, entre enero-2013 y diciembre-2015. Variable principal: Sangrado postpunción, incluyendo hematuria, hematoma perirrenal o necesidad de transfusión de hemoderivados. Otras variables analizadas: Edad, sexo, Anatomía patológica, localización, riñón biopsiado, aspecto ecográfico, número de punciones y cilindros obtenidos, IMC y pérdida de hemoglobina. Estudio descriptivo-analítico, considerando un nivel de significación  $<0.05$ . Estudio de variables cualitativas mediante Chi-cuadrado y de variables continuas mediante t-Student.

**RESULTADOS:** Se realizaron un total de 177 biopsias renales en pacientes con mediana de edad de 54 años (R : 14-87), 110 hombres y 67 mujeres. Se realizaron 7 biopsias sobre riñón derecho, 89 en riñón izquierdo (50,3%) y 81 sobre injerto renal (45,8%). La localización de la biopsia fue: polo superior (27,1%), polo inferior (64,3%) o 1/3 medio (8,6%). La mediana de punciones y de cilindros obtenidos fue de 2 (R:2-4 ,R:2-3, respectivamente).

Un total de 39 pacientes (24,8%) presentaron signos de sangrado: hematuria (6,4%), hematoma (14%) o necesidad de transfusión (10,2%). Ningún paciente necesitó cirugía urgente, y tan solo uno requirió embolización del punto sangrante.

En el estudio de variables cuantitativas (edad, número de punciones y cilindros obtenidos, IMC) se encontraron diferencias entre la aparición de sangrado y el número de punciones (comparativa de medias: 2,25-2,56; p: 0.013).

No se encontraron diferencias significativas de sangrado en relación a riñón biopsiado, aspecto ecográfico, lugar de punción ni resultado de Anatomía Patológica, aunque destaca la presencia de sangrado en glomerulonefritis(40%), Nefropatía túbulo-intersticial(41,6%) y Rechazo agudo(3,2%).

**CONCLUSIONES:** En la biopsia renal la aparición de sangrado es relativamente frecuente, aunque rara vez compromete la vida del paciente. El número de punciones es un factor asociado a la aparición de sangrado.

### **C-1.7 ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO DE LA EFICACIA DE FOSFOMICINA VS CIPROFLOXACINO COMO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA PREVIA A BIOPSIA TRANSRECTAL DE PRÓSTATA ECODIRIGIDA**

*Pedro A. López González, Pedro López Cubillana, Guillermo Gómez Gómez, Antonio Prieto González, Gerardo Server Pastor, José A. García Hernández, José A. Nicolás Torralba, José Félix Escudero Bregante, Jesús I. Tormero Ruiz, Mariano Rigabert Montiel, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Edgar H. Olarte Barragán, Cindy P. Pinzón Navarrete, Pablo F. Gutiérrez Gutiérrez, Pablo Martínez Pertusa, Ángel Guardiola Más, José A. Herrero Martínez, Juan D. Avilés Hernández, Pablo Guzmán Martínez-Valls, Alejandro Maluff Torres Beatriz Honrubia Vilchez, Gloria Doñate Íñiguez, Juan Moreno Avilés, Carlos García Espona, José M. Cervell Ferrón, Almudena Rodríguez Tardido, Enrique Cao Avellaneda, Eugenio Hita Rosino, Francisco J. Jiménez Penick, Juan M. Soler Fernández, Max E. Cachay Ayala.*

*H.C.U. Virgen de la Arrixaca - H.G.U. Los Arcos del Mar Menor - H. G.U. Santa Lucía*

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

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

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Ensayo clínico aleatorizado, no enmascarado, multicéntrico, con dos brazos según el tratamiento (fosfomicina vs ciprofloxacino).

Variable principal:bacteriuria.

Variables secundarias:Infecciones urinarias asociadas a fiebre(IUAF) y sepsis.

Otras variables:Edad, volumen prostático, resultado biopsia, psa.

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

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

**RESULTADOS:** Estudio con 450 pacientes biopsiados entre agosto-2012 y noviembre-2014. Existieron 84 pérdidas, quedando 366 pacientes (GrupoA-Ciprofloxacino: 175, grupoB-Fofosmicina:191). Mediana de edad: 66 años (R:41-89), mediana de volumen prostático: 40 cc (9-185).

Aparición de bacteriuria en 33 casos( 9,3%, Grupo A: 13, Grupo B: 20), sepsis 14 (3,8%,Grupo A: 7, Grupo B: 7), IUAF 21 (5,7%, Grupo A: 8, Grupo B: 13),con una incidencia global de complicaciones infecciosas del 13,1% (48 casos, grupo A: 20, grupo B: 28). En ningún caso existió una relación estadística con el fármaco utilizado (p>0.05).

En el análisis según volumen prostático se encontraron diferencias en la aparición de bacteriuria(p:0.028) y en complicaciones infecciosas globales (p:0.02), a favor de próstatas de mayor tamaño.

En el análisis según edad se encontraron diferencias en la aparición de bacteriuria (p:0.041), a favor de pacientes de mayor edad.

El análisis de regresión logística confirmó estos datos. El análisis del resto de variables no fue significativo.

**CONCLUSIONES:** No existieron diferencias significativas de eficacia en cuanto al uso de profilaxis con ciprofloxacino o Fosfomicina-trometanol.

La edad y el volumen prostático elevado aparecieron como factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones infecciosas y debería evaluarse un régimen distinto de profilaxis.

## **C-1.8 ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES NO INFECCIOSAS TRAS LA REALIZACIÓN DE BIOPSIAS DE PRÓSTATA**

---

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** La biopsia transrectal de próstata(BTRP) es el procedimiento de elección para el diagnóstico de cáncer de próstata. Es segura pero no exenta de complicaciones, tanto infecciosas como no infecciosas.

El objetivo principal es evaluar la incidencia de complicaciones no infecciosas en nuestra serie de biopsias, y estudio de factores asociados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un subanálisis dentro del estudio "Ensayo clínico aleatorizado sobre eficacia fosfomicina vs ciprofloxacino como profilaxis antibiótica en BTRP". Estudio, multicéntrico, con dos brazos según tratamiento(fosfomicina vs ciprofloxacino).

Variables Complicaciones: Hematuria, hemospermia, rectorragia, dificultad miccional(DM) y retención urinaria(RA).

Variables Factores: volumen prostático, edad, PSA, Anatomía patológica y fármaco utilizado.

Período de seguimiento: 1 mes con control postbiopsia a los 4 y 25 días.

Estudio descriptivo-analítico, considerando un nivel de significación  $\alpha < 0.05$ . Estudio de variables cualitativas mediante Chi-cuadrado, para variables continuas t-Student.

**RESULTADOS:** Estudio con 450 pacientes biopsiados entre agosto-2012 y noviembre-2014. Existieron 84 pérdidas, quedando 366 pacientes(GrupoA-Ciprofloxacino:175,grupoB-Fosfomicina:191). Mediana de edad:66 años(R:41-89), mediana de volumen prostático:40cc(9-185).

Se encontró hematuria en un 46,3%, hemospermia:17,5%, rectorragia:6,3%, dificultad miccional:14,2% y retención urinaria en un 3%.

Análisis según volumen prostático: Se encontraron diferencias, en estudio de medias, en aparición de dificultad miccional (44cc-52cc, p:0,05) y retención urinaria (45cc-59cc, p:0,04) a favor de próstatas de mayor tamaño. Pacientes con próstata<40cc: Dificultad miccional-9,5%, Retención urinaria: 1,1%, vs próstata>40cc: DM-18,9%, RU-5,3% (p: 0'012, 0'026).

Se encontraron diferencias significativas entre grupos:

Pacientes<65 años con una mayor incidencia de hematuria(p:0'014).

Pacientes con anatomía patológica positiva con una menor tasa de dificultad miccional(p:0'010).

En el resto de las variables estudiadas no se encontraron diferencias significativas.

Destacar que ninguna complicación requirió ingreso hospitalario y tan solo un paciente con hematuria precisó asistencia médica.

**CONCLUSIONES:** No existieron complicaciones no infecciosas importantes en nuestra serie de biopsias.

El volumen prostático elevado aparece como un factor de riesgo para dificultad miccional y retención urinaria.

## C-1.9 MANEJO DEL CONDILOMA ACUMINADO EN EL VARON POR EL URÓLOGO. UNA PROPUESTA DE ACTUACIÓN

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

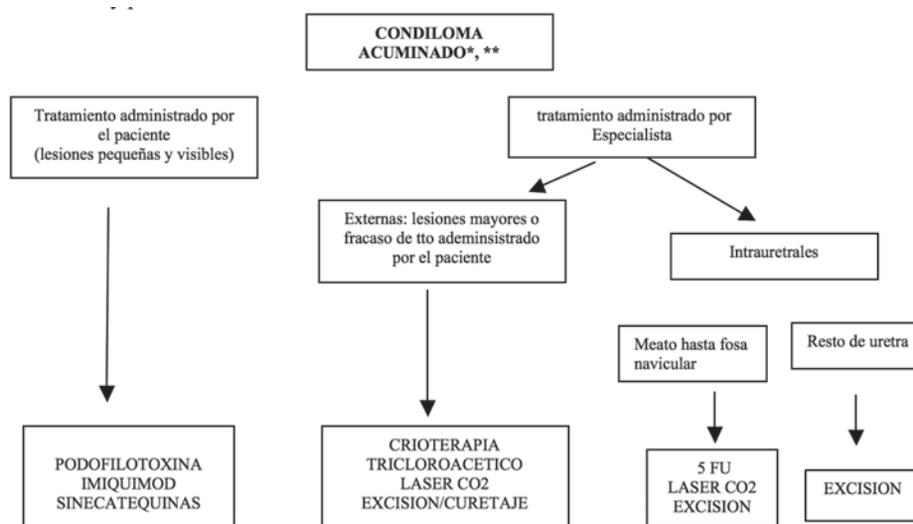
Servicio de Urología. Hospital Universitario "Los Arcos del Mar Menor". Pozo Aledo (San Javier). MURCIA. ESPAÑA.  
\*Servicio de Dermatología . Hospital General Universitario "Reina Sofía". MURCIA.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los Condilomas Acuminados (CA) son neoformación exotóxicas, habitualmente localizadas en región anogenital, asintomático o con dolor o prurito. Están causados por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Se conocen mas de 100 genotipos, siendo los más frecuentes el 6 y el 11. La Trasmisión mas común por contacto sexual, con periodo de incubación variable. Está indicado la Serología completa de Infecciones de Transmision Sexual (ITS)

El Objetivos de este trabajo es proponer un Algoritmo de Manejo del Condiloma Acuminada en el varón en la consulta de Urología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias del "Condiloma Acuminado" en el varón.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** Hemos localizados distintos artículos y estudios relacionados con el CA. Tras el análisis de los mismos hacemos una propuesta de Actuación, teniendo en consideración diferentes factores: número, recidivas, localización, tamaño, preferencias del paciente, coste del tratamiento y posibles efectos adversos.



\*Recidivas. Mismo tratamiento. Recomendación de vacunación con Gardesyl.

\*\* Parejas sexuales: Búsqueda y tratamiento sólo en presencia de lesiones.

**CONCLUSIONES:** Es imprescindible conocer el arsenal terapéutico para el manejo del CA y seguir un protocolo de actuación.

## C-1.10 UTILIDAD DEL CUESTIONARIO ASEX PARA EVALUAR LA FUNCIÓN SEXUAL DE LA PAREJA

Rosino Sánchez, A.; Pérez Suárez, B\*.; Reina Alcaina, L.; Garrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.,; Pietricica, B.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio de Urología y \*Dermatología. Hospital Morales Meseguer

**INTRODUCCIÓN:** Existen múltiples cuestionarios sobre la esfera sexual, pero o son largos o valoran sólo aspectos parciales. El cuestionario ASEX es corto (5 preguntas), cada pregunta valora un aspecto diferente del acto sexual. Cada cuestión se puntúa de 1 a 6 por lo que el rango del ASEX global es de 5-30.

**OBJETIVO:** Comparar los resultados del cuestionarios ASEX con cuestionarios de referencia validados (IIEF-15 en hombres y FSFI en mujeres) en población control.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional prospectivo. Se realizó cuestionario ASEX y FSFI a 21 mujeres y ASEX e IIEF-15 a 28 hombres que acudieron a una consulta por problemas no urológicos. Se considera anormal una puntuación global en ASEX  $\geq 19$ . Se considera que hay problemas en un aspecto sexual si su puntuación en dicho apartado en ASEX es  $\geq 4$ . El estudio estadístico se realiza mediante SPSS v20.

**RESULTADOS:** Un 22'4% de los encuestados (38'1% de las mujeres y 10'7% de los hombres) tuvieron un ASEX  $\geq 19$ , con diferencias significativas en la puntuación en FSFI e IIEF-15 ( $p < 0'05$ ) frente a aquellos con ASEX normal. Hubo también diferencias significativas en las puntuaciones entre FSFI/IIEF-15 entre los encuestados con ASEX normal o patológico en el dominio de deseo ( $p < 0'01$ ), excitación ( $p < 0'05$ ), lubricación ( $p < 0'01$ ), erección ( $p < 0'01$ ), y orgasmo ( $p < 0'01$ ), aunque no así en el aspecto de satisfacción posiblemente porque la pregunta planteada en el ASEX al respecto es algo confusa.

**CONCLUSIONES:** EL ASEX es una excelente herramienta de cribaje de problemas sexuales que se puede aplicar de forma simultánea a ambos miembros de la pareja. Proponemos una variación en la pregunta sobre satisfacción para hacerla más discriminativa.

## C-1.11 ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE TUMORES RENALES: NUESTRA EXPERIENCIA

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** el tratamiento de elección para los tumores renales organoconfinados, cuyo tamaño y localización lo permitan, es la cirugía conservadora. La cirugía, independientemente del tipo de abordaje por el que se realice, puede ocasionar morbilidad significativa. En la actualidad, existen otros tratamientos mínimamente invasivos alternativos a la cirugía que permiten tratar esta enfermedad. Un ejemplo es la ablación percutánea por radiofrecuencia (RF).

**OBJETIVO:** presentar nuestra experiencia en el tratamiento con ablación por RF de tumores renales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** realizamos un análisis de revisión retrospectivo de los pacientes diagnosticados de tumor renal (período del estudio: enero 2009 - diciembre de 2015) que fueron tratados mediante ablación por RF (n=10). Realizamos control de imagen semestral el primer año y posteriormente anual.

**RESULTADOS:** la RF se completó en todos los casos (sin incidencias reseñables). El 60% de los pacientes eran varones.

	MEDIA	DT	RANGO
EDAD (años)	78,2	8,39	60-89
TAMAÑO (cm)	2,86	0,62	2-4
SEGUIMIENTO (meses)	24,3	12,82	5-41

	I	II	III	IV
CLASIFICACIÓN DE RIESGO ANESTÉSICO (ASA)	0% (0)	20% (2)	70% (7)	10% (1)

Mortalidad global (MG): 10% (una paciente falleció a los 5 meses del proceso por causas ajenas al tumor renal). Mortalidad cáncer-específica (MCE): 0%. Recurrencia local: 10% a 24 meses de seguimiento (definida como un aumento de tamaño con realce del tumor renal en TC).

**CONCLUSIONES:** la ablación por RF en el tratamiento de tumores renales seleccionados (por tamaño y localización), en pacientes que presentan comorbilidades que los convierten en candidatos de alto riesgo quirúrgico (ASA-III/IV), en nuestra serie, presenta:

- 1.- Resultados oncológicos excelentes.
- 2.- Mínima morbilidad.
- 3.- Ausencia de MCE.

Si bien, para extraer conclusiones de mayor relevancia, se precisan estudios con mayor número de casos y período de seguimiento.

**PALABRAS CLAVE:** radiofrecuencia, ablación, tumor renal.

## **C-1.12 ESTUDIO INMUNOHISTOQUIMICO DEL PARENQUIMA PERITUMORAL DE TUMORES DE CELULAS GERMINALES**

Guzmán Martínez-Valls, P.L., \*Díaz Martínez F., Honrubia Vilchez B, Doñate Iñiguez G., Maluff Torres A., \*\*Campos Aranda M.

Servicio de Urología. Hospital Universitario "Los Arcos del Mar Menor". Pozo Aledo (San Javier). MURCIA. ESPAÑA.  
\*Unidad de Anatomía Patológica. \*\*Unidad de Bioestadística. Universidad de Murcia. MURCIA.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los Tumores de Células Germinales (TCG) del testículo representan el 1% de los tumores malignos del varón y es el tipo de cáncer más frecuente entre los 15 y 34 años. Su diagnóstico es de gran importancia ya que dejado a su evolución natural lleva a la muerte al 85% de los enfermos en el curso de 2 a 5 años. Con el tratamiento multimodal la supervivencia ronda el 95%

Actualmente como complemento al estudio histopatológico de los TCG es recomendable la utilización de técnicas de inmunohistoquímica que nos permita conocer las características antigénicas tumorales que definen clones y subclones de células neoplásicas y nos permiten ayudar a diferenciar los distintos tipos de TCG, su pronóstico y su respuesta al tratamiento. Actualmente existe la posibilidad, si fuera necesario, la realización de Cirugía Conservadora Testicular en casos muy seleccionados con unos criterios muy estrictos, por lo que el estudio debe completarse al Parénquima Peritumoral (TP).

**OBJETIVOS:** Estudiar la relación entre el grado de expresión de diferentes marcadores inmunohistoquímicos:  $\beta$ HCG,  $\alpha$ FP, C-Kit, Ki-67, C-erb-B2, EGFR, AE1/AE3 en TCG y en el TP a los mismos ante la posibilidad de la realización de Cirugía Parcial.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado un estudio observacional transversal con un total de 51 especímenes válidos. Se ha repetido de nuevo el estudio anatomopatológico y se han realizado las siguientes técnicas inmunohistoquímicas:  $\beta$ HCG,  $\alpha$ FP, C-Kit, C-erb-B2, Ki-67, EFGR, AE1/AE3 tanto en el TCG como en el TP. Todo el estudio ha sido hecho por un solo Patólogo

Para el estudio estadístico se ha utilizado el paquete SPSS 19.0 y se ha hecho una búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias.

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** La relación entre la expresión de los marcadores en TP y TCG muestra que, hasta en el 50% en algunos casos, existe expresión de C-Kit y Citoqueratinas AE1/AE3 a pesar de la negatividad en el Tumor. Un 26%  $\alpha$ FP y en un 10 %  $\beta$ HCG. Todo ello con una histología dentro de la normalidad en el tejido circundante al Tumor

**CONCLUSIONES:** A tenor de los resultados obtenidos es imprescindible el uso de un panel de anticuerpos, en estrecha relación con el estudio clinicopatológico, para un correcto diagnóstico y una interpretación adecuada en el TCG y en el Tejido Periférico para confirmar la no presencia de Tumor o Lesiones preneoplásicas en dicha zona ante la opción de Cirugía Conservadora, ya que hemos obtenido expresión de los marcadores a pesar de la negatividad en el Tumor y con histología sana.

## **C-2.1 ¿PUEDEN EMPLEARSE LAS HERRAMIENTAS HABITUALES DE ESTADIFICACIÓN LOCAL DEL CÁNCER DE PRÓSTATA PARA LA DECISIÓN DE TRATAMIENTOS LOCALES?**

Raúl Montoya Chinchilla, Sara Soto García, M<sup>a</sup> Ángeles Gutiérrez Fuente, Almudena Carril Fernández, Almudena Rodríguez Tardido, Álvaro Caballero González, Raquel Berrio Campos, Max Cachay Ayala, Enrique Cao Avellaneda, Leandro Gabriel Sala, Juan Moreno Aviles.

Servicio de Urología del Hospital Santa Lucía, Cartagena.

**INTRODUCCIÓN:** En los últimos años se han desarrollado nuevas técnicas de tratamiento para el cáncer de próstata (CP) con el objetivo de preservar tejido prostático/periprostático, buscando una menor morbilidad. Una adecuada estadificación local del CP resulta por lo tanto necesaria, para considerar la mejor línea terapéutica a emplear.

Las herramientas de estadificación del CP resultan controvertidas. El uso de la RMN se ha visto incrementado, a pesar de su elevado precio y de los resultados dispares encontrados en la literatura.

Por estos motivos, creemos necesario conocer la capacidad de estadificación local del CP de las herramientas habitualmente empleadas en nuestro medio.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se han analizado todos aquellos pacientes del área 2 de la Región de Murcia a los que se realizó una prostatectomía radical por CP, en cuyo proceso diagnóstico se realizó una RMN como estadificación local, en los últimos 4 años (n= 24).

Se ha registrado el nivel de PSA al diagnóstico, así como la información obtenida mediante tacto rectal, ecografía transrectal, RMN, biopsia prostática y pieza quirúrgica.

La RMN empleada, ubicada en el Hospital de Santa Lucía, realiza estudios multiparamétricos y de difusión (1.5 T sin bobina endo-rectal). Los datos son analizados por 3 radiólogas especializadas en RMN abdomino-pélvica.

Se ha realizado una comparación de eficacia diagnóstica mediante el estudio de tablas de contingencia (SPSS 22).

**RESULTADOS:** El 76.2% de los pacientes correspondieron a una clasificación de D'Amico de riesgo intermedio-alto.

La sensibilidad de cada prueba se muestra en la Tabla adjunta.

El 95.8% de los CP del estudio resultaron ser multicéntricos. La concordancia entre la pieza quirúrgica y las diferentes pruebas estudiadas, respecto a la capacidad de localizar la lateralidad del CP, se muestra en la Tabla adjunta.

El 12% de los CP del estudio mostraron enfermedad extraprostática. No se detectó invasión de vesículas seminales en las piezas quirúrgicas. La concordancia entre la pieza quirúrgica y las diferentes pruebas estudiadas, respecto a la capacidad de diagnosticar la extensión extraprostática del CP, se muestra en la Tabla adjunta. Se detectaron falsos positivos en la biopsia prostática (12.5%) y en la RMN (50%).

No se detectó invasión de vesículas seminales en las piezas quirúrgicas. En la RMN no se detectaron falsos positivos en T3b.

	Sensibilidad	Localización de la enfermedad: concordancia frente a la pieza quirúrgica	Enfermedad extraprostática: concordancia frente a la pieza quirúrgica
Tacto rectal	38.1%	0%	0%
Ecografía transrectal	45.5%	0%	0%
RMN	58.3%	41.7%	33%
Biopsia prostática	100%	66.7%	0%

Entre las limitaciones del estudio encontramos: ausencia de protocolo diagnóstico en la estadificación del CP y tamaño de la muestra limitado. No obstante, creemos que los datos son una aproximación real a la práctica diaria.

**CONCLUSIONES:** Ninguna de las pruebas diagnósticas empleados presenta una sensibilidad suficientemente alta para considerarla especialmente útil en la estadificación loco-regional del CP, siendo la sensibilidad de la RMN cercana al 50%.

En vistas a plantear un tratamiento del CP individualizando el lateral afectado, ninguna prueba diagnóstica es especialmente útil, no aportando la RMN ningún beneficio frente a la biopsia prostática.

## C-2.2 RESULTADOS INICIALES DE BIOPSIAS PROSTÁTICAS GUIADAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA

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

Hospital Morales Meseguer.

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Se recomienda realizar resonancia prostática (RMp) cuando persiste sospecha clínica de cáncer de próstata pese a biopsias negativas.

Nuestro objetivo es analizar la calidad de las biopsias prostáticas en abanico dirigidas a áreas sospechosas en RMp previa realizadas en nuestro Centro.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Analizamos los datos de 20 biopsias transrectales de próstata en abanico (3-5 cilindros) dirigidas al área sospechosa en la RMp realizadas entre Enero de 2014 y Diciembre de 2015. Las biopsias dirigidas se acompañaron de una biopsia estándar según nuestro protocolo volumen-dependiente. El estudio estadístico se realiza con SPSS v20.

**RESULTADOS:** Se biopsiaron 33 nódulos, cuyas características aparecen en las tablas 1 y 2. Todos los nódulos PI-RADS 5/5 se localizaron en la cara anterior. Cuando el nódulo fue positivo para malignidad, la media de cilindros afectados fue del 66'8±26'8%.

**Tabla 1. Características anatomopatológicas según PI-RADS.**

PI-RADS (% Casos)	AP Nódulo			Gleason	
	Benigna	Maligna	ASAP	6	7
2/5 (3'1%)	100%	0%	0%	0%	0%
3/5 (56'3%)	77'8%	16'7%	5'6%	66'7%	33'3%
4/5 (31'3%)	72'7%	27'3%	0%	66'7%	33'3%
5/5 (9'4%)	0%	100%	0%	0%	100%

**Tabla 2. Resultados anatomopatológica Biopsia estándar + Biopsia nódulo RMp por paciente.**

Biopsia estándar	Biopsia Nódulo RMp	
	Benigna	Maligna
Benigna	50%	15%
Maligna	10%	25%

**CONCLUSIONES:** Todos los nódulos PI-RADS 5/5 fueron positivos para malignidad y se asociaron a valores de Gleason más altos. La rentabilidad de las biopsias de los nódulos PI-RADS 3 y 4 fue cercana al 20% y 30%, respectivamente.

La biopsia dirigida benefició al 15% de los pacientes, que no se hubieran diagnosticado con biopsia estándar.

Consideramos que la técnica de biopsias en abanico dirigidas al área sospechosa en RMp tiene una precisión adecuada, con afectación de cerca del 70% de los cilindros tomados de los nódulos positivos.

### **C-2.3 UTILIDAD DEL NOMOGRAMA DE BRIGANTI CON PUNTO DE CORTE DE 100 PUNTOS EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE RIESGO INTERMEDIO Y ALTO. ANÁLISIS DE RESULTADOS**

*Carlos Carrillo George, Antonio Rosino Sánchez, Leandro Reina Alcaina, Ángela Rivero Guerra, Isabel Barceló Bayonas, Arancha Pardo Martínez, 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. Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La prevalencia de afectación metastásica ganglionar en el carcinoma de próstata (CaP) resulta variable, por lo que se utilizan nomogramas predictivos entre los que destaca el de Briganti (NB). Las guías de práctica clínica indican la realización de linfadenectomía en pacientes con CaP de alto riesgo y/o probabilidad >5% de afectación ganglionar.

**OBJETIVO:** Evaluar la rentabilidad del NB con punto de corte de 100 puntos en los grupos de riesgo intermedio y alto según Amico para predecir invasión metastásica ganglionar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 61 casos consecutivos sometidos a prostatectomía radical con linfadenectomía ampliada entre 2010 y 2015. Se clasifican a los pacientes según los grupos de riesgo de Amico y su puntuación en el NB (mayor o menor a 100 como punto de corte para la indicación de linfadenectomía). Los resultados son analizados mediante SPSS 20.0.

**RESULTADOS:** Rentabilidad del NB con punto de corte 100 puntos según grupos de Amico:

	Riesgo intermedio	Riesgo alto	Serie global
<b>Sensibilidad</b>	<b>66%</b>	<b>100%</b>	<b>83%</b>
<b>Especificidad</b>	<b>63%</b>	<b>22%</b>	<b>59%</b>
<b>Valor predictivo positivo (VPP)</b>	<b>12,5%</b>	<b>22%</b>	<b>18%</b>
<b>Valor predictivo negativo (VPN)</b>	<b>96%</b>	<b>100%</b>	<b>97%</b>

La aplicación del NB con punto de corte de 100 hubiera evitado la realización del 58% de las linfadenectomías en el grupo de riesgo intermedio aunque existió un caso con invasión ganglionar sin criterio de linfadenectomía. Del mismo modo detectó todos los pacientes de alto riesgo con invasión ganglionar y no hubiera indicado la linfadenectomía en el 18% de los casos en el grupo de riesgo alto.

**CONCLUSIONES:** Un resultado negativo en el NB predecirá con bastante seguridad la ausencia de metástasis ganglionar, evitando la realización de linfadenectomías innecesarias. Sin embargo, su utilidad fue menor para predecir metástasis ganglionar si el resultado fue positivo, dado su bajo VPP.

## C-2.4 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES PREDICTORAS DE METÁSTASIS GANGLIONAR EN EL CARCINOMA DE PRÓSTATA. IMPLICACIONES DE LA CARGA TUMORAL EN LA BIOPSIA

*Carlos Carrillo George; Antonio Rosino Sánchez; Leandro Reina Alcaina; Ángela Rivero Guerra; Isabel Barceló Bayonas; Arancha Pardo Martínez; 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. Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La predicción del grado de extensión y agresividad en el carcinoma prostático (CaP) previo a tratamiento radical, supone uno de los restos clínicos principales con el objetivo de diferenciarlos de otros tumores menos agresivos que pudieran resultar clínicamente insignificantes o que fueran subsidiarios de terapias conservadoras.

**OBJETIVO:** Evaluar y analizar los parámetros clínicos, analíticos y anatomopatológicos de la biopsia prostática, para identificar variables pronósticas que condicionen la afectación metastásica ganglionar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisamos 61 casos consecutivos, de modo retrospectivo, de pacientes intervenidos de prostatectomía radical con linfadenectomía ampliada en nuestro centro entre enero 2010 y junio 2015.

Analizamos variables de PSA, carga tumoral de la biopsia, porcentaje de cilindros positivos, grado de Gleason de la biopsia, volumen prostático y estadio T clínico para identificar variables pronósticas y determinación de modelo predictivo de metástasis ganglionar.

Se realizan análisis descriptivo, regresión logística y curvas ROC mediante SPSS 20.

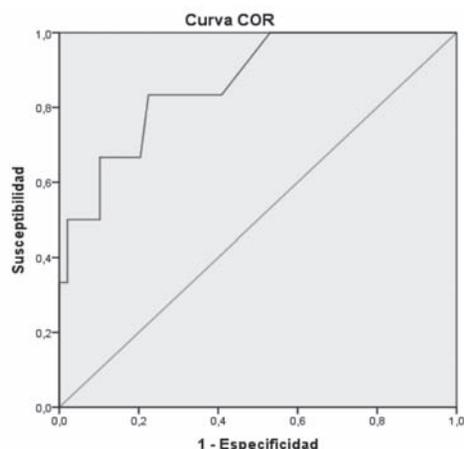
### RESULTADOS:

Edad media: 63,7 años(46-76).  
 PSA: 11,0 ng/ml(1,6-22).  
 53,3% presentaba estadio  $p \geq T3$ .  
 11,4% presentaba N+.

-Análisis de regresión logística de predicción de metástasis ganglionar:

-Curva ROC carga tumoral - metástasis ganglionar:

	Afectación ganglionar	
	Puntuación	Valor P
Patrón Gleason principal	0,29	0,86
Patrón Gleason secundario	0,38	0,53
Volumen prostático	1,23	0,26
Estadio clínico (T1 vs T2)	2,0	0,16
PSA	1,17	0,28
Carga tumoral biopsia	10,7	0,001
Porcentaje de cilindros positivos	2,94	0,086
	<b>R<sup>2</sup>=0,59</b>	



a) Área bajo la curva: 0,86.

b) Punto de corte con mayor rentabilidad en nuestra serie: 21% de carga tumoral.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, la carga tumoral de la biopsia resultó ser el mejor estimador de metástasis ganglionar por encima de otras variables más utilizadas como PSA, grado Gleason, estadio clínico o porcentaje de cilindros afectados por lo que consideramos que puede ser otro parámetro válido a la hora de indicar la realización de linfadenectomía.

## C-2.5 ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO GRADO: QUE IMPORTANCIA TIENE EL INDICE DE GLEASON $\leq 3$ EN LA RECURRENCIA BIOQUÍMICA

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

Hospital General Universitario Reina Sofía.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de próstata (CaP) es la neoplasia no cutánea más frecuente en los varones occidentales y la segunda causa de muerte relacionada con cáncer.

Es una realidad incuestionable que los programas de screening de CaP basados en el PSA han detectado muchos casos de CaP asintomáticos, también hay evidencia convincente de que un porcentaje importante de estos varones tienen un tumor que no progresará o progresará lentamente, y permanecerá asintomático de por vida.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 232 pacientes intervenidos de prostatectomía radical entre Enero de 2007 y Diciembre de 2013. Seleccionamos pacientes que presentaban un Gleason Score (GS)  $\leq 6$  en la pieza quirúrgica. Análisis de supervivencia aplicando el método de Kaplan-Meier para valorar el tiempo hasta el evento (RB: recurrencia bioquímica). Se compararon las curvas de supervivencia según el riesgo (D'Amico). Análisis estadístico: programa SPSS Statistics v21.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 85 pacientes (36.6% de la serie). Seguimiento: 61.7 meses de media (12 - 135).

	n	%
<b>RB</b>	<b>5</b>	<b>5.9</b>
<b>SLRB</b>	<b>80</b>	<b>94.1</b>
<b>Tiempo de SLRB 127.4 meses (IC 95%:121-133.8)</b>		

Al comparar las curvas de supervivencia en función del riesgo (D'Amico) no resultó estadísticamente significativo.

**DISCUSIÓN:** Hay evidencias (Hillary M. Ross et al) de que el CaP GS  $\leq 6$  no tiene potencial para afectación ganglionar. Scott E. Eggener et al, demuestran que la Mortalidad Cáncer-Específica (MCE) a los 15 años en los tumores GS  $\leq 6$  oscila del 0.2 al 1.2%.

En nuestro trabajo, hemos encontrado que la RB supone un porcentaje muy pequeño de estos pacientes (posible infraestadía en los casos de RB).

### CONCLUSIONES:

- El CaP GS  $\leq 6$  es un tumor de bajo potencial invasor.
- Podemos suponer que la MCE de este tipo de neoplasias será mínima.
- En este tipo de tumores debemos considerar terapias de mínima invasión y morbilidad.

## C-2.6 FULGURACIÓN CON LÁSER BAJO ANESTESIA LOCAL DE LA RECIDIVA DE TUMORES VESICALES SUPERFICIALES. UNA ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO HABITUAL

Reina Alcaina, L.; Fernández Aparicio, T.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A; Barceló Bayonas, I; Pardo Martínez, A; Bogdan, P.N.; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Miñana López, B.

Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia)

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** En pacientes con antecedente de tumor vesical de bajo riesgo, la fulguración de las recidivas con láser Holmium bajo anestesia local puede ser una opción alternativa de tratamiento a la RTU tradicional. El objetivo de nuestro trabajo es determinar la tasa de recurrencia y progresión (seguridad oncológica), tolerancia al procedimiento y complicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo sobre 76 pacientes con antecedente de neoplasia vesical diagnosticados de recidiva tratadas mediante fulguración bajo anestesia local con láser Holmium. El 69,7 % presentó previamente TaG1, el 21,1% TaG2, el 3,9% T1G1, el 1,3% T1G2, el 2,6% hiperplasia focal y el 1,3% cistitis atípica. Para analizar la recurrencia, mediante curvas de Kaplan Meier, incluimos estrictamente aquellos pacientes que cumplían criterios de inclusión para dicho procedimiento: recidiva papilar menor a 1 cm, ausencia de lesiones sospechosas de CIS y citologías negativas. Se valoraron la seguridad oncológica del procedimiento, las complicaciones intra y postoperatorias y la tolerancia al mismo mediante la valoración de la intensidad del dolor a través de la escala visual analógica. El análisis estadístico ha sido realizado con SPSS v.20.

**RESULTADOS:** La edad media fue 67 (45-86) años. La media del número de lesiones fue 2 (1-7). El tamaño medio de las lesiones fue 6 (1-13) mm en su diámetro mayor.

Solo un paciente presentó complicaciones durante el procedimiento. La media de intensidad del dolor fue 2 (0-6)

A los 12 meses un 60% aproximadamente permaneció sin recidiva. La media de seguimiento fue 15 (5-37) meses. No hubo ninguna progresión asociada.

La fulguración bajo anestesia local permitió el ahorro directo de 16 jornadas quirúrgicas.

**CONCLUSIONES:** La fulguración de recidivas vesicales en tumores de bajo riesgo es una práctica oncológicamente segura, bien tolerada, con menor tasa de complicaciones que la RTU tradicional y coste-efectiva.

### **C-2.7 TOLERANCIA AL TRATAMIENTO CON MMC Y BCG EN PACIENTES CON CARCINOMA VESICAL**

---

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

*Hospital J.M. Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Un alto porcentaje de pacientes con carcinoma vesical precisan tratamiento adyuvante, el cual puede causar importantes efectos secundarios.

Con este estudio pretendemos valorar la tolerancia a MMC y BCG endovesical de nuestros pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes que hayan recibido instilaciones con MMC o BCG en nuestro centro desde 1/06/2012 a 30/06/2015. Consideramos que completan tratamiento aquellos pacientes que han recibido 18 instilaciones de MMC(6+12) y aquellos pacientes que han recibido 6 ciclos iniciales de BCG+ mantenimiento durante 1 año (6+3+3). El análisis estadístico se ha realizado con SPSS v20.

**RESULTADOS:** 62 pacientes son válidos para el estudio (74% hombres y 16% mujeres), de los cuales el 70% han recibido MMC y el 30% BCG.

El 50% de los pacientes presenta algún tipo de complicación (el 37% de los pacientes con MMC y 80% de los pacientes con BCG). De los pacientes que reciben MMC el 35% presenta complicaciones locales y el 10% complicaciones sistémicas, mientras que de los pacientes que reciben BCG el 75% presenta complicaciones locales y el 20% complicaciones sistémicas. Solo una tercera parte de los pacientes finaliza el tratamiento.

**CONCLUSIONES:** El 50% de los pacientes presenta algún tipo de complicación siendo mucho más frecuentes en los pacientes que han recibido instilaciones de BCG (80%) que de MMC (37%). Solo una tercera parte de los pacientes finalizan el tratamiento.

### **C-2.8 RE RTU VESICAL EN TUMORES DE ALTO RIESGO, RESULTADOS EN NUESTRA SERIE, VENTAJAS E INCONVENIENTES EN EL MANEJO DE LOS TIEMPOS**

---

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

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

**OBJETIVO:** Analizar la proporción de pacientes con persistencia de tumor superficial, diagnóstico de CIS no conocido o de tumor infiltrante en la ReRTU vesical.

Valorar la conveniencia del tratamiento adyuvante con BCG antes o después de la ReRTU.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se han revisado las historias clínicas de 35 pacientes con informe de AP de tumor vesical T1 o Alto grado +/- CIS en una RTU que han sido sometidos también a adyuvancia con BCG y ReRTU entre agosto de 2011 y agosto de 2015.

Hemos evaluado la proporción de pacientes con tumor residual, CIS desconocido y/o infraestadiaje y la mediana de tiempo RTU - ReRTU en los casos de reevaluación precoz y en los de BCG precoz con ReRTU diferida.

**RESULTADOS:** La mediana de tiempo RTU - ReRTU Tras BCG ha sido de 123 días y de 63 días En caso de adyuvancia diferida.

La mediana de tiempo RTU inicial - BCG ha sido de 43 días en caso de ReRTU diferida y de 151 días en caso de BCG diferida.

La proporción de Pacientes con tumor residual y/o CIS no sospechados ha sido del 22,9% y de infraestadiaje del 5,7%.

**CONCLUSIONES:** Dada la proporción de persistencia de tumor no infiltrante y el retraso importante que representa la ReRTU precoz para la adyuvancia con BCG, podría considerarse más conveniente diferir la reevaluación quirúrgica en la mayoría de los casos.

Probablemente sería imprescindible individualizar algunos pacientes con muestra de base masivamente infiltrada o tumores extensos para ReRTU precoz ajustando al máximo los tiempos para iniciar la adyuvancia.

## **C-2.9 CISTECTOMÍA RADICAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE**

---

*Barceló Bayonas I; Reina Alcaina L.; Rivero Guerra A.; Fernández Aparicio T.; Rosino Sánchez, A.; Carrillo George C.; Pietrecica B.N.; Izquierdo Morejón E.; Romero Hoyuela A.; Hita Villaplana G.; Miñana López B.*

*Hospital José María Morales Meseguer, Murcia*

**OBJETIVOS:** Estudio de nuestra serie de cistectomías radicales (CR) para examinar factores pronósticos y características de los pacientes, estableciendo datos para futuras evaluaciones.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo con 45 pacientes sometidos a CR entre Enero de 2010 y Octubre de 2014 en el Hospital Morales Meseguer, evaluando características individuales, comorbilidades, riesgo anestésico y condición clínica, fecha y número de resección transuretral (RTU) y cistectomía, sangrado y transfusiones, técnica quirúrgica utilizada, manejo nutricional, resultados anatomopatológicos, estancia hospitalaria y estudio de recidivas.

**RESULTADOS:** El promedio de edad fue 67 años (43-90 años). De ellos, 86,7% eran varones (39 pacientes) y 13,3 % mujeres (6 pacientes), con un 39,5% de fumadores activos. El 28% presentaban un IMC > 30. Con respecto al riesgo quirúrgico, encontramos un 35,6% de los pacientes con ASA III. El 76,7% tenían una RTU previa a la cistectomía (80,5% pT2, un 22,2% compromiso ganglionar y 20,5% de márgenes positivos). En cuanto a los requerimientos postquirúrgicos, 24% necesitó nutrición parenteral (de ellos, el 87% mínimo 5 días) y con un 37,8% de estancia en UCI. La estancia media hospitalaria fue de 14 días (7-70) y 55 meses de seguimiento tras la intervención. La recidiva metastásica supuso el 29,3% de los casos.

**CONCLUSIONES:** Se trata de pacientes complejos con presencia de factores de mal pronóstico lo que asocian una elevada morbimortalidad. Esto parece explicarse por un estado avanzado de la enfermedad.

## **C-2.10 ANÁLISIS DE MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA DE LA CISTECTOMÍA RADICAL DURANTE LOS PRIMEROS 30 DÍAS**

---

*Reina Alcaina, L.; Rivero Guerra, A.; Barceló Bayonas, I., Fernández Aparicio, T.; Rosino Sánchez, A.; Carrillo George, C.; Pardo Martínez, A.; Pietricica, B.P.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Miñana López*

*Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia)*

**INTRODUCCIÓN:** La cistectomía radical (CR) con derivación urinaria es considerada como el tratamiento estándar para el cáncer de vejiga músculo-invasivo, también está indicada en etapa T1 recurrente y en carcinoma in situ que no responde a quimioterapia o inmunoterapia intravesical. La CR es una técnica no exenta de complicaciones.

**OBJETIVOS:** Determinar la morbimortalidad postoperatoria durante los primeros 30 días tras la cirugía.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer vesical, tratados mediante CR y derivación urinaria en el Servicio de Urología del Hospital Universitario Morales Meseguer. Entre los años 2010 y 2014 se han realizado 45 CR.

La morbimortalidad postoperatoria se tomó como aquella ocurrida durante los 30 primeros días, incluyendo por tanto complicaciones del postoperatorio inmediato, mediato y tardío. Empleamos la clasificación de Clavien modificada para el estudio de las complicaciones.

Para el análisis estadístico usamos SPSS v20.

**RESULTADOS:** La edad media fue 67 (43-90) años, 39 hombres (86,7%) y 6 mujeres (13,3%). El 28% de los pacientes presentó un IMC superior a 30. Un 48,9% de los pacientes fue ASA II y un 35,6% ASA III. El índice de Charlson promedio fue 6 (2-18) puntos.

Un 37,8 % de los pacientes precisó ingreso en UCI durante el postoperatorio. Se realizó ileostomía en 37 pacientes, neovejiga en 7 y derivación cutánea en 1. Se utilizó un abordaje laparoscópico en el 46,7%.

La frecuencia de complicaciones postoperatorias fue del 86%, siendo las más frecuentes las complicaciones digestivas, ocurriendo en un 50% de los pacientes. No hubo ningún caso de mortalidad postoperatoria. Un 26,7% precisó transfusión.

La estancia media hospitalaria fueron 14 días (7-70).

**CONCLUSIONES:** La CR es una técnica no exenta de complicaciones. El 86% de los pacientes presentó complicación postoperatoria. La complicación digestiva fue la más frecuente.

## C-2.11 SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA EN PACIENTES CISTECTOMIZADOS EN NUESTRO CENTRO

---

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

Hospital Morales Meseguer

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La recidiva tumoral en los pacientes con neoplasias de vejiga músculo-infiltrantes implica un peor pronóstico, por lo que consideramos conveniente analizar nuestros datos al respecto.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo sobre 45 pacientes sometidos a cistectomía radical (Enero 2010-Diciembre 2014). Se considera recidiva como variable de punto final (recidiva local, ganglionar, metastásica) y covariables los datos epidemiológicos y anatomopatológicos. El estudio estadístico se realiza con SPSS v20.

**RESULTADOS:** El 53'5% de los paciente tuvo un estadio T3-4 en la pieza de cistectomía. El 93'8% de los pacientes tuvieron tumores de alto grado y el 30'2% asociaban carcinoma in situ. El 38'5% de los pacientes presentó ganglios positivos. Tanto la invasión perineural como la invasión linfovascular en la pieza de cistectomía se asociaron significativamente con afectación ganglionar en el estudio anatomopatológico ( $p=0'001$  y  $p < 0'001$ , respectivamente).

La mediana de seguimiento es de 25 meses (IC 95% 19'55- 28'22). Globalmente, el 36'6% presentó recidiva de algún tipo (recidiva local 14'3%, recidiva ganglionar 33'3% y recidiva metastásica 29'3%). Ningún paciente presentó recidiva uretral ni en vía urinaria superior. La media de tiempo hasta recidiva local, ganglionar y metastásica fue de  $3 \pm 1'2$  meses,  $7'07 \pm 6'69$  meses y  $5'58 \pm 5'26$  meses, respectivamente. Permanecían libres de recidiva el 68'1% y el 62'4% de los pacientes a los 12 y 24 meses, respectivamente.

**CONCLUSIONES:** Encontramos asociación significativa entre la presencia de invasión perineural e invasión linfovascular en la pieza de cistectomía y la afectación ganglionar en el estudio anatomopatológico.

Alrededor de un tercio de los pacientes presentó recidiva tumoral, y en torno al 90% de las mismas se produjo durante el primer año de seguimiento.

## C-2.12 TORSION TESTICULAR. UNA VERDADERA URGENCIA EN EL AREA DEL MAR MENOR DE LA REGION DE MURCIA. ESPAÑA

---

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

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

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La Torsión Testicular (TT) consiste en la rotación del cordón espermático y su contenido, constituyendo una Urgencia. La Prevalencia es de 3,8 casos por cada 100000 varones jóvenes menores. Constituye un 10% de los episodios de Escroto Agudo en jóvenes. Acaban en Orquiectomía un 40%.

**OBJETIVO:** Estudiar la prevalencia de TT en nuestra Área, evaluación, manejo y evolución e identificar factores que influyen en la misma.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos los datos de los pacientes diagnosticados y tratados por TT desde la apertura de nuestro Centro en Marzo de 2011 hasta Diciembre 2015. El Mar Menor tiene un área de 102000 habitantes. Se analiza: edad, presentación, lateralidad, tiempo de evolución, procedimiento realizado urgente y posterior si se hubiera realizado. Se ha hecho búsqueda bibliográfica en fuentes primarias y secundarias. Utilizamos paquete estadístico SPSS 19.0

**RESULTADOS Y DISCUSIÓN:** En 57 meses ha habido 17 TT en 16 pacientes (uno de ellos ha tenido TT en ambos testes), con una edad comprendida entre 11 y 27 años, 13 fue la edad mas frecuente; 11 izquierdos y 6 derechos. 2 eran Árabes, 1 Asiático, 1 Sudamericano, el resto Caucasianos españoles. Las horas trascurridas desde el inicio hasta la resolución oscilan entre 1,5 a 72 horas.

En 3 gónadas fue necesaria una Orquiectomía urgente por no viabilidad y en otras 3 se hizo Orquiectomía diferida en su evolución; otros 2 presentan atrofia testicular sin dolor. Todos los casos de Orquiectomía, tanto urgentes como diferidas, superaban las 10 horas. Las Urgentes las 12 horas.

**CONCLUSIONES:** Parece evidente que el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología es el factor más importante para la viabilidad del testículo. Realmente es una Urgencia. Ante la alta sospecha se debe hacer una exploración quirúrgica urgente y no debería posponerse al estudio de imagen con Doppler.

Nuestra Área multiplica por 3 la prevalencia de TT y habrá que hacer un estudio más en profundidad que nos permita establecer, si es que las hay, posibles causas. Este junto con otros diagnósticos llama la atención por su alta prevalencia en la zona del Mar Menor siendo imprescindible estudios epidemiológicos para responder a estos hallazgos

## VÍDEOS

### V-1 NEFRECTOMÍA RADICAL MANO-ASISTIDA POR CCR, TROMBO TUMORAL EN VENA RENAL Y VARIANTE ANATÓMICA EN VENA CAVA

---

*Pablo Felipe Gutiérrez Gutiérrez; Pedro López Cubillana; Pedro López Gonzalez; Antonio Prieto González; Harold Luis Martínez Peralta; Gloria Martínez Gómez; Juan Carlos Fernández Garay; Rocío Martínez Muñoz; Guillermo Gómez Gómez*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La nefrectomía laparoscópica (NL) es utilizada frecuentemente para el manejo de masas renales y la nefrectomía laparoscópica mano-asistida (NLMA) se desarrolló como una alternativa a la NL dando la posibilidad al urólogo de utilizar la mano para mejorar la sensación táctil y realizar disección roma, retracción de tejidos y estructuras vecinas.

Ambas NL y NLAM tienen resultados quirúrgicos similares: registros de dolor, requerimiento de analgesia y convalecencia.

Las anomalías en el sistema venoso de la cava son raras. Se ha descrito un doble sistema de Vena cava inferior entre el 0.2-0.3%, caracterizado por la existencia de dos hemi-cavas en la cavidad abdominal.

**OBJETIVO:** Informar acerca de la NLMA de una paciente con carcinoma de células renales (CCR) con trombo tumoral y variante anatómica con dos hemi-cavas.

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Este video muestra una NLMA en una paciente de 71 años hipertensa con cuadro de un mes de hematuria y dolor para-lumbar izquierdo. En las exploraciones complementarias se confirmó la hematuria y como hallazgo se identificó hematuria.

Durante la ecografía se detectó una masa en polo superior del riñón izquierdo que se confirmó mediante el TAC. Además se encontró trombo tumoral a nivel de la vena renal y como hallazgo anatómico relevante para la planeación quirúrgica se identificó una variante anatómica con dos hemi-cavas que se unían a nivel de la vena renal.

Se decidió la realización de NLA y el control vascular se realizó con endo-GIA tri-staple®.

**RESULTADOS:** Realizamos una NLMA después de una exhaustiva disección anatómica. No se presentaron complicaciones mayores y los requerimientos de analgesia fueron mínimos. La paciente requirió la transfusión de dos concentrados de hemáties que corresponde a la clasificación Clavien-Dindo grado II y la paciente fue dada de alta al cuarto día post-operatorio. La anatomía patológica informó de un CCR T3aNXMX con márgenes quirúrgicos libres.

**CONCLUSIONES:** La NLMA es abordaje que se debe considerar en pacientes con CCR y trombo tumoral en vena renal.

### V-2 EXPERIENCIA EN MICRO-URETEROSCOPIA (MICROURS)

---

*Pablo Felipe Gutiérrez G, Jesús Ignacio Tornero R, Mariano Rigabert M, Harold Luis Martínez P, Gloria Martínez G, Juan Carlos Fernández G, Rocío Martínez M, Guillermo Gómez G*

*Hospital Clínica Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** De acuerdo a las guías de la Asociación Europea de Urología la ureteroscopia es el procedimiento indicado para tratar litiasis ureterales distales no subsidiarias de tratamiento expulsivo.

Con la constante mejoría del material para el manejo de litiasis renales se creó el set de micro-perc y dado su pequeño tamaño se ha iniciado su empleo como nueva alternativa para el manejo de litiasis ureterales distales, un procedimiento que se ha denominado micro-urs.

La introducción de la micro-urs podría disminuir la posibilidad de las complicaciones producidas con la ureterorrenoscopia semi-rígida como lesiones a nivel del uréter o el orificio ureteral así como facilitar el acceso ureteral en caso de meatos ureterales poco distensibles donde tampoco la URS flexible puede ser una opción.

**PACIENTE Y MÉTODO:** Paciente de 20 años con cólico nefrítico derecho persistente. En la Rx de Abdomen se observa una imagen sugestiva de litiasis de 8 mm en tercio distal y en la ecografía se evidencia hidronefrosis grado II y la litiasis ureteral distal. Se decide derivación con JJ con lo que mejora el dolor y la hidronefrosis.

El catéter se desciende a las 48 horas y la paciente reinicia con el cólico pero no permite la colocación de nuevo JJ. Se decide la realización de micro-URS utilizando el set de micro-perc con la vaina de 4.8 Ch y fibra de 200 micras.

**RESULTADOS:** La paciente quedó libre de litiasis tras el procedimiento. Se presentó una lesión post-ureteroscópica grado 1 dada por una lesión superficial en la mucosa. No se presentó ninguna complicación mayor, no hubo necesidad de dejar catéter JJ y la paciente fue dada de alta esa misma tarde.

**CONCLUSIONES:** La Micro-URS con la vaina de 4,8 Ch surge como una alternativa que puede disminuir la hipertensión, la bacteriemia y la posibilidad de daño ureteral en el tratamiento de pacientes con litiasis ureterales distales.

### **V-3 NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: UN CASO CLÍNICO**

---

*Vilchez Costas AI, García Escudero D, Samper Mateo P, Molina Hernández O, Torres Roca M, Oñate Celdrán J, Semper Gutiérrez A, Valdevira Nadal P, Morga Egea JP, Jiménez López JM, Andreu García A, Rico Galiano JL, Fontana Compiano LO.*

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

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El carcinoma renal supone el 2-3% de todos los diagnósticos de cáncer.

En las últimas dos décadas, con el desarrollo de las técnicas de imagen, ha aumentado la incidencia de carcinomas renales de menor tamaño y estadio. Ello ha permitido el desarrollo de técnicas conservadoras como la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL).

La NPL fue descrita por primera vez en 1992 (Clayman y cols). Inicialmente se seleccionaron casos muy concretos (tumores pequeños y exofíticos), puesto que las complicaciones eran mayores que en cirugía abierta.

En el momento actual y en manos expertas, la cirugía laparoscópica conservadora es una técnica aceptada con resultados oncológicos muy similares a la nefrectomía parcial abierta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón de 66 años, que acude a consulta por hematuria autolimitada y hallazgo ecográfico de masa sólida en polo superior de riñón derecho.

Se solicita TC abdomino-pélvico que informa de: nódulo sólido hipervascular de 2,5 cm, en polo superior de riñón derecho compatible con tumor renal.

Se realiza nefrectomía parcial laparoscópica:

Tiempo de isquemia: 26 minutos.

Tiempo quirúrgico: 90 minutos.

Tiempo de drenaje: 3 días.

No precisó transfusión de hemoderivados.

Estancia postoperatoria: 4 días.

**RESULTADOS:** Revisión en Consultas Externas pasado un mes de la intervención. El paciente se encuentra asintomático, heridas quirúrgicas en perfecto estado. La anatomía patológica informa de tumor de células claras tipo sólido Grado I de Fuhrman.

**CONCLUSIONES:** La NPL es una opción de tratamiento alternativo a la cirugía abierta en pacientes seleccionados.

Los resultados oncológicos a medio-largo plazo resultan muy similares a los obtenidos en la cirugía conservadora abierta, aportando los beneficios de la mínima invasión quirúrgica.

La técnica quirúrgica en la NPL requiere de destreza en procedimientos laparoscópicos, debiendo ser realizada por manos expertas.

## V-4 NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE URGENCIA POR UNA PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA

---

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

**INTRODUCCIÓN:** La pielonefritis enfisematosa es una infección grave que en el caso de no controlarse médicamente, precisa de una nefrectomía. Generalmente el abordaje es abierto, habiendo sólo un caso publicado de nefrectomía laparoscópica con esta indicación.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 53 años que acude a la urgencia por presentar fiebre + dolor lumbar izquierdo. En TAC se aprecia una litiasis obstructiva junto con gas dentro del riñón. Inicialmente se coloca catéter doble J saliendo material purulento abundante y se inicia tratamiento antibiótico de amplio espectro y monitorización en UCI. El paciente no evoluciona satisfactoriamente con deterioro clínico, analítico y radiológico, por lo que se decide nefrectomía izquierda de urgencia mediante abordaje laparoscópico.

El video muestra cómo en la laparoscopia exploradora se aprecia una esplenomegalia y un efecto masa retroperitoneal. Dada la intensa reacción inflamatoria y adenopática, tras realizar la decolación, se identifica aorta a la altura de su bifurcación y se realiza disección craneal a lo largo de la pared de ésta, hasta identificar 2 arterias renales. La vena se busca y se disecciona a la altura de la cara anterior de la aorta, cerca de su inserción en la vena cava. Finalmente y tras la sección del pedículo, se realiza una liberación del riñón por fuera de la fascia de Gerota.

El paciente mejoró clínica y analíticamente tras la cirugía, abandonando la UCI a los 4 días tras la intervención. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo alta a los 8 días tras el traslado desde UCI. La anatomía patológica de la pieza informó de una necrosis abscesificada de gran parte del riñón.

**CONCLUSIONES:** Aunque es una indicación infrecuente, la nefrectomía en el caso de pielonefritis enfisematosa se puede realizar de forma laparoscópica. Dada la intensa reacción inflamatoria, recomendamos usar la pared de los grandes vasos como planos anatómicos para su disección.

## V-5 TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA. NUESTRA PRIMERA EXPERIENCIA UTILIZANDO SUTURA BARBADA PARA EL CIERRE DEL PARÉNQUIMA RENAL

---

*Ruiz Morcillo, José Carlos. Sánchez Rodríguez, Carlos. Jiménez Parra, José David. Segura Sánchez, Manuel. Bitsunov Bitsunova, Andrei. La Iglesia Cabrerizo, Ramón.*

*Hospital Rafael Méndez. Lorca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La cirugía conservadora renal debería ser la técnica de elección en el caso de tumores renales en Estadío T1 (nivel de evidencia 1b) independientemente de la vía de abordaje. En laparoscopia es fundamental disminuir el tiempo quirúrgico si hay isquemia renal. El objetivo de nuestro vídeo es presentar dos casos en los que se utiliza sutura barbada para el cierre del parénquima renal tras la tumorectomía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de un varón de 41 años y una mujer de 56 años a los cuáles se les diagnosticó incidentalmente de un tumor de 5 x 4cm en polo inferior de riñón izquierdo en el primer caso y de un tumor de aprox. 2 x 2 cm posterolateral en tercio medio de riñón derecho en el segundo. Ninguno había presentado sintomatología urológica. A ambos se les realizó tumorectomía renal por laparoscopia utilizando sutura barbada V-Lock para el cierre del parénquima renal en 1 ó 2 planos.

**RESULTADOS:** La duración de la intervención fue de 3 horas y media en el caso del varón (V) y de 3 horas en la mujer (M). El tiempo de isquemia y sutura fue de 25 (V) y 22 minutos (M) utilizando sutura barbada para el cierre del parénquima renal. La biopsia fue positiva para carcinoma de células claras y los márgenes negativos en ambos casos.

**CONCLUSIÓN:** La tumorectomía renal por laparoscopia es una técnica compleja en la que el tiempo es vital si hay isquemia. En nuestra opinión, la sutura barbada garantiza una buena tensión entre bordes y disminuye el tiempo de sutura.

## V-6 CIRUGÍA DEL CARCINOMA RENAL CON TROMBO TUMORAL EN VENA CAVA –AURÍCULA, A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca

**INTRODUCCIÓN:** Históricamente se ha considerado controvertido el beneficio de la cirugía radical en pacientes con carcinoma renal y presencia de trombosis tumoral de la vena cava. Sin embargo, la trombosis puede presentarse en ausencia de afectación ganglionar o metastásica, en cuyo caso si parece justificada una actitud quirúrgica agresiva con finalidad curativa.

Presentamos nuestra experiencia inicial en el manejo multidisciplinar (Servicios de Cirugía general, Cirugía cardiovascular y Urología) de esta patología a través del abordaje quirúrgico abierto. Se trata de una paciente de 52 años HTA de un año de evolución en control farmacológico, con hipotiroidismo tras hemitiroidectomía derecha por adenoma folicular en 2008 que, en estudio por hematuria monosintomática es diagnosticada de tumor renal derecho con trombosis de la vena renal ipsilateral con afectación de vena cava, con extensión craneal del trombo hasta unos 2 cm de la desembocadura en aurícula derecha.

**PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:** Miniesternotomía, con acceso a mediastino e identificación de grandes vasos. Acceso por vena femoral derecha para entrar en circulación extracorpórea. Tras heparinización se canula e inicia Bypass cardiopulmonar. Apertura de aurícula derecha a corazón latiendo y con aspiradores se vacía la cavidad. Incisión de Chevrón e identificación, disección y movilización del hígado para facilitar la nefrectomía derecha previa referenciación de de venas renales y cava inferior infrarrenal, y cava inferior intratorácica para evitar la migración craneal del trombo. Tras nefrectomía derecha se realiza cavotomía longitudinal para extraer todo el trombo desde AD hasta las venas renales. Cierre de cavotomía. Salida de circulación extracorpórea, control de hemostasia, colocación drenajes y cierre por planos.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de su morbilidad y mortalidad, la nefrectomía radical con trombectomía debería ser llevada a cabo en los casos de carcinoma renal con trombo tumoral, porque es el tratamiento más efectivo y puede ofrecer la posibilidad de control local e incremento de supervivencia.

## V-7 REPARACION DE ANEURISMA DE ARTERIA RENAL MEDIANTE LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR ROBOT

Castillo Cadiz, Octavio, Rodríguez Carlin, Arquimedes, Vidal Mora, Ivar, Silva Waissbluth, Andres, Schatloff Bitran, Oscar, Gutierrez Gutierrez, Felipe

Clinica Indisa. Santiago de Chile - Hospital Clinico Universitario Virgen de la Arrixaca

**INTRODUCCIÓN:** Los aneurismas de la arteria renal (AAR) descritos por primera vez por Poutasse son poco frecuentes con una incidencia entre 0,09% y 0.3%. La incidencia es mayor en mujeres jóvenes e hipertensas. El AAR generalmente compromete una rama de la arteria renal principal y se encuentra calcificado.

Dentro de la sintomatología asociada encontramos la HTA, hematuria y el dolor abdominal o en el flanco aunque también se diagnostican como hallazgo incidental durante la realización de TAC. Las indicaciones de tratamiento incluyen: diámetro >2cm, hipertensión de origen reno-vascular, disección, síntomas localizados, trombosis o mujeres en edad fértil.

No existe consenso acerca del tratamiento pero se dispone de técnicas endovasculares o cirugía abierta o laparoscópica. A pesar del desarrollo de las técnicas endovasculares no se dispone de datos confiables que las comparen con las técnicas quirúrgicas.

**OBJETIVO:** Presentar la reparación de un AAR cirugía de un aneurisma de arteria renal mediante cirugía laparoscópica asistida por robot.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Paciente en decúbito lateral izquierdo, se decola colon derecho y se disecciona el hilio renal. Identificación de la arteria renal principal y su bifurcación. Se observa aneurisma sacular con 3 ramas segmentarias. Se expone completamente el aneurisma identificando todas las ramas arteriales (4), que se referencian con vessel-loop. Se clampa arteria renal principal con bulldog robótico, previa heparinización de la paciente.

Se claman las ramas arteriales que emergen del aneurisma con bulldog plásticos neuro-quirúrgicos. Se realiza resección de la pared aneurismática creando un flap para reconstruir la arteria renal y preservar las segmentarias. Se sutura el flap con material no reabsorbible 5-0 en forma continua.

**RESULTADOS:** Tiempo quirúrgico de 195 minutos, tiempo de isquemia 18.22 minutos y sangrado estimado 200 cc. Se comprobó la perfusión renal con eco doppler y la paciente fue alta a las 48 horas.

Se consigue tratamiento de HTA con medicación única y en TAC de control no se evidencia estenosis ni lesión aneurismática.

**CONCLUSIONES:** La cirugía del aneurisma de arteria renal con el empleo del robot es un procedimiento factible y seguro.

## **V-8 AUTOTRASPLANTE PARA TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR SEVERA. NEFRECTOMÍA Y AUTOTRASPLANTE COMO TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**

---

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

*\*Servicio de Nefrología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

**INTRODUCCIÓN:** La hipertensión arterial (HTA) en adultos jóvenes suele tener su origen en una afectación de la arteria renal conocida como displasia fibromuscular.

El diagnóstico requiere su sospecha, sobre todo ante mujeres jóvenes y/o pacientes con evolución rápida de HTA severa. Es potencialmente curable.

La ecografía-Doppler de arterias renales pareciera la mejor prueba de despistaje. En los casos positivos, la práctica de una arteriografía será diagnóstica, pudiendo ser además terapéutica cuando la angioplastia con balón sea posible. En los casos en los que falle, podrá plantearse cirugía.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón de 17 años que debuta con HTA severa con mal control, a pesar del empleo de 3 fármacos. Durante el estudio de la HTA, se solicita arteriografía de arterias renales y angioTC, evidenciándose: "asimetría renal con aumento del derecho acompañado de estenosis de origen de arteria renal izquierda". Se intenta hasta en tres ocasiones la angioplastia con balón, persistiendo una estenosis residual de casi el 30 % con malos resultados. De este modo, se decide de forma conjunta entre los servicios de Nefrología y Urología la realización de nefrectomía izquierda laparoscópica manoasistida y autotrasplante en fosa ilíaca izquierda.

**RESULTADOS:** El tiempo quirúrgico fue de 260 minutos. En el banco fue preciso realizar sutura en cañón de escopeta de la doble vena renal izquierda.

El paciente no precisó transfusión de hemoderivados.

Fue alta al 5º día postoperatorio, con función renal normal y normalización de cifras tensionales sin la toma de fármacos antihipertensivos.

En las visitas de control se mantiene asintomático y normotenso.

**CONCLUSIÓN:** Aunque la angioplastia con balón es la técnica de elección en los casos de HTA renovascular secundaria a displasia fibromuscular, cuando esta falla, podemos plantear la cirugía como tratamiento resolutivo.

## **V-9 ECTOPIA RENAL PÉLVICA OBSTRUCTIVA**

---

*Martínez Gómez, G.; Tornero Ruíz, J. I.; Prieto González, A.; Gómez Gómez, G.*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** La ectopia renal puede definirse como un fallo en el proceso de ascenso renal, ya sea por exceso o por defecto.

Si durante la embriogénesis se produce un fallo en el normal desarrollo del riñón fetal pueden producirse anomalías renales, tanto de posición como de rotación, lo que puede implicar al sistema urinario contralateral, produciendo patología como infecciones urinarias de repetición, dolor abdominal, hematuria, etc.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Presentamos a un varón de 18 años remitido a nuestro servicio tras hallazgo incidental de riñón ectópico en ecografía solicitada por molestias abdominales.

Acude a consulta con DMSA y renograma en el que se encuentra: ectopia pelviana izquierda con curva renográfica compatible con la normalidad, riñón derecho con hidronefrosis y dilatación ureteral en todo su trayecto, lo que tradu-

ce uropatía obstructiva parcial que no mejora con furosemida. En UIV, parece que el uréter derecho se ve comprimido de forma extrínseca.

Durante el seguimiento, se aprecia evolución a uropatía obstructiva completa en renograma, por lo que se propone cirugía para liberación del uréter derecho.

Se realiza por laparoscopia liberación ureteral derecha desde pelvis hasta su inserción en vejiga, fijando uréter previo paso de catéter doble J. No precisó colocación de drenaje.

**RESULTADOS:** El tiempo quirúrgico fue de 100 minutos. No precisó transfusión de hemoconcentrados. El paciente evolucionó favorablemente, siendo alta al 2º día postoperatorio con correcta función renal.

Se retiró catéter doble J al mes.

**CONCLUSIONES:** La ectopia renal es una anomalía de la posición renal que puede no condicionar alteraciones asociadas.

En aquellos casos como este, en el que se produzca una compresión extrínseca de la vía urinaria contralateral, la liberación laparoscópica del mismo es una opción segura y eficaz.

## **V-10 MANEJO ENDOSCÓPICO DE COMPLICACIONES POR ROTURA DE MATERIAL**

---

*Rivero Guerra, A.; Rosino Sánchez, A.; Reina Alcaina, L.; Carrillo George, C.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Pietrícica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.*

*Hospital José María Morales Meseguer, Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Aunque es infrecuente, de forma esporádica se producen complicaciones durante las cirugías por rotura o mal funcionamiento del material quirúrgico.

Mostramos un vídeo en el que se realiza manejo endoscópico de una de estas complicaciones.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Presentamos el caso de un varón de 61 años con neoplasia vesical extensa. Se interviene de manera programada de resección transuretral de vejiga. Durante la resección se produce un empeoramiento súbito de la calidad de la visión. Al retirar el resector se aprecia el desprendimiento completo de la punta aislante cerámica de la vaina interna del mismo, que se visualiza intacta dentro de la vejiga en la cistoscopia.

**RESULTADOS:** Inicialmente, se realizan varios intentos de extracción de la punta cerámica con pinza de cuerpo extraño y cesta de nitinol (Ngage®), que resultan infructuosos dado el tamaño y la rigidez del material. Con cierta dificultad dada la dureza del material, se realiza corte longitudinal de la punta cerámica de la vaina interna del resector, con fibra de láser de Holmium de 940 nm, con energía a 1 J y frecuencia de 10 impulsos/segundo, consiguiendo su división en dos fragmentos. Se extraen los fragmentos con cesta de nitinol (Ngage®), por la presencia de aristas. Se objetiva ausencia de fragmentos cerámicos en la revisión endoscópica posterior.

**CONCLUSIONES:** El láser de Holmium permite el manejo endoscópico de determinadas complicaciones secundarias a rotura de material evitando de esa manera la realización de cistostomías.

## **V-11 ESTENOSIS URETERAL SECUNDARIO A URÉTER RETROCAVO EN PACIENTE MORNORRENO FUNCIONAL: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO**

---

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía. \*Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

**INTRODUCCIÓN:** El uréter retrocavo es una anomalía urológica poco frecuente (1/1000 recién nacidos vivos). Consiste en el paso anómalo del uréter posteriormente a la vena cava inferior.

Se cree que se debe a una formación anómala de la vena cava inferior y no a una alteración en el desarrollo embrionario ureteral.

Cursa con un cuadro de uropatía obstructiva generalmente asintomática que puede generar sufrimiento y pérdida renal.

Actualmente el abordaje laparoscópico para la corrección del cuadro está sustituyendo a la cirugía clásica.

**CASO CLÍNICO:** Paciente varón de 51 años valorado en urgencias por cuadro compatible con cólico renoureteral derecho que asocia fracaso renal agudo. En radiografía simple de abdomen se objetiva litiasis en trayecto teórico ureteral derecho con hidronefrosis grado III derecha y atrofia renal izquierda en ecografía.

Se coloca catéter doble J derecho para resolución de la fase aguda y posteriormente se realiza ureterorenoscopia derecha con litofragmentación.

Se estudia la vía urinaria con Urografía-TC, gammagrafía renal y renograma: monorreno derecho con presencia de uréter retrocavo, función renal diferencial de 77% y curva patológica obstructiva.

Se realiza ureterolisis con resección completa del uréter retrocavo y transposición ureteral por vía laparoscópica. Además se objetiva implante anómalo del uréter en la pelvis renal, realizándose pieloplastia laparoscópica.

Tiempo quirúrgico: 120 min.

Tiempo de drenaje: 24 horas.

Estancia hospitalaria: 72 horas.

UIV de control: leve ectasia residual con captación y eliminación de contraste dentro de la normalidad.

**PECULIARIDADES DEL CASO:** Paciente monorreno. Hallazgos quirúrgicos: uréter retrocavo e inserción anómala del mismo en la pelvis.

**CONCLUSIÓN:** Entidad rara que cursa con cuadro de uropatía obstructiva de grado variable.

Un tratamiento oportuno y precoz repercutirá en la función renal y en la calidad de vida del paciente.

La cirugía laparoscópica se ha convertido en la opción más adecuada para el manejo de esta entidad.

## **V-12 TRASTORNO EN EL VACIADO DEL TRACTO URINARIO INFERIOR SECUNDARIO A DIVERTICULO VESICAL: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO**

*García Escudero D, Samper Mateo P, Vilchez Costas AI, Molina Hernández O, Sempere Gutiérrez A, Oñate Celdrán J, Torres Roca M, Valdevira Nadal P, Morga Egea JP, Andreu García A, Jiménez Lopéz JM, Rico Galiano JL, Fontana Compiano LO.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** Los divertículos vesicales pueden ser congénitos o adquiridos. Los primeros incluyen todas las capas de la vejiga, mientras que en los adquiridos se produce herniación de la mucosa a través de la capa muscular vesical (pseudodivertículo). La gran mayoría de los divertículos son adquiridos y son secundarios a la obstrucción del tracto urinario inferior (TUI).

Clínicamente puede cursar con ITUs de repetición, disuria y residuo postmiccional elevado.

El tratamiento se compone de dos partes: exéresis de los divertículos sintomáticos y resolución de la causa obstructiva.

El abordaje laparoscópico de los mismos es actualmente el tratamiento de elección, sustituyendo a la cirugía abierta clásica.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 80 años intervenido en 2009 de RTU de próstata (HBP) con estenosis de uretra que sufre episodio de RAO y precisa sonda vesical permanente.

En cistouretrografía retrógrada se objetiva gran divertículo vesical con importante volumen postmiccional.

Se realiza estudio urodinámico que objetiva detrusor hipoactivo, con residuo elevado, estableciendo el divertículo vesical como posible causa del mismo.

Se realiza diverticulectomía vesical por vía laparoscópica con evaluación endoscópica previa y colocando catéter doble J izquierdo por estar íntimamente relacionado con el orificio ureteral izquierdo.

El paciente fue alta al 2º día postoperatorio con catéter doble J.

Tiempo quirúrgico endoscópico: 20 min.

Tiempo quirúrgico laparoscópico: 100 min.

Drenaje: 24 horas.

Tiempo de doble J y sonda vesical: 3 semanas.

Estancia hospitalaria: 72 horas.

En cistografía de control no se objetiva resto de divertículos y el paciente permanece asintomático con buena dinámica miccional.

**CONCLUSIONES:** El divertículo vesical adquirido es una alteración vesical secundaria en la mayoría de los casos a una obstrucción del TUI.

Es fundamental establecer la causa que los genera y su tratamiento.

En los casos sintomáticos, el tratamiento quirúrgico laparoscópico es una alternativa segura a la cirugía clásica.

## **V-13 TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE CON PARCHES PORCINO DE INTESTINO DELGADO Y COLOCACIÓN SIMULTÁNEA DE PRÓTESIS DE PENE**

---

*Samper Mateo P., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutiérrez A., Andreu García A., Jiménez López J.M., Morga Egea J.P., Valdevira Nadal P., Rico Galiano J.L., Fontana Campiano L.O.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía*

**INTRODUCCIÓN:** La enfermedad de Peyronie (aparición de fibrosis sobre la túnica albugínea de forma adquirida) presenta una prevalencia variable (0.5-20.3%), generalmente subestimada. Presenta 2 fases: activa con dolor o disconfort con las erecciones; estable, clínicamente igual al menos 3 meses. Sus consecuencias varían desde la incurvación del pene, sin repercusión funcional, hasta la disfunción eréctil. Los resultados del tratamiento conservador, sólo útil en la fase precoz, no están totalmente definidos. La mayoría de casos precisan intervención quirúrgica, en sus diferentes técnicas.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 55 años que consulta por disfunción eréctil secundaria a incurvación peneana y erección dolorosa.

AP: no alergias conocidas. HTA, DLP. Exfumador. SAOS. Hipercalciuria renal y cólicos nefríticos de repetición. Inter-venido de tiroidectomía y circuncisión.

EF: incurvación dorsal, >40°. Placa indurada en región dorsal y proximal del pene. Induración menor en área subcoronal dorsal.

Se indica revisión en 3 meses tras cese de dolor.

2º visita: ausencia de dolor. Se provoca erección mediante inyección intracavernosa bilateral de Alprostadil (Caverject®) objetivándose incurvación y flacidez en glande y extremo distal.

Ante los hallazgos indicamos corrección quirúrgica de la patología. Se realiza el 24/11/2015.

**TÉCNICA QUIRÚRGICA:** Resección de placa fibrosa y sustitución por parche heterólogo de submucosa de intestino delgado porcino (SIS-Kook®)

Colocación de prótesis de pene AMS Ambicor.

Postoperatorio favorable: alta al quinto día postoperatorio.

Anatomía patológica: Tejido fibroso con depósitos cálcicos y focos de metaplasia ósea madura.

Primera revisión (Diciembre 2015): herida con buen aspecto, sin complicaciones.

**CONCLUSIONES:** Nuestra técnica surge como una alternativa en casos severos, obteniendo resultados favorables. La colocación simultánea de la prótesis de pene debe contemplarse en casos seleccionados, resolviendo de éste modo el cuadro clínico completo.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad de Peyronie, disfunción eréctil, parches heterólogos, prótesis de pene, metaplasia ósea.

## **V-14 MEATO-URETROPLASTIA PENEANA UTILIZANDO INJERTO DE MUCOSA BUCAL. PRIMER TIEMPO**

---

*Ruiz Morcillo, José Carlos. Sánchez Rodríguez, Carlos. Segura Sánchez, Manuel. Jiménez Parra, José David. Bitsunov Bitsunova, Andrei. La Iglesia Cabrerizo, Ramón.*

*Hospital Rafael Méndez. Lorca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las estenosis de meato y fosa navicular son hallazgo común en hombres asintomáticos y cuando se hacen sintomáticas suelen existir una uretra proximal sana. La etiología de esta patología puede ser congénita, infecciosa (7%), traumática (2%), por instrumentación (9%) o por liquen escleroso (42%) pero en muchos

de los casos la etiología es desconocida (hasta un 33%). El objetivo de nuestro vídeo es presentar el primer tiempo de una meato/uretroplastia peneana utilizando injerto de mucosa bucal para corregir un estenosis severa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de un varón de 35 años de origen marroquí atendido en servicio de urgencias por síndrome miccional e intensa dificultad para inicio de micción. Se objetivó estenosis severa de meato/fosa navicular sin signos de liquen escleroso que fue imposible sobrepasar. Tras colocación de catéter suprapúbico y completar estudio con uretrografía se indicó corrección quirúrgica de la estenosis mediante uretroplastia con injerto de mucosa bucal en dos tiempos.

**RESULTADOS:** La duración de la intervención fue de 2 horas y 35 minutos. Se realizó intubación nasotraqueal para facilitar la extracción de un injerto de mucosa bucal de aproximadamente 5 cm de largo por 2,5cm de ancho. Se dejó sonda vesical de silicona 16Ch y vendaje compresivo + inmovilización en cama durante 72 horas.

**CONCLUSIONES:** La uretroplastia con mucosa bucal en dos tiempos puede ser una buena opción para la reparación de estenosis severas de meato y fosa navicular de etiología infecciosa o por liquen escleroso en las que no es posible lograr un calibre adecuado para llevar a cabo técnicas quirúrgicas en 1 tiempo.

## V-15 MEATO-URETROPLASTIA PENEANA UTILIZANDO INJERTO DE MUCOSA BUCAL EN POSICIÓN INLAY PARA CORRECCIÓN DE ESTENOSIS SECUNDARIA A LIQUEN ESCLEROSO

---

*Ruiz Morcillo, José Carlos. Jiménez Parra, José David. Segura Sánchez, Manuel. Berrio Campos, Raquel. Sánchez Rodríguez, Carlos. Bitsunov Bitsunova, Andrei. La Iglesia Cabrerizo, Ramón*

*Hospital Rafael Méndez. Lorca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Encontrar estenosis de meato y fosa navicular es común en hombres asintomáticos y cuando son sintomáticas suelen coexisten con uretra proximal sana. La etiología de puede ser congénita, infecciosa (7%), traumática (2%), por instrumentación (9%) o por liquen escleroso (42%) pero en muchos de los casos la etiología es desconocida (hasta un 33%). El objetivo de este vídeo es presentar la corrección de una estenosis de meato en 1 tiempo utilizando injerto de mucosa bucal en posición inlay.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de un varón de 71 años seguido en consulta de urología para dilataciones periódicas de estenosis de meato secundaria a liquen escleroso. En la uretrografía se evidenció afectación del resto de la uretra proximal que se presenta arrosariada pero con buen paso de contraste. El paciente demanda tratamiento definitivo y dado que presenta buenos resultados funcionales tras las dilataciones se le ofrece la realización de una uretroplastia en 1 tiempo siguiendo los principios de la técnicas de Snod-Graft y ASOPA.

**RESULTADOS:** La duración de la intervención fue de 3 horas. Se realizó intubación orotraqueal y se extrajo injerto de mucosa bucal de aproximadamente 6 cm de largo por 2 cm de ancho. Se dejó sonda vesical de silicona 16Ch y vendaje compresivo + Inmovilización en cama durante 72 horas.

**CONCLUSIONES:** La uretroplastia con mucosa bucal en 1 tiempo puede ser una buena opción para la reparación de estenosis severas de meato y fosa navicular siempre y cuando se logre un calibre adecuado para la tubularización de la neouretra.

## PÓSTER

### P-1 SINDROME DEL CASCANUECES: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

---

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**INTRODUCCION:** El síndrome del cascanueces (SCN) a pesar de ser descrito en 1937 recibió su nombre en 1972 y define el atrapamiento de la vena renal izquierda (VRI) a nivel de la pinza formada por la aorta (AA) y la arteria mesentérica superior (AMS).

La anatomía no siempre se relaciona con la clínica. Se han descrito 3 tipos según la anatomía: 1. Anterior (AA-AMS), 2. Posterior (AA – Pared Vertebral) y 3. Antero-Posterior (con VRI circunferencial). Su prevalencia es desconocida y a pesar de haberse descrito en varios grupos de edad se afectan en su mayoría mujeres entre 20 y 30 años.

La clínica consiste en hematuria y dolor tipo cólico izquierdo. Su diagnóstico es complejo y se realiza con angiotac o RNM valorando el ángulo aorto-mesentérico y la presencia de várices pélvicas. Con relación al tratamiento se han descrito la observación, la colocación de prótesis internas o externas, la nefropexia con ligadura de varices pélvicas, la trasposición de la vena renal y finalmente la nefrectomía.

**OBJETIVO:** Describir el diagnóstico y tratamiento de una paciente con hematuria y cólico nefrítico secundarios a el síndrome de cascanueces.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Paciente mujer de 21 años con cuadro de dolor paralumbar izquierdo de 1 año de evolución con microhematuria y diagnósticos de repetición de I.T.U y cólico nefrítico izquierdo. Recibió múltiples tratamientos con antibiótico y analgesia. Dentro de su estudio diagnóstico se realizó ecografía de vías urinarias informada como normal. Ante la persistencia de dolor se indicó ecografía doppler y TAC abdomino - pélvico simple que fueron normales.

Se realizó TAC abdomino - pélvico con contraste observando várices ováricas izquierdas y se describe el ángulo aorto-mesentérico menor de 30°. Ante la sospecha de SCN se indica angiotac en el que se observa hipertensión venosa renal izquierda por SCN.

En marzo de 2015 se realiza colocación de endoprótesis a nivel de VRI con prótesis Zilver Vena®

**RESULTADOS:** Tras la colocación de la endoprótesis la paciente presenta mejoría clínica, permaneciendo asintomática tras 6 meses de observación.

**CONCLUSIONES:** El SCN es una patología infra-diagnosticada de difícil estudio y manejo por la falta de sospecha diagnóstica. La colocación de endoprótesis a nivel de la VRI es una opción eficaz para su tratamiento.

## **P-2 EMBOLIZACION PROSTATICA: UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE HBP**

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** La embolización de la arteria prostática (EAP) involucra la introducción de micro-partículas en la arteria mediante un abordaje trans-femoral produciendo una isquemia con necrosis y disminución del tamaño prostático. En principio se definió su indicación en el caso de hematurias secundarias a sangrado de origen prostático.

DeMeritt informó de la disminución de entre 52%-62% del volumen prostático de un paciente sometido a embolización por hematuria tras un seguimiento de 5-12 meses. En 2010 Carnevale y cols. describieron 2 casos exitosos de pacientes sometidos a EAP bilateral y unilateral, tras retención aguda de orina (RAO), con reducción del tamaño prostático del 47.8% y 27.8% respectivamente. La serie más grande no randomizada describe 255 pacientes con resultados exitosos en casi todos los pacientes tras seguimiento entre 1-36 meses.

Se realiza angiotac pélvico para valorar que el paciente es subsidiario de la embolización y que puede realizarse cateterismo supraselectivo. En caso de no hacerse supra-selectivo podría presentarse proctitis o necrosis de pared vesical.

La mejoría clínica no es predecible y hasta un 15% de los pacientes tendrán pobres resultados. La escasa correlación entre volumen y mejoría clínica sugiere la contribución de otros mecanismos en el proceso obstructivo. Recientemente se comparó con la resección transuretral de próstata (RTUP) sin obtener diferencias estadísticamente significativas en IPSS, calidad de vida y residuo post-miccional (RPM) sin embargo la reducción del PSA y el volumen prostático fue mayor con la RTUP que a su vez presentó menos complicaciones en relación con RAO, o sd. Post embolización.

**OBJETIVO:** Describir el procedimiento y resultado de la EAP en un paciente con sonda permanente y RAO secundaria, no subsidiario de cirugía por alto riesgo quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Paciente de 84 años con antecedente de cardiopatía isquémica con enfermedad severa de 1 vaso, aneurisma de aorta infrarrenal e iliaca derecha, sometido a gastrectomía subtotal por adenocarcinoma de estómago.

Presenta RAO en postoperatorio de gastrectomía, tras 2 intentos de retirada de la sonda se decide dejar sonda permanente. Volumetría prostática: 70 cc por lo que se plantea cirugía desobstructiva. Valorado por anestesia: ASA IV; dado el alto riesgo quirúrgico se decide plantear EAP. El paciente acepta el procedimiento y firma Consentimiento Informado.

Previo al procedimiento al paciente se le realiza angiotac con valoración de la anatomía arterial prostática y pélvica. No se identifican variantes anatómicas ni motivo que contraindique la embolización.

Se realiza abordaje femoral, cateterismo selectivo de arterias hipogástricas y supra-selectivo de la arteria prostática izquierda que se emboliza con Embozene® 250 mcr. La arteria prostática derecha se emboliza con Embozene® 250 en segundo tiempo por dificultades técnicas previas.

**RESULTADOS:** Tras 1 mes se retira la sonda vesical. El paciente presenta micción espontánea.

La volumetría prostática del paciente es menor y el paciente tiene RPM no significativo.

**CONCLUSIONES:** La embolización de la arteria prostática es un procedimiento y tratamiento para la HBP que aún se considera experimental pero es una alternativa en pacientes con HBP portadores de sonda permanente y que tienen alto riesgo quirúrgico o desestiman la cirugía y desean la retirada de la sonda.

### **P-3 PIELITIS INCRUSTANTE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR CORYNEBACTERIUM UREALYTICUM: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**

*Raúl Montoya Chinchilla, Raquel Berrio Campos, Almudena Carril Fernández, Álvaro Caballero González, Almudena Rodríguez Tardido, Max Cachay Ayala, Carlos García Espona, Juan Moreno*

*Servicio de Urología del Hospital Santa Lucía, Cartagena.*

**INTRODUCCIÓN:** La pielitis incrustante es una enfermedad infecciosa caracterizada por incrustaciones litiásicas uroteliales causada con mayor frecuencia por *Corynebacterium urealyticum*, bacilo G+ aerobio, con capacidad de desdoblarse urea. El cuadro histopatológico se caracteriza por la presencia de una mucosa ulcero-necrótica, con cristales de estruvita incrustados en un corión edematoso, congestivo y con infiltrados de polimorfonucleares.

El manejo de esta enfermedad supone un reto para el urólogo tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Exponemos un caso presentado en el Área 2 de la Región de Murcia

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 75 años que presenta hematoma lobar temporal izquierdo en 2013, asociando como secuela epilepsia sintomática. En seguimiento por Medicina Interna por plaquetopenia y leucopenia secundaria a posible toxicidad por valproato.

En seguimiento por urología por STUI obstructivos severos (sin dilatación de vía excretora y sin nefrolitiasis), precisa de derivación con sonda vesical por RAO y varios ingresos por sepsis urinaria desde la colocación de la misma. En febrero de 2014, tras 5 meses de SV, se realiza RTU prostática y apertura de divertículo vesical. Durante el ingreso es estudiado por empeoramiento analítico (pancitopenia severa) y es diagnosticado de Síndrome mielodisplásico mediante punción de médula ósea, por lo que inicia tratamiento con Epoetina zeta y Filgastrim (estimuladores de eritrocitos y neutrófilos).

A los 4 meses de la RTU, el paciente ingresa por nueva sepsis urinaria grave asociando IRA con Cr 6.71 mg/dl, pH urinario de 8,5 y abundante bacteriuria. Es diagnosticado de hidronefrosis bilateral grado 3 secundaria a uropatía litiásica bilateral a nivel de ambos uréteres proximales asociando varias nefrolitiasis que se resuelve lentamente tras la colocación de nefrostomía bilateral. Durante el ingreso se realizan diferentes urocultivos que son negativos para uro-patógenos habituales (incluido BAAR).

Tras la sospecha de pielitis incrustante secundaria a *Corynebacterium urealyticum*, se solicita nuevo urocultivo en medio Agar sangre con incubación a 35°C–37°C con 10% CO<sub>2</sub>, demostrándose infección por dicha bacteria.

Se inicia entonces triple tratamiento mediante doxiciclina, ácido acetohidroxámico e irrigación de solución Suby G. Para la misma, se decide colocar catéter doble J bilateral, manteniendo las nefrostomías, para evitar aumento de presión intrarrenal y un adecuado drenaje de la irrigación.

Tras 8 meses de tratamiento y múltiples ingresos por ITUs por *Klebsiella pneumoniae* BLEE, se evidencia una clara disminución de la masa litiásica renal, desaparición de las litiasis ureterales y normalización de pH urinario, por lo que se intenta URSC bilateral para extracción de masa litiásica renal residual. Dicho procedimiento no puede realizarse por una severa pancitopenia, de manejo cada vez más difícil (leucopenia 1730/ml, plaquetopenia 15000/ml). Tras 11 meses de tratamiento continuado de triple terapia, el paciente fallece en domicilio por cuadro de sepsis urinaria.

**CONCLUSIÓN:** La triple terapia: erradicación bacteriana, inhibición de la ureasa y acidificación urinaria, resulta ser de gran utilidad para el manejo de la pielitis incrustante secundaria a *Corynebacterium urealyticum*.

El tratamiento continuo precisa de un manejo domiciliario y conocimiento de la patología de base por parte del paciente y familiares, pero creemos que, asociado a un buen estado del paciente y al uso de otras técnicas litotriptoras, podría llegar a conseguir un estado libre de litiasis.

## **P-4 ESQUISTOSOMIASIS VESICAL. VISIÓN ENDOSCÓPICA**

---

*Jiménez Parra JD, Ruiz Morcillo JC, Segura Sánchez M, Sánchez Rodríguez C, Bitsunov Bitsunova A, Mesa del Castillo Bermejo P\*, La Iglesia Cabrerizo R.*

*Hospital Rafael Méndez, Lorca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia\*.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La esquistosomiasis vesical resulta una patología infrecuente en nuestro medio, no obstante en países en vías de desarrollo sobre todo del continente Africano y Oriente medio supone un importante problema de salud pública. Presentamos un nuevo caso, con imágenes endoscópicas de las lesiones típicas en diferentes estadios evolutivos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Varón de 27 años natural de Mali que acude a urgencias por cuadro de urgencia, frecuencia y disuria junto con hematuria macroscópica de varios días de evolución. Refería episodios de orina sonrosada de forma intermitente los meses previos. La exploración genital y abdominal no reveló alteraciones significativas. Se realizó una ecografía en la que se evidenció importante irregularidad vesical con lesiones excrecentes altamente sugestivas de neoplasia. Se realiza cistoscopia evidenciando áreas sobreelevadas de aspecto sólido junto con lesiones amarillentas de pequeño tamaño y zonas eritematosas con tendencia al sangrado. Ante la sospecha de probable tumor vesical se programa una resección transuretral con resultado anatomopatológico compatible con esquistosomiasis vesical. De forma posterior inicia tratamiento con Praciquantel.

**RESULTADOS:** Actualmente, tras tres años de seguimiento, se encuentra sin clínica miccional significativa y sin hematuria. No ha presentado recidiva de sus lesiones vesicales o complicaciones secundarias a su proceso infeccioso.

**CONCLUSIONES:** La esquistosomiasis vesical en una patología muy infrecuente en nuestro medio, no obstante, los fenómenos migratorios hacen que debamos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de un paciente con síntomas del tracto urinario inferior y/o hematuria que proceda o haya viajado a zonas endémicas.

## **P-5 CUERPOS EXTRAÑOS EN UROLOGÍA**

---

*Jiménez Parra JD, Ruiz Morcillo JC, Segura Sánchez M, Sánchez Rodríguez C, Bitsunov Bitsunova A, Mesa del Castillo Bermejo P\*, La Iglesia Cabrerizo R.*

*Hospital Rafael Méndez, Lorca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia\*.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Durante el ejercicio de nuestra profesión, en ocasiones nos encontramos con casos llamativos, a menudo relacionados con la presencia de cuerpos extraños. Presentamos cuatro casos observados durante los últimos seis años.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El caso clínico número 1 corresponde a una paciente diagnosticada de demencia tipo Alzheimer que se introdujo una vela a través de la uretra, precisando una cistoscopia para su extracción. El caso clínico número 2 corresponde a un paciente que se inyectó silicona semilíquida a nivel uretral, solidificándose de forma posterior. Los casos número 3 y 4 corresponden a cuerpos extraños a nivel de pene que precisaron extirpación, por dolor con las relaciones sexuales tanto del propio paciente como de sus parejas.

**RESULTADOS:** En todos los casos se realizó una exéresis completa del material extraño, con mejoría clínica posterior.

**CONCLUSIONES:** Los cuerpos extraños a nivel peneano o uretral pueden ser secundarios a accidentes o responder a una patología psiquiátrica subyacente. En la mayoría de ocasiones suelen tener motivaciones sexuales. En general no suponen una patología grave, no obstante, en algunos casos como la colocación de anillos metálicos o inyección de ciertas sustancias (parafina o silicona líquida) pueden originar lesiones uretrales significativas e incluso amputación peneana.

## **P-6 ANGIOMIOLIPOMA RENAL GIGANTE EN PACIENTE CON ESCLEROSIS TUBEROSA**

---

*Jiménez Parra JD, Segura Sánchez M, Ruiz Morcillo JC, Sánchez Rodríguez C, Bitsunov Bitsunova A, Lorente Sánchez MJ\*, La Iglesia Cabrerizo R.*

*Hospital Rafael Méndez, Lorca. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca Murcia\*.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los angiomiolipomas son tumores benignos infrecuentes constituidos por tejido adiposo maduro, músculo liso y vasos sanguíneos irregulares en proporciones variables. Suponen aproximadamente el 3% de los tumores renales sólidos. La esclerosis tuberosa es una patología neurocutánea, autosómica dominante, con presentación de múltiples hamartomas a distintos niveles. En esta entidad, la afección renal más frecuente es el angiomiolipoma. Presentamos un caso de angiomiolipoma renal gigante en paciente con esclerosis tuberosa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 64 años, con antecedentes de esclerosis tuberosa, monorrena derecha e insuficiencia renal crónica. Acude a urgencias de nuestro hospital por dolor a nivel de hemiabdomen derecho de 24 horas de evolución, progresivamente en aumento, acompañado de náuseas y vómitos. En la exploración se evidencia gran masa abdominal, fija, discretamente dolorosa a la palpación. Ante el hallazgo se decide realización de una ecografía y TAC abdomino-pelvico urgente donde observamos una gran masa sólida de 15 x 16 x 24,2 cm, sugestiva de angiomiolipoma (AML) y hematoma secundario a pequeño sangrado del mismo. Durante el ingreso presenta persistencia de dolor y anemia (Hb de 7,7g/dl) por lo que dada la clínica del paciente y las altas posibilidades de sangrado espontáneo significativo, se decide intervención quirúrgica.

**RESULTADOS:** Se realiza extirpación completa y en bloque de la masa tumoral, con un peso aproximado de 3 Kg. La paciente presenta una evolución postoperatoria satisfactoria.

**CONCLUSIONES:** Los AML son tumores benignos frecuentemente asociados con la esclerosis tuberosa. El principal riesgo de éstos radica en un potencial sangrado retroperitoneal espontáneo, en relación sobre todo con el tamaño tumoral. Existen diferentes opciones de tratamiento: conservador, embolización selectiva, utilización de agentes inmunomoduladores o la extirpación quirúrgica, como en nuestro caso.

## **P-7 NEUROMODULACIÓN DE RAÍCES SACRAS. ¿CUÁNDO, CÓMO, POR QUÉ?**

---

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

*Hospital General Universitario José María Morales Meseguer.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La neuromodulación de raíces sacras (S3) es utilizada en pacientes con disfunción miccional crónica, especialmente incontinencia urinaria de urgencia (IUU) refractaria a tratamientos previos.

**OBJETIVO:** Describir las características de nuestra serie, indicaciones, resultados urodinámicos y momento de su instauración.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realiza un análisis descriptivo y retrospectivo de una serie de 7 pacientes con IUU refractaria a tratamiento farmacológico oral y/o inyecciones vesicales de toxina botulínica en las que se ha implantado dispositivo de neuromodulación de raíces sacras entre 2012 y 2015.

Los datos son analizados mediante SPSS 20.

**RESULTADOS:** Todos los dispositivos fueron implantados en mujeres. La edad media de las pacientes fue de 53,81 años (34-78) con IMC medio de 27,1 kg/m<sup>2</sup>. El número de anticolinérgicos diferentes utilizados fue de 2,33 (1-3). Se había administrado toxina botulínica previamente en 6 de las pacientes.

El descenso de ICIQ-SF medio fue de 18 a 3 puntos y en el número de absorbentes de 3,3 a 0,3 pads.

La presión media de las contracciones no inhibidas previo a la neuromodulación fue de 50,15 cmH<sub>2</sub>O (15-110 cmH<sub>2</sub>O) con descenso posterior de las mismas tanto en frecuencia e intensidad de las ondas en 6 de las pacientes. La máxima capacidad vesical aumentó de media desde 168ml (82-196ml) a 273 ml (215-301ml).

No se objetivó complicaciones asociadas al procedimiento salvo un caso con infección crónica en la que fue necesaria la retirada del dispositivo y otro caso con dolor local en la zona de la batería en la que fue necesario su reposicionamiento.

**CONCLUSIONES:** En nuestra corta experiencia, la neuromodulación de raíces sacras (S3) es una opción terapéutica válida en pacientes con IUU refractaria a tratamiento farmacológico.

## **P-8 PARAFINOMA PENEANO: UN CASO CLÍNICO**

---

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

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

**INTRODUCCIÓN:** El parafinoma peneano es el producto de la inyección subcutánea o intrauretral de aceites minerales que contienen hidrocarburos de cadena recta tipo parafina, vaselina, etc. Las sustancias mencionadas no se metabolizan y generan una reacción inflamatoria de tipo granulomatosa que dan lugar al aspecto microscópico y macroscópico de esta entidad.

**OBJETIVO:** Presentamos el caso de un parafinoma peneano que acude a Urgencias del HGURS.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de un caso clínico y revisión de lo publicado en la literatura.

Varón búlgaro de 29 años que acude por aumento doloroso del tamaño y consistencia del pene, asociado a dificultad para la micción, en relación a inyección subcutánea de vaselina tres años antes.

**RESULTADOS:** Tras realizar anamnesis y exploración física se diagnostica al paciente de parafinoma peneano. A la exploración, se evidencia un pene aumentado de tamaño, de consistencia elástica con numerosos bultomas, así como cicatriz longitudinal por autolesión. Se propone al paciente para escisión de parafinoma y reconstrucción con flap escrotal en dos tiempos.

**CONCLUSIONES:** La inyección subcutánea o intrauretral de hidrocarburos similares a la parafina con el fin de aumentar el tamaño peneano, es una práctica relativamente frecuente en países de Europa del Este y Asia.

La inmigración ha permitido la llegada a nuestro entorno de algunos casos.

Clínicamente se manifiesta como: deformidad peneana, erección dolorosa e incluso imposibilidad para mantener relaciones sexuales o dificultad para la micción.

El tratamiento de elección continúa siendo la cirugía.

## **P-9 HEMOPTISIS Y DOLOR PLEURÍTICO: DÉBUT DE UN CORIOCARCINOMA TESTICULAR**

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

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

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El coriocarcinoma es un tumor de células germinales no seminomatoso de alta agresividad. Puede presentarse como patrón puro o en asociación con otros patrones de células germinales dando lugar a tumores mixtos. Las neoplasias de patrón puro, constituyen un tipo histológico bastante infrecuente (<1% de los tumores testiculares). Con frecuencia debutan con síntomas relacionados con la diseminación metastásica, siendo tardía o incluso ausente la aparición de una masa testicular.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de un caso clínico y revisión de lo publicado en la literatura.

Varón de 24 años que acude a Urgencias por hemoptisis y dolor centropleurítico de 2 semanas de evolución. No asocia fiebre, tos, ni expectoración.

Se realiza Rx tórax donde se aprecia patrón en suelta de globos. La ecografía testicular confirma la presencia de tumor en teste izquierdo.

**RESULTADOS:** Tras la confirmación diagnóstica se realiza estudio de extensión y se procede a orquiectomía radical izquierda. El estudio de extensión evidencia múltiples metástasis pulmonares y adenopatías a nivel mediastínico y retroperitoneal. La anatomía patológica informa de coriocarcinoma puro intratesticular, con escasos restos de patología neoplásica intratesticular. El paciente es enviado a Oncología para tratamiento quimioterápico, tras QT se realiza rescate de masa paraaórtica residual con resultado anatomopatológico de tejido ganglionar infiltrado por coriocarcinoma.

**CONCLUSIONES:** El coriocarcinoma puro es un tumor testicular poco frecuente.

Se trata de un tumor altamente agresivo, con rápida tendencia a la diseminación. Fruto de ello, su debut clínico frecuentemente es el propio de las metástasis producidas (hemoptisis, disnea, dolor de espalda, etc.)

El tratamiento de elección es multidisciplinar.

El pronóstico es sombrío dada su alta capacidad de diseminación, con bajas tasas de respuesta completa.

## **P-10 CARCINOMA VERRUGOSO SOBRE BALANITIS MICÁCEA PSEUDOEPITELIOMATOSA**

*Dres Godoy Alba C., Swirc S., Castillo Cegarra D., Asensio Egea L.*

*Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (HLVG). Cieza*

**RESUMEN:** Se presenta un caso de varón de 69 años, con lesión verrugosa en dorso de glande sobre zona eritematosa en surco bámano-prepucial de meses de evolución. Tras exéresis, se diagnostica como "carcinoma verrugoso sobre balanitis queratósica micácea pseudoepiteliomatosa". Se describe dicha entidad, con revisión de la bibliografía y planteamiento de los diagnósticos anatomopatológicos diferenciales.

## **P-11 ESFINTER URINARIO ARTIFICIAL. DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE CASOS EN HCUVA (1989-2015)**

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**OBJETIVO:** Presentar una serie de 37 pacientes con incontinencia urinaria que han sido tratados mediante la implantación de un esfínter urinario artificial en el periodo 1989-2015.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde el año 1989 hasta el 2015 se han puesto 41 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:** La causa principal de incontinencia en los pacientes del estudio fue la incompetencia esfinteriana secundaria a 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 24.32% y una tasa de éxito de 75.67%.

**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 esta exento de complicaciones. Los resultados y las tasas de complicaciones son similares a los encontrados en la literatura.

## **P-12 ABLACIÓN DEL CÁNCER RENAL POR RADIOFRECUENCIA, IMPRESIONES INICIALES**

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**OBJETIVOS:** El papel de la radiología intervencionista en el tratamiento de tumores malignos renales se ha expandido en las últimas 2 décadas, en gran parte debido a la eficacia de la ablación guiada por imagen en el tratamiento del carcinoma de células renales (CCR). Las guías clínicas incorporan la ablación en los algoritmos de manejo de RCC. Es importante destacar que, tanto la ablación por radiofrecuencia como la crioablación han demostrado la durabilidad a largo plazo en el tratamiento definitivo de la RCC, y los primeros resultados después de la ablación por microondas son igualmente prometedores. La embolización selectiva de la arteria renal tiene un papel paliativo en pacientes seleccionados con CCR, y también puede ser utilizada para reducir al mínimo las complicaciones en la ablación de tumores renales grandes.

**MATERIALES Y METODOS:** Analizamos prospectivamente a los siete pacientes diagnosticados de tumor renal entre los años 2012 -2015, que debido a alto riesgo quirúrgico, y tras ser evaluados en comité de tumores urológicos, fueron sometidos a tratamiento percutáneo mediante radiología intervencionista (radiofrecuencia. 6 Pacientes, tratamiento con microondas 1). La mediana de edad de los pacientes es de 51.4 años. En todos los casos se realizó PAAF de la masa renal previa al tratamiento. Las lesiones eran únicas y un tamaño medio 2,85 cm.

**RESULTADOS:** El 57% de los pacientes tratados requirieron un segundo tratamiento coincidiendo ello con el tamaño mayor de las lesiones (4 cm). Tras una mediana de seguimiento de 14 meses (máximo 27 meses) No se aprecian recidivas tumorales, ni complicaciones durante el seguimiento.

**CONCLUSIONES:** La ablación por radiofrecuencia es una opción terapéutica segura para pacientes con condición clínica y lesiones que dado su tamaño y localización permitan realizar dicho tratamiento.

## **P-13 DESCRIPCIÓN DE UN TUMOR TESTICULAR INFRECUENTE. MESOTELIOMA DE TÚNICA ALBUGÍNEA**

*Reina Alcaina, L.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A; Barceló I.Pardo Martínez, A.; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón E.; Rosino Sánchez, A.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.*

*Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia)*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Los tumores paratesticulares son poco frecuentes, suponen menos del 5% de las neoplasias intraescrotales. El mesotelioma testicular es un tumor raro paratesticular perteneciente a la línea de células no germinales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de un varón de 69 años de edad que tras acudir a consulta de Urología por aparición de tumoración testicular derecha, es diagnosticado de mesotelioma de túnica albugínea tras la realización de una orquiectomía radical derecha.

**RESULTADOS:** El aspecto macroscópico de la pieza incluyó testículo de 4 cm de diámetro mayor y cordón espermático de 7 cm. de longitud. Se identificó sobre la túnica albugínea del testículo una lesión excrecente de morfología papilomatosa de consistencia elástica de 2 x 2 x 1.5 cm. En cuanto al aspecto microscópico, en relación con la túnica albugínea se identificó una lesión pediculada constituida por papilas de eje conectivo con áreas hialinizadas revestidas por epitelio cúbico y aplanado. La estirpe mesotelial de la lesión se confirmó mediante estudio inmunohistoquímico

**CONCLUSIONES:** El origen mesotelial está aceptado en función de su inmunofenotipo, positivo para citoqueratina, antígeno de membrana epitelial A, para calretinina, vimentina y negativo para marcadores vasculares.

El tumor diagnosticado en el caso expuesto con anterioridad corresponde a un tipo muy infrecuente de tumor paratesticular, el mesotelioma benigno. Este grupo de tumores, de origen mesotelial, está compuesto de dos variantes, el mesotelioma quístico y el mesotelioma papilar bien diferenciado. El tratamiento de elección es la orquiectomía. No está establecida la quimioterapia adyuvante. La baja frecuencia de presentación de este tipo de tumores hace que las diferentes actitudes de tratamiento estén basadas en experiencias de varios grupos de trabajo, con tratamientos de trabajo, por lo que no son comparables

## **P-14 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN METASTÁSICO. REVISIÓN DE NUESTRA SERIE**

*Samper Mateo P., Torres Roca M., García Escudero D., Vilchez Costas A.I., Molina Hernandez O., Oñate Celdrán J., Sempere Gutierrez A., Andreu García A., Jiménez López J.M., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Rico Galiano J.L., Fontana Campiano L.O.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía*

**INTRODUCCIÓN:** la calidad de vida engloba múltiples aspectos sociales, biológicos y emocionales. Actualmente adquiere gran importancia su valoración en la práctica clínica, especialmente en procesos crónicos, como el Cáncer de próstata resistente a castración metastásico (CPRCM).

**OBJETIVOS:** Analizar la calidad de vida percibida por los propios pacientes en nuestro medio.

Material y métodos: estudio observacional de corte transversal en pacientes con CPRCM tratados con Abiraterona (n=10). Aplicamos el cuestionario validado autorellenable PROSQOLI; presenta 10 ítems: 9 de autoevaluación analógica lineal (dolor, actividad física, cansancio, apetito, estreñimiento, problemas urinarios, disfrute de tiempo con amigos y familia, estado de ánimo, estado general) valorando 0= peor estado y 1=mejor estado; 1 ítem con escala adjetival ordinal (intensidad del dolor actual, (IDA)), valorando 0 =ausencia de dolor y 5= dolor atroz. Análisis descriptivo de los datos, programa IBM SPSS Statistics 20.

**RESULTADOS:** incluidos 8 pacientes, edad media de 77.88 años (DT 5.68). Uno tratado con intención curativa inicialmente. Estadio clínico: 4 con metástasis óseas; 2 ganglionares; 2 ganglionares y óseas. Tiempo de tratamiento: mínimo 3 y máximo 24 meses.

Dolor: sólo 1 paciente puntuó <1 (0,82). Actividad física: 2 <0.5 puntos. Cansancio: el 75% entre 0.4 y 0.7 .Apetito: 1 solamente puntuó <1 (0,73). Estreñimiento: 2 puntuaron <1 (ambos > 0,70).Problemas urinarios: 25% puntuó <1 .Disfrute del tiempo: 1 paciente puntuó <1. Estado de ánimo: 1 paciente indicó <0.5. Estado general: el 75% >0.7 puntos. IDA: 100% = 0. Ninguno consume analgésicos habitualmente.

**CONCLUSIONES:** Valoramos positivamente la ausencia de dolor y de consumo analgésico.

El cansancio y estado general deben valorarse en el contexto de la comorbilidad.

Los pacientes valoran poder disfrutar de su actividad social.

Los cuestionarios de calidad de vida resultan muy útiles en la práctica clínica seleccionando aquellos fáciles de aplicar y autoevaluables, como el PROSQOLI.

## **P-15 CATÉTER DOBLE J «OLVIDADO»: UN CASO CLÍNICO**

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** Los catéteres ureterales doble J se emplean en la prevención o tratamiento de la obstrucción ureteral independientemente de la causa (litisias, tumoral, estenosis, traumatismo,...).

El término "catéter ureteral olvidado" se utiliza cuando el tiempo de permanencia del catéter se ha extendido más allá de lo indicado, asociado o no a complicaciones tardías.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta el caso de una mujer de 77 años que acude al servicio de Urgencias de HGURS por hematuria total con coágulos en diciembre de 2015.

AP: No alergias conocidas. DMID, HTA, ACV hace 8 años y posterior, sin secuelas. Insuficiencia venosa crónica. Litiasis renal.

AQ: Histerectomía+ doble anexectomía. Colectomía. Apendicectomía.

EF: Hematuria macroscópica con coágulos. Resto anodina.

RX SIMPLE APARATO URINARIO: Catéter doble J izquierdo enrollado en vejiga y derecho bien posicionado.

Tras anamnesis, prueba de imagen y revisión de historia clínica urológica de la paciente se confirma colocación de catéteres ureterales tras episodio de anuria de tipo obstructivo por litiasis pieloureteral derecha en noviembre de 2007. Se indicó Litotricia por Ondas de Choque, que no se realizó. No constan controles posteriores en consultas de urología.

Ante los hallazgos, se procede a la retirada bajo anestesia general (por estar en tratamiento con antiagregantes) de los catéteres ureterales presentando calcificaciones en sus extremos distales, y nueva colocación de catéter derecho, dejando sonda vesical y orina clara. Fue alta al día siguiente.

**CONCLUSIONES:** El catéter ureteral doble J continúa siendo el método de elección para la derivación urinaria, siempre que sea posible.

Es importante el seguimiento periódico y proceder al recambio cuando sea necesario (3-6-12 meses, según indicaciones del fabricante).

## **P-16 LITIASIS VESICAL GIGANTE EN PACIENTE CON MIELOMENINGOCELE SOMETIDO A CISTOPLASTIA DE AMPIACIÓN**

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

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia*

**INTRODUCCIÓN:** El Mielomeningocele es un trastorno congénito que consiste en una anomalía del tubo neural que impide que los huesos de la columna vertebral se formen correctamente, afectando a su vez al conducto raquídeo. Como consecuencia de ello la médula espinal y las meninges protuyen hacia el exterior.

Es frecuente en estos pacientes la aparición de vejiga neurógena, que suele estar asociada a lesiones de la médula espinal sacra. Clínicamente pueden ser indoloras provocando cuadros de retención aguda de orina con pérdidas constantes por rebosamiento. Es fundamental en estos pacientes que presentan clínica miccional, un tratamiento quirúrgico lo antes posible con el fin de evitar lesión renal progresiva, tanto por drenaje insuficiente como por infección crónica.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Paciente varón de 26 años de edad, natural de Ecuador sin antecedentes de interés salvo Mielomeningocele asociado a vejiga neurógena, siendo sometido durante la infancia en su país natal a una Cistoplastia de aumento con segmento de colon.

Portador desde los 16 años de edad de esfínter urinario artificial pero que debido al mal funcionamiento del mismo precisa de autocateterismo intermitente. El paciente acude a Urgencias por dolor en hipogastrio asociado a hematuria, que requiere de transfusión en planta. Se realiza durante el ingreso como pruebas complementarias Radiografía simple de abdomen y TAC Simple abdominopélvico, identificando litiasis de gran tamaño en neovejiga. Ante dicho hallazgo se somete al paciente a Cistolitotomía abierta con extracción de litiasis vesical de aproximadamente 9 cm de diámetro

## **P-17 CORRECCIÓN DEL PROLAPSO DE COMPARTIMENTO ANTERIOR MEDIANTE EL DISPOSITIVO ELEVATE®: NUESTRA EXPERIENCIA**

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** Para la corrección quirúrgica del prolapso de cámara anterior existen numerosas técnicas.

Dentro de los objetivos del tratamiento de los prolapsos de órganos pélvicos se encuentran: disminuir los síntomas, aportar una adecuada función sexual y mejorar la dinámica urinaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un estudio descriptivo sobre los resultados obtenidos por nuestro servicio en la corrección del compartimento anterior mediante el dispositivo Elevate®.

Desde diciembre de 2014 hasta enero de 2016 nueve mujeres diagnosticadas de cistocele Grado II a IV con o sin prolapso de compartimento medio fueron sometidas a esta técnica.

Entre las variables estudiadas se encuentran: la edad, presencia de incontinencia de urgencia (IUU) e incontinencia de esfuerzo (IUE), el grado de prolapso (escala Baden Walker), tiempo quirúrgico, tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones (tempranas y tardías).

**RESULTADOS:** La mediana de edad fue de 62'5 años (rango 53-84).

Previo a la cirugía se realizó estudio urodinámico (EUD) a todas las pacientes para valorar la presencia de incontinencia urinaria (IU) y tipo. De este modo, encontramos que un 44.4% (4/9) presentaban IUE, siendo sintomática solo en una paciente. Un 57% (5/9) presentó IUU en el EUD sin correlación clínica.

Un 77.7% (7/9) presentó cistocele grado III y un 11.1% (1/9) grado IV.

El tiempo medio quirúrgico: 65 minutos (rango 60-90). El tiempo medio de estancia hospitalaria: 2 días (rango 2-5).

No registramos complicaciones intraoperatorias o tempranas. Entre las complicaciones tardías: 1/9 IUE de novo, y 1/9 presentó erosión que precisó revisión quirúrgica.

No hemos evidenciado recidiva de prolapso.

El 88'8% (8/9) de las pacientes se encuentran satisfechas con los resultados de la cirugía.

**CONCLUSIÓN:** El sistema Elevate® puede emplearse en la reparación de prolapsos de cámara anterior (grados III-IV), siendo un método seguro con buenos resultados funcionales.

## **P-18 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS GENITOURINARIAS DESDE 1997 HASTA 2014**

*Martínez Gómez, G.; Garrido Navarro, C.\*; Gómez Gómez, G.; Marín Sánchez, M.P.\*; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Martínez Peralta, H.L.; Fernández Garay, J.C.; Martínez Muñoz, R.; 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.; Rigabert Montiel, M.; Tornero Ruiz, J. I.; Server Pastor, G.*

*Servicio de Urología. \*Servicio de Ginecología y Obstetricia.*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Las fístulas genitourinarias (FGU) son lesiones en las que existe una comunicación anómala entre el tracto urinario inferior y el tracto genital. La incidencia se estima en 130.000 nuevos casos por año en todo el mundo.

Se considera que la causa más frecuente en países desarrollados es la iatrogénica (hasta el 75% de las mismas).

**OBJETIVO:** Evaluar la efectividad del tratamiento de las fístulas del tracto genitourinario llevado a cabo en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo, desde el año 1997 hasta el 2014, en nuestro hospital.

Las variables analizadas fueron: edad, localización, causas, la vía de abordaje para su reparación y el número de cirugías necesarias hasta la resolución.

**RESULTADOS:** Con el diagnóstico de FUG obtuvimos a 37 pacientes.

La localización más frecuentes fue la vesico-vaginal en el 70.3% (26).

Entre las causas que originaron estas se incluían: cirugía ginecológica 59.5% (22/37), obstétrica 16.2% (6/37), cirugía del tracto digestivo 8.1 % (3/37) y patología urinaria 16.2% (6/37).

Para el diagnóstico, se utilizaron diversas pruebas complementarias, siendo la más utilizada la cistoscopia.

En cuanto al tratamiento de esta patología, un 84 % (31/37) se sometió a cirugía para la reparación de la FUG. El 74.2% (23/31) de estas cirugías fueron resolutivas, sin precisar segundas intervenciones.

**CONCLUSIONES:** La tasa de éxito de la cirugía reparadora de la fístula en nuestro medio fue del 96.8% (30/31), y se obtuvo mediante una única cirugía en el 74.2% (23/31) de los casos. Comparándola con la literatura – tasa éxito estimada en el 90%– podemos decir que obtuvimos unos buenos resultados.

La vía de abordaje más utilizada fue la vía abdominal, obteniendo mejores resultados que la vía vaginal.

## **P-19 PIELITIS INCRUSTANTE: CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

---

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** La pielitis incrustante es una etapa evolutiva de una infección urinaria secundaria a un germen urealítico como: E. Coli, staphylococcus, etc. Destaca el *Corynebacterium urealyticum*, como microorganismo oportunista que afecta con mayor frecuencia a pacientes inmunodeprimidos y/o sometidos a manipulación urológica.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 56 años con antecedentes de:

Carcinoma en ovario derecho T1a tratado con cirugía y quimioterapia.

Ureteroneocistostomía derecha por fístula ureterovaginal secundaria a cirugía.

Múltiples consultas por litiasis ureteral derecha precisando LEOC y URS.

En julio de 2015, ingresa con creatinina 9.24 mg/dL, clínica de cólico nefrítico y hematuria. Ante la sospecha de nefritis tubulointersticial por ingesta de AINEs, inicia tratamiento con corticoides. Persiste la hematuria y el dolor, realizando TC abdominopélvico sin contraste, en el que informan de: “Riñón derecho con importantes calcificaciones en cálices, pelvis y parénquima. Calcificaciones lineales en el uréter derecho que no se define bien si solo afecta la pared o la luz del uréter. Riñón izquierdo de las mismas características.”. Se deriva mediante nefrostomía.

No hubo mejoría de la función renal, aunque cedieron el dolor y la hematuria iniciando hemodiálisis.

En el sedimento de orina, destacaba un pH>8, leucocitaria junto con cultivos estériles. Ante la sospecha de una infección por un germen urealítico, se solicita urocultivo (larga incubación), siendo este positivo para *Corynebacterium urealyticum*. Tratado con Linezolid – sensible en cultivo – con buena respuesta.

Reingresa por sepsis de origen urológico optando por nefrectomía bilateral.

**CONCLUSIÓN:** La pielitis incrustante es una entidad que debemos sospechar en aquellos pacientes inmunodeprimidos o sometidos a cirugía sobre la vía urinaria.

Entre los signos de alerta destacan: hematuria macroscópica, fallo renal, imágenes lineales litiásicas en TC y sedimento urinario sugestivo.

La cirugía se considera el último escalón terapéutico, siendo un tratamiento eficaz que evita la recidiva.

## **P-20 INFECCIONES OCULTAS: DETECCIÓN DE COLONIAS BACTERIANAS INTRACELULARES (BIC) EN PACIENTES CON SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA**

---

*Martínez Gómez, G.; Tornero Ruíz, J. I.; Escudero Bregante, J.F.; Gómez Gómez, G.*

*Hospital Clínico Universitario Virgen de La Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN:** Las infecciones ocultas son causadas principalmente por *Escherichia Coli*, *Staphylococcus saprophyticus* y *Proteus mirabilis*. Las bacterias tales como *Escherichia Coli* han evolucionado a formas intracelulares.

Se considera que un grupo de bacterias no identificadas por métodos convencionales podrían ser responsables de cambios histopatológicos en la pared vesical y de la ausencia de respuesta a los antibióticos en enfermedades crónicas tales como infecciones recurrentes del tracto urinario y cistitis intersticial.

La ICS define el síndrome de vejiga hiperactiva como: “urgencia, con o sin incontinencia de urgencia, generalmente con frecuencia y nicturia.”

**OBJETIVO:** Comprobar la presencia de bacterias intracelulares en muestras de pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva.

**MÉTODOS:** Entre noviembre de 2013 y junio de 2014, se realizó un estudio no aleatorizado prospectivo descriptivo en el que se incluyeron a 50 pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva a los que se les solicitaba estudio urodinámico (EUD).

Antes del EUD, se recogieron muestras de orina; una parte de la muestra se enviaba para sedimento y cultivo convencional, y la otra para lisis celular y detección de bacterias intracelulares (BIC).

**RESULTADOS:** La media de edad fue de 60,3 años (rango 12-87).

El EUD mostró hiperactividad vesical en el 92% (46/50) de las pacientes.

Un 52% (26/50) de las pacientes presentó piuria en el sedimento.

En el 96% (48/50) de las pacientes el cultivo habitual resultó negativo.

En el 18% (9/50) se detectaron BIC.

**CONCLUSIÓN:** La evidencia de una posible invasión y colonización por bacterias intracelulares en pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva y cultivo convencional de orina negativo, puede estar implicada en la fisiopatología de la enfermedad. La relevancia clínica de estos hallazgos puede incorporar el desarrollo de opciones terapéuticas alternativas a la antibioterapia.

## **P-21 SARCOIDOSIS RETROPERITONEAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

---

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

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

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de tipo granulomatoso y origen incierto. Habitualmente afecta a ganglios mediastínicos y parénquima pulmonar.

Aunque infrecuente, la afectación adenopática retroperitoneal es posible (siendo la localización más frecuente las cadenas paraaórticas). Usualmente la afectación retroperitoneal es asintomática, aunque pueden aparecer síntomas secundarios a la compresión de órganos circundantes.

Presentamos un caso de sarcoidosis retroperitoneal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Descripción de un caso clínico y revisión de lo publicado en la literatura.

Varón de 73 años que acude a Consultas Externas de Urología remitido desde Atención Primaria por hallazgo incidental de masa en pelvis renal derecha objetivada en estudio de extensión de adenopatía axilar.

**RESULTADOS:** URO-TC: riñones de tamaño normal, sin dilatación de sistemas excretores. Masa de partes blandas en seno renal derecho y pararenal medial de características sólidas.

Proponemos URS diagnóstica para descartar neoplasia de vía urinaria: sin hallazgos significativos. La citología selectiva es informada de: negativa para células malignas.

Se realiza exéresis de adenopatía axilar con diagnóstico anatomopatológico de adenitis granulomatosa. Inicia tratamiento con corticoides.

El paciente presenta buena respuesta al tratamiento, manteniéndose asintomático y objetivándose en TC de control disminución de tamaño de la masa retroperitoneal.

**CONCLUSIONES:** La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica de tipo granulomatoso. Habitualmente afecta al sistema linfático hilar del pulmón (hasta en el 90% de los casos). Otras localizaciones menos frecuentes son: retroperitoneo, órganos abdominales y SNC.

A nivel retroperitoneal pueden confundirse con linfomas, sarcomas o como en nuestro caso, tumores renales o de la vía urinaria.

El tratamiento se realiza con esteroides sistémicos y, en el caso de enfermedad agresiva o recurrencias se utilizan inmunosupresores como el metotrexate.

## **P-22 ABSCESO MASIVO EN ILEOPOSOAS Y RETROPERITONEO DE ORIGEN URINARIO**

---

*Segura Sánchez, Manuel José; Ruiz Morcillo, José Carlos; Jiménez Parra, José David; Sánchez Rodríguez, Carlos; Bitsunov Bitsunova, Andrei; La Iglesia Cabrerizo, Ramón.*

*Hospital Rafael Méndez, Lorca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El absceso del músculo psoas es una afección poco frecuente y de difícil diagnóstico, con una presentación clínica generalmente inespecífica que conlleva a retraso en el diagnóstico.

Los casos primarios siguen siendo un enigma en cuanto a su origen. En los secundarios los principales focos de infección son el óseo, genito-urinario y el gastrointestinal. En los casos de origen urinario, una anomalía en la vía urinaria suele subyacer al proceso.

**OBJETIVO:** Mostrar el manejo de este tipo de abscesos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Mujer de 55 años con deterioro cognitivo severo y hemiparesia derecha tras cirugía de tumor del tronco cerebral a los 12 años.

Ingresa en Medicina Interna por sepsis grave de origen urinario. Tras persistir el cuadro séptico a pesar del tratamiento médico, se realiza TC abdominopélvico en el que se aprecia gran absceso retroperitoneal derecho afectando ampliamente al músculo ileopsoas en toda su longitud hasta fosa iliaca, espacio perirrenal y comunicando con la pared abdominal ipsilateral, riñón derecho con litiasis coraliforme y parénquima renal muy adelgazado.

Se realiza derivación urinaria derecha mediante catéter doble J vía endoscópica, así como incisión y drenaje en zona fluctuante a nivel dorsolumbar.

**RESULTADOS:** Franca mejoría clínica, analítica y radiológica tras TC de control a la semana del drenaje.

**CONCLUSIONES:** El drenaje percutáneo dirigido (ecografía o TAC) es el tratamiento de elección frente al procedimiento abierto, asegura la resolución del absceso en 75 - 95% de los casos, tanto en abscesos primarios como secundarios, evitando una intervención mayor.

## **P-23 RECONSTRUCCIÓN CON INJERTO BUCAL TRAS GANGRENA DE FOURNIER**

---

*Carlos Sánchez Rodríguez, Jose Carlos Ruiz Morcillo, Isabel María Serrano Molina\*, Jose David Jiménez Parra, Manuel Segura Sánchez, Ramón La Iglesia Cabrerizo.*

*Servicio de Urología del Hospital Universitario Rafael Méndez. \*DUE Hospital General de Almansa.*

**INTRODUCCIÓN:** La gangrena de Fournier es una fascitis necrosante polimicrobiana del área genital y perineal de etiología colorrectal, genitourinaria, traumática o idiopática. Se trata de una entidad con una mortalidad del 10-40% en las series más recientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** paciente varón diabético de 54 años con antecedente de carcinoma de pene intervenido mediante penectomía total y linfadenectomía en 2011. Acude a Urgencias por picos febriles junto con edema y supuración de la zona perineal. EF: Tª 37,2°C, FC 129 lpm. Se aprecia edema e induración en toda la región perineal, región perianal y pélvica, con exudado seroso y escara necrótica en periné. A/S: glucosa 433, PCR 205, leucos 23000 (21000N). Acidosis metabólica. Con la alta sospecha de gangrena de Fournier se decide intervención quirúrgica urgente.

**RESULTADO:** se realiza desbridamiento y extirpación de toda la zona incluyendo la uretra afectada (AP confirma gangrena sin afectación tumoral). Posteriormente se realizan curas diarias, alguna de ellas en quirófano. A pesar del gran defecto de piel tras la cirugía la herida cierra casi en su totalidad. Junto con los cirujanos plásticos realizamos cierre del defecto restante y utilizamos injerto de mucosa bucal para evitar la retracción y cierre de la uretra.

**CONCLUSIONES:** En conclusión, se trata de una patología grave, cuyo abordaje debe ser precoz y multidisciplinar, empleando antibioterapia de amplio espectro y cirugía urgente, siendo necesarias en muchos casos múltiples reintervenciones y procedimientos asociados, como en este caso el injerto de mucosa bucal.

## **P-24 TESTE SUPERNUMERARIO; A PROPÓSITO DE UN CASO**

---

*Samper Mateo P, Puerta Sales A\*, García Escudero D, Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Oñate Celdrán J, Torres Roca M, Jiménez López J.M., Sempere Gutierrez A, Valdelvira Nadal P, Andreu García A, Morga Egea J.P., Rico Galiano J.L., Fontana Campiano, L.O.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía*

**INTRODUCCIÓN:** el poliorquidismo o teste supernumerario resulta una anomalía congénita muy poco común, entorno a un centenar de casos documentados. Normalmente aparece como un triorquidismo, del lado izquierdo y situado en bolsa escrotal. La actitud terapéutica depende de los factores de riesgo que asocie (más frecuentemente criptorquidia, alteraciones en la ecogenicidad, sintomatología o patologías acompañantes), variando desde seguimiento a orquiectomía radical.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 28 años que acude a urgencias por dolor testicular izquierdo tras traumatismo.

AP: sin antecedentes de interés.

EF: ambos testes de tamaño y consistencia dentro de la normalidad. En bolsa escrotal izquierda se palpa una estructura accesoria de consistencia elástica compatible con teste supernumerario atrófico.

Marcadores tumorales (AFP,βHCG,LDH): negativos.

Ecografía: ambos testículos, epidídimos y túnicas vaginales aparecen de tamaño, morfología y ecogenicidad normal. Flujo vascular conservado en ambos testes. Pequeño hidrocele izquierdo. Teste supernumerario izquierdo como variante.

Ante la ausencia de sintomatología, de otra patología asociada y de factores de riesgo, se indica seguimiento.

**DISCUSIÓN:** Respecto a su origen, el embrión genéticamente masculino en la séptima semana, comienza a organizar los testículos. La división de la cresta genital por bandas fibrosas provoca la formación de más de una gónada.

Debido a la escasez de casos descritos no existe evidencia científica acerca de la actitud terapéutica. El riesgo de malignidad parece asociarse con la presencia de criptorquidia, principal malformación concomitante. El poliorquidismo presenta entorno a un 5% de tumores testiculares, asociados en todos los casos a criptorquidia. En aquellos casos diagnosticados incidentalmente, sin sospecha de malignidad y que no precisen otra cirugía en relación se indica seguimiento y actitud conservadora.

**CONCLUSIONES:** El poliorquidismo precisa de un seguimiento en la vida adulta, valorando los posibles factores de riesgo asociados y determinando la actitud terapéutica a seguir en función de éstos.

**PALABRAS CLAVE:** poliorquidismo, teste supernumerario, triorquidismo

## **P-25 CÓLICO NEFRÍTICO SECUNDARIO A CATÉTER DE DRENAJE ABDOMINAL: LA IMPORTANCIA DE LA CLÍNICA**

---

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía.*

**INTRODUCCIÓN:** La obstrucción del tracto urinario superior puede ser congénita o adquirida y su impacto está influido por la extensión, el grado de obstrucción, cronicidad, etc.

El cólico nefrítico (CN) se caracteriza por presentar clínica de dolor en el trayecto ureteral, que puede ir acompañado de cortejo vegetativo y alteración de la función renal.

Como consecuencia se produce una alteración en el vaciado de la orina con hidronefrosis secundaria y alteración de la función renal.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** Mujer de 32 años gastrectomizada por adenocarcinoma gástrico que se somete a cirugía oncológica de carcinomatosis peritoneal con quimioterapia intraoperatoria. Se realiza cateterización urinaria preoperatoria que se retira a las 24 horas.

Precisa reintervención quirúrgica por hemoperitoneo dejando dos drenajes tipo Blake en cavidad abdominal.

Durante el postoperatorio inmediato la paciente presenta cuadro de dolor en fosa renal izquierda irradiado a fosa iliaca izquierda asociado a alteración de la función renal.

Se realiza TC de abdomen para descartar complicaciones evidenciando ureterohidronefrosis izquierda grado I con extremo distal del drenaje Blake en trayecto ureteral como posible causa de obstrucción.

Se retira el drenaje y la paciente refiere mejoría del dolor asociado a poliuria y mejoría analítica. Se realiza TC a las 48 horas por fiebre de origen desconocido, encontrando a su vez desaparición de la hidronefrosis.

**DISCUSIÓN:** El CN es una patología común en nuestro medio generalmente causado por obstrucción a nivel intraluminal.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva sin encontrar en la literatura casos de CN causados por la obstrucción extraluminal por catéter de drenaje abdominal.

El motivo de este caso, es la anecdótica aparición de clínica de CN por una obstrucción extraluminal de origen iatrogénico por cuerpo extraño.

En casos de CN en postoperatorios inmediatos, debemos plantearnos la posibilidad de encontrar un cuerpo extraño como causa del mismo.

## P-26 INSUFICIENCIA RENAL AGUDA TRAS AGRESIÓN

---

Honrubia Vilchez, B, Guzmán Mtnez-Valls, P.L., Doñate Iñiguez G., Maluff Torres A.  
Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia.

Ante una agresión es primordial una exploración física detenida y anamnesis cuidadosa. Las exploraciones complementarias dependerán de la naturaleza de la misma, así como los síntomas y signos. Cuando se presenta una insuficiencia renal aguda progresiva en un paciente con agresión es necesario la realización de pruebas de imagen que descarten lesión de órganos u otra causa de la misma.

**CASO CLÍNICO:** Se presenta un varón de 37 años que acude a la puerta de urgencias por agresión . Como antecedentes sólo destacable consumo de drogas esporádicamente. Describe pelea sin armas, muy intensa. Está consciente, orientado, salvo hematoma en ojo izquierdo no presenta otra lesión destacable en piel. Refiere dolor en flanco derecho. En control analítico se objetiva alteración de creatinina con valor de 2.2 ( sólo se disponía de creatinina previa del 2013 normal) .Se realiza ecografía con visualización de pirámides renales hipocógenas (no habitual en riñones adultos) y leve cantidad de líquido perirrenal bilateral. Sistema excretor no dilatado. Los hallazgos son compatibles con nefropatía parenquimatosa. No dilatación de vías urinarias ni litiasis.

Se decide ingreso para completar estudio y control. Evoluciona con buen estado general en todo momento pero con deterioro progresivo de función renal sin causa que lo justifique . Se realiza TC simple y estudio analítico completo encontrando creatinina 4.03 con iones normales ,CK:1030 y Mioglobina: 341 siendo el resto normal.

**COMENTARIOS:** Ante un deterioro de función renal no justificable por otra causa y antecedente de agresión hay que pensar en fracaso renal aguda por rhabdmiolisis por lo que se solicita la CK y mioglobina que confirmó nuestra sospecha.

La rhabdmiolisis es un síndrome caracterizado por la destrucción y posterior necrosis de músculo esquelético que produce un aumento de sus componentes intracelulares al torrente sanguíneo. El fallo renal se asocia entre un 4-33%.

El diagnóstico se realiza con medición en sangre de CK y mioglobina.

El tratamiento está basado en la hidratación enérgica con alcalinización de orina, depende de la intensidad del cuadro, a veces precisa soporte UCI y/o hemodiálisis, sobretudo cuando asocia hiperpotasemia importante.

En nuestro caso la imagen de líquido perirrenal e insuficiencia renal llevó al paciente al ingreso a cargo de urología, es primordial el diagnóstico temprano para evitar secuelas renales. Se describe también en pacientes con cirugía por lo que debería ser un cuadro conocido por el Urólogo.

## P-27 CAUSAS DE CÓLICO NEFRÍTICO ATÍPICO

---

M. Martín Romero, M. Hernández-Contreras, M. Navarro Rodríguez, V. Rosa Salazar, B. García Pérez, J. Ruipérez Ruiz, M. Hernández Ruiz.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El cólico nefrítico es el cuadro clínico que caracteriza la uropatía obstructiva supravescical. Supone un motivo frecuente de atención en la Urgencia Hospitalaria (hasta el 40% de las urgencias urológicas) y también de ingreso en Unidades de Corta Estancia. Si bien la etiología más frecuente es la patología litiásica (90% de los casos), no siempre es así. Cualquier entidad que ocasione obstrucción de la vía urinaria puede producirlo: lesiones vasculares, patología del aparato genital femenino, procesos retroperitoneales, infecciones, tumores, etc. Es crucial orientar el proceso diagnóstico para filiar adecuadamente cada caso y así establecer el tratamiento óptimo.

Presentamos una serie de pacientes con diagnóstico de cólico nefrítico atípico, mostramos el algoritmo diagnóstico, el manejo durante el ingreso y la resolución posterior.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Revisión retrospectiva de 5 casos de pacientes atendidos en la Unidad de Corta Estancia del Servicio de Medicina Interna (HUVA) en los últimos meses. Todos ellos con diagnóstico al ingreso de cólico nefrítico que resultaron ser de etiología atípica (no litiásica) y destacable por su baja incidencia en la población general.

**RESULTADOS:** El primer caso corresponde a una mujer de 35 años con síndrome de la vena ovárica. El segundo se trata de una mujer de 37 años con carcinoma de células renales claras. El caso número tres es un varón de 44 años con un aneurisma de la arteria renal. El cuarto caso, una mujer de 26 años con síndrome del cascanueces y el quinto un varón de 50 años portador de un uréter retrocava.

**CONCLUSIONES:** Es importante una correcta orientación diagnóstica de los pacientes con cólicos renales, sobre todo en aquellos casos recidivantes y/o refractarios al tratamiento convencional. Por eso es esencial la actuación del clínico para llegar a un correcto diagnóstico que garantice un tratamiento precoz y adecuado.

## **P-28 CARCINOMA UROTELIAL INFILTRANTE PLASMOCITOIDE. IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA Y PRONÓSTICA**

---

*Drs: Godoy Alba C\*; Swirc S\*; Castillo Cegarra D\*\*; Asensio Egea L\*\*. (\*) Servicio de Anatomía Patológica. (\*\*) Servicio de Urología.*

*Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (HLVG). Cieza*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El carcinoma urotelial plasmocitoide es una variedad rara y agresiva de carcinoma de células transicionales que histológicamente simula un plasmocitoma y que puede ser confundido con una neoplasia hemolinfoide que afecte a la vejiga urinaria

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se describen dos casos de varones diagnosticados de esta rara variante de tumor urotelial. Descripción clínica del caso, hallazgos anatomopatológicos, tratamiento y evolución posterior. Se realiza revisión actual de la literatura.

**RESULTADOS:** En estudio endoscópico se presentan como masas sólidas, vegetantes y ulceradas, muy vascularizadas en la RTU y con márgenes mal definidos. En el estudio microscópico se trata de un tumores uroteliales mixtos, con áreas de tumor urotelial de alto grado y zonas de aspecto plasmocitoide (T1 y T2). En el primer caso, el paciente es re-resecado con informe anatomopatológico negativo para tumor y, en el segundo, se realiza cistectomía radical y tto quimioterápico adyuvante (T2 NoMo). En la actualidad los pacientes siguen revisiones sin evidencia de enfermedad.

**CONCLUSIONES:** Se trata de un tumor urotelial de escasa frecuencia pero bien caracterizado. Es importante el diagnóstico diferencial con el plasmocitoma y con el linfoma plasmocitoide, siendo de suma importancia el estudio inmunohistoquímico con citoqueratinas así como marcadores linfoplasmocitoides. Tanto el debut clínico como los hallazgos anatomopatológicos, han sido representativos de lo revisado en la literatura. La evolución hasta la fecha es más satisfactoria que los casos anteriormente publicados.

## **P-29 CARCINOMA NEUROENDOCRINO «OAT CELL» PRIMARIO VESICAL. UNA NEOPLASIA INFRECUENTE ALTAMENTE AGRESIVA**

---

*Drs: Godoy Alba C\*; Swirc S\*; Castillo Cegarra D\*\*; Asensio Egea L\*\*. (\*) Servicio de Anatomía Patológica. (\*\*) Servicio de Urología.*

*Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (HLVG). Cieza*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El tumor neuroendocrino de vejiga (TNE) representa el 0,5% de las neoplasias vesicales, suponiendo el 20 % de los TNE extrapulmonares. El estudio inmunohistoquímico es fundamental para su diagnóstico. Son tumores de mal pronóstico debido a su amplio potencial metastático.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se describe un nuevo caso de tumor neuroendocrino de célula pequeña atendido en nuestro centro, haciendo referencia a su diagnóstico anatomoclínico, tratamiento y evolución a corto plazo.

**RESULTADOS:** Se trata de un varón de 83 años que consulta por hematuria con coágulos, presentando en el estudio endoscópico una masa polipoidea retromeática izquierda de más de 2 cm de base, con gran componente vascular y áreas ulceronecroticas. Se lleva a cabo RTU de la masa, siendo su diagnóstico "tumor neuroendocrino de células pequeñas" (mínimo pT2) con áreas de tumor urotelial de alto grado. En la evolución posterior es consultado con el servicio de oncología que no indica ningún tratamiento adyuvante. En la actualidad el paciente no presenta evidencia de recidiva ni metástasis a distancia, habiendo sido descartado mediante TC e inmunohistoquímica (TTF1 negativo) el origen primario pulmonar de este tumor.

**CONCLUSIONES:** El tumor neuroendocrino es una neoplasia infrecuente en la vejiga y se asocia habitualmente a un comportamiento agresivo. El diagnóstico diferencial incluye el carcinoma de alto grado de células transicionales y el linfoma, por lo que es fundamental el estudio inmunohistoquímico. El comportamiento de estos tumores es agresivo debido a la capacidad de metástasis, teniendo una tasa de mortalidad 3 veces superior a los no neuroendocrinos.

# Actividades Científicas desarrolladas durante el año 2015

## DICCIONARIO HISTÓRICO DE URÓLOGOS ESPAÑOLES

En el LXXX Congreso Nacional de Urología celebrado en Salamanca en junio de 2015, se distribuyó la obra escrita por el Dr. Pérez Albacete, quien, como miembro desde su creación de la Oficina de Historia de la AEU, ha recopilado información sobre el desarrollo de la especialidad urológica en España, en las investigaciones llevadas a cabo aparecía el nombre de muchos urólogos desconocidos y de los que no existía referencia alguna.

Con el propósito de recuperar la memoria de estos compañeros y dejar constancia de su existencia y labor, llevó a cabo una minuciosa y ardua investigación con la intención de aportar los datos más relevantes de cada persona, sin extenderse en glosar su figura, sino escuetamente en mostrar una parte de su vida y de su hacer de modo objetivo, sin entrar en valoraciones de ningún tipo.

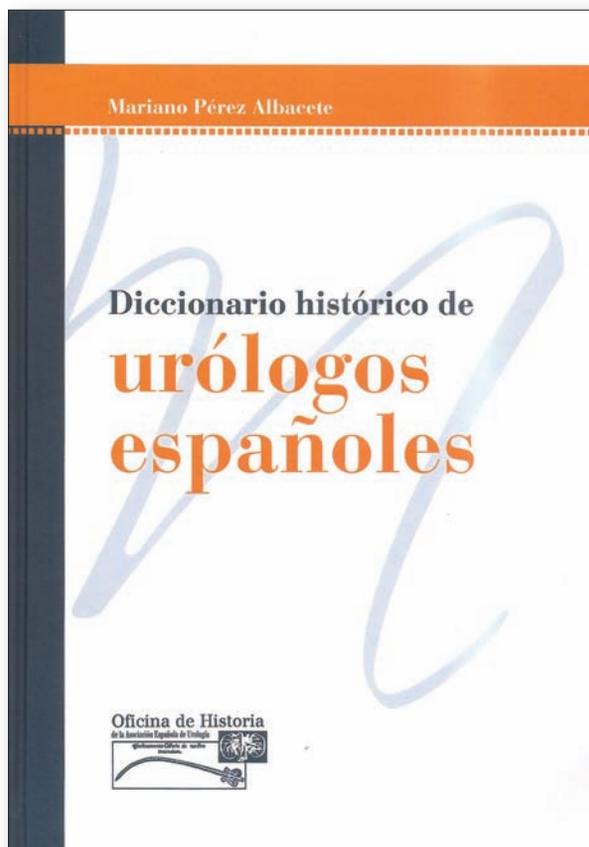
El resultado es un diccionario alfabético con 1.300 entradas de cuantos médicos han contribuido a la creación y evolución de la Urología española, al que se añade al final, por orden de antigüedad y por comunidades autónomas y provincias, la relación de cuantos urólogos nacidos antes de 1948 ejercieron en España.

## XXI REUNIÓN NACIONAL DELGRUPO DE UROLOGÍA FUNCIONAL, FEMENINA Y URODINÁMICA

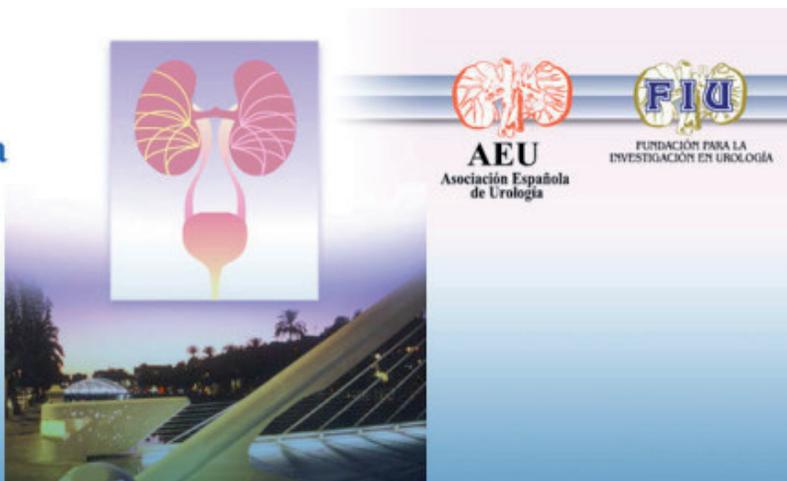
El Grupo Nacional de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica, constituido desde hace más de tres décadas dentro de la AEU, celebró el pasado mes de mayo de 2015 su vigésimo primera reunión de grupo.

La reunión que tuvimos el placer de organizar el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, se celebró en Murcia en los días 7 y 8 de mayo y tuvo lugar en las instalaciones del Hotel Nelva, con un record de participación con 274 inscritos, superando a reuniones de grupo de amplio renombre y calado como la del grupo de oncología.

El programa científico fue muy dinámico e interesante, abarcando temas de la máxima actualidad con ponencias por expertos como El tratamiento del síndrome de dolor vesical crónico por parte del Dr. E. Vicente, las perspectivas futuras de tratamiento de las lesiones neurológicas medulares, por parte del Dr. Bustamante; entre otras muchas. También tuvieron cabida



## XXI Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica



mesas de expertos sobre temas de gran importancia e impacto en la urología funcional como las mesas de actualización en el tratamiento de la hiperactividad idiopática y neurógena refractaria o Estado actual del tratamiento farmacológico de los LUTS/HPB en el varón. Sin olvidarnos de la participación del resto de asistentes en las mesas de comunicaciones y ponencias orales.

En definitiva, la reunión superó con creces las expectativas cada vez mayores que este grupo y este tipo de actividades despiertan en la comunidad científica urológica.



### 1ª JORNADA MONOGRÁFICA DE CIRUGÍA DE URETRA EN DIRECTO

El día 19 de Noviembre de 2015, se celebró en el Hospital Rafael Méndez de Lorca, la 1ª Jornada Monográfica de Cirugía de Uretra en Directo. Para ello contamos con la presencia del Dr. Luis Martínez-Piñeiro Lorenzo, Jefe del Servicio del Hospital Infanta Sofía de Madrid, Coordinador Nacional del Grupo de Cirugía Reconstructiva de la AEU. En ella se intervinieron dos pacientes, al primero se le practicó una Uretroplastia termino-terminal ampliada con injerto bucal y al segundo se le hizo una reconstrucción completa de uretra, utilizando mucosa bucal y cierre del pene con injertos pediculados de piel de pene. Cabe destacar por parte del Dr. Martínez-Piñeiro, su buena disposición, su humildad de trato y su capacidad de docencia y su paciencia con todos los miembros de nuestro servicio por lo que le estamos profundamente agradecidos.

# Galería urológica murciana

---



## **Dr. D. Diego de Tapia Albaladejo**

(1921-2013)

Nació en Murcia el 21 de noviembre de 1921, se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad Central en 1946 y se formó en la especialidad en el Hospital Clínico de San Carlos junto al profesor D. Alfonso de la Peña Pineda; fue médico de guardia en el Instituto Nacional de Oncología de Madrid entre 1946 y 1951, a lo que siguió el puesto de urólogo ayudante de 1951 a 1958, año en el que, mediante concurso, accedió a la plaza de jefe de sección y posteriormente por oposición la de jefe del servicio de Urología en 1972, que desempeñó hasta su retiro en 1986. Fue también, por concurso nacional, jefe de equipo quirúrgico de Urología en la Seguridad Social entre 1964 y 1991 y jefe del departamento de Urología de los funcionarios de la Comunidad de Madrid de 1979 a 1991.

Miembro de la Asociación Española de Urología en 1963 y correspondiente de la

Asociación Murciana; socio fundador de la Española de Oncología en 1970 y de la de Cirugía Oncológica en 1994, perteneció a la American Association for the advance of Science y fue nombrado colegiado de honor del Il. Colegio Oficial de Médicos de Madrid en 1992.

Persona de gran vitalidad, de conversación amena y de fácil comunicación, abierto de espíritu, toda su vida transcurrió en Madrid, aunque mantuvo una gran relación con Murcia donde vivían familiares, a donde acudía con frecuencia y en cuyas playas descansaba en los periodos estivales; casado con Consuelo Albaladejo Herrero, tuvieron cinco hijos, tres mujeres y dos varones, uno de ellos también urólogo.

Falleció en Madrid el 30 de mayo de 2013 a la edad de 91 años.

*Mariano Pérez Albacete*

# Premio Server Falgás 2015

## 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 Gutiérrez A, Valdelvira Nadal P, Morga Egea J.P., Andreu García A., Rico Galiano J.L. Fontana Compiano, L.Ó. HGU Reina Sofía.

### INTRODUCCIÓN

Desde su introducción en los años ochenta por Chaussy et al. (1) la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) ha sido uno de los tratamientos de elección en la resolución de la patología litiasica. Así en las últimas actualizaciones de la guía europea de urolitiasis sigue indicándose como primera opción en litiasis renales menores de 20 mm y litiasis ureterales menores a 10mm no expulsables (2).

Los resultados de la LEOC varían según las series, con una tasa de éxito entre el 60 y el 99% (1,3). Debido a esta variabilidad se han definido una serie de factores predictores a fin de optimizar el tratamiento de estos pacientes, puesto que como cualquier técnica intervencionista puede presentar complicaciones. Clásicamente se han descrito los factores relacionados con el paciente, entre ellos el sexo, la edad, la lateralidad de la litiasis, el índice de masa muscular y el perímetro de cintura. Otros relacionados con la litiasis como son el tamaño, la localización, la distancia litiasis-piel y la composición o dureza litiasica.

En la última década la tomografía computadorizada sin contraste (TC) se ha erigido como la prueba de elección en el estudio de la litiasis que precisa un tratamiento más allá del médico expulsivo (4). Permite visualizar aquellas litiasis radiotransparentes por radiografía simple, y aporta información muy valiosa acerca de las características de la litiasis y el paciente (tamaño de la litiasis, localización, circunferencia abdominal, distancia piel-litiasis, etc.). Entre ellas el grado de atenuación radiológica de la litiasis formulado en Unidades Hounsfield (UH) que expresa de forma numérica, por cada centímetro y para cada tejido

que atraviesa, la atenuación en la intensidad que experimenta el haz de rayos. Los más densos, como los huesos absorben más cantidad de rayos y por ese motivo presentan un coeficiente de atenuación elevado en la escala elaborada por Hounsfield.

En relación a la introducción de la TC en el estudio de las litiasis se han desarrollado múltiples estudios a fin de relacionar la composición de las litiasis con el grado de atenuación radiológica de las mismas y de manera secundaria poder predecir los resultados del tratamiento mediante LEOC (3, 5- 12). Sin embargo, hasta que no se produce el expulsivo no es posible analizar el cálculo, por lo que la utilidad de conocer esta relación UH-composición viene dada por la posibilidad de anticiparnos al comportamiento que esta litiasis tendrá frente al tratamiento. Tal vez el conocer la composición de la litiasis no sea tan importante si somos capaces de caracterizar a la litiasis en función de cualidades físicas como es el grado de atenuación radiológico.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la relación entre el grado de atenuación radiológico de las urolitiasis, medido en UH y los resultados obtenidos mediante LEOC, de manera independiente a la composición química de la litiasis.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el que se evaluaron 299 pacientes pertenecientes al área de salud VII y tratados mediante LEOC entre Enero de 2011 y Junio de 2014. Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: edad mayor a 18 años, litiasis renales menores de 20 mm y ureterales menores de 10 mm, pacientes sin cirugía previa sobre la litiasis, con TC en el último año, y con control

de imagen postratamiento mediante radiografía simple.

La realización de LEOC se llevó a cabo mediante litotritor de generador electromagnético Dornier Compaq- $\delta$  bajo control radiológico y sedación. La TC se realizó mediante tomógrafo Philips, modelo Brilliance, cortes de 3 mm con 120 Kv.

El grado de atenuación radiológica de las litiasis se midió utilizando el programa RisWebLink. La densidad media del cálculo se midió en la zona central del mismo para evitar lo posible distorsión que en los márgenes pudieran ocasionar las estructuras circundantes. Cada litiasis se midió por dos veces, hallando posteriormente la media entre ambas.

La clasificación empleada para expresar los resultados fue libre de litiasis (SF) para aquellos con restos iguales o menores a 4 mm y litiasis residual (RS) en caso de que permanecieran restos mayores a 4 mm.

Mediante el programa informático SPSS Statistics versión 20 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. Intervalo de confianza (IC) del 95%.

## RESULTADOS

Finalmente 110 pacientes fueron incluidos en el estudio. Presentaban una edad media de 52.52 años (50.18-54.86). De los pacientes el 62.7% eran varones y el 37.3% mujeres; las litiasis fueron el 50.9 % derechas y el 48.2% izquierdas. En 68 casos se objetivó la presencia de más de una litiasis, siendo en el 64.7% de los casos bilaterales, lo que supone el 40% del total de individuos estudiados.

Las características de localización y morfología de las litiasis aparecen reflejadas en la tabla 1. En nuestra serie las litiasis ureterales presentan mayor porcentaje de éxito en el tratamiento mediante LEOC (78.05%) que las renales (62.32%). (Tabla 2).

Agrupamos las UH en tertiles con igual n y los comparamos en función de los resultados de la LEOC (tabla 3). Calculando la Odd ratio se evidencia un riesgo tres veces mayor (OR 3.2; IC 95% 1.1-9.02) de presentar RS en el tercil 2 respecto al 1; obteniendo una p de tendencia con significancia estadística (p tend = 0,02). Esta relación no es lineal respecto al tercil 3, puesto que no resulta significativo aunque se mantiene como un factor de riesgo (OR 1.8; IC 95% 0.61-5.41). (Figura 1).

Tabla 1. Características de las litiasis según su localización

Localización	n	%	Tamaño medio (DT)	Media UH (DT)
Renales	69	62,73	10,85 (5,35)	1095,14 (334,9)
Ureterales	41	37,27	8,27 (3,38)	1051,39(289,89)

Tabla 2. Resultados del tratamiento con LEOC según la localización de la litiasis

Localización de la litiasis	Resultados LEOC	
	SF	RS
	n (%)	n (%)
Renales	43 ( 62,32)	25 (36,23)
Ureterales	32 (78,05)	9 (21,95)

Tabla 3. Resultados del tratamiento con LEOC según las UH agrupadas

Tertiles	n (%)	SF (%)	RS (%)
T1 (< 956 UH)	36 (32,7)	29 (80,5)	7 (19,4)
T2 (957-1235 UH)	37 (33,6)	21 (56,7)	16 (43,2)
T3 (>1236 UH)	36 (32,7)	25 (69,4)	11 (30,5)

Figura 1. Representación gráfica de la OR en función de los tertiles de UH

## DISCUSIÓN

La composición de las litiasis define la dureza o fragilidad de éstas e indirectamente el comportamiento que van a tener frente a la LEOC. De manera que resulta uno de los factores predictores del tratamiento con LEOC, y por tanto el conocer este dato en el momento de la indicación terapéutica puede resultar de gran utilidad. Sin embargo, aunque es sabido que los cálculos de brusita y cistina responden peor al tratamiento con ondas de choque frente a los cálcicos, su aplicación no está contraindicada, sobre todo si el paciente rechaza la intervención quirúrgica o no es subsidiario de la misma. Además, se ha comprobado como todas las litiasis con la misma composición no responden de igual modo, debido tanto a sus componentes secundarios o como a su estructura cristalográfica (13-15).

Peter Joseph et al. (16) establecieron como agrupando los pacientes según las UH en menores de 500, 500-1000 y mayores de 1000 existía una correlación significativa entre los resultados no satisfactorios de la LEOC y el incremento de las UH. Existiendo, además una correlación entre el número de ondas necesarias para la fragmentación y las UH. Por tanto, en una litiasis con menos de 500 UH la litotricia sería, en caso de indicación, la terapia de primera línea. En el resto de litiasis y ante las posibilidades de fracaso debería barajarse otras opciones terapéuticas, individualizando

en todos los casos. Sin embargo, esta clasificación se realizó teniendo en cuenta la composición de las litiasis y su correlación con las UH (17).

En nuestro estudio, y teniendo en cuenta la idiosincrasia de la práctica clínica habitual, agrupamos los pacientes en tertiles con la misma n, de manera que no teníamos en cuenta directamente la composición del cálculo. Los resultados obtenidos indican como de manera independiente a la composición química, las UH del cálculo son un factor predictor de resultado en el tratamiento con LEOC y por tanto se deben tener en cuenta en su indicación. Pacientes con litiasis con menos de 956 UH pueden resultar, con una posibilidad hasta tres veces mayor, libres de litiasis tras un tratamiento con LEOC (figura 1).

Los avances tecnológicos permiten optimizar el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías. Múltiples estudios han demostrado la validez de las UH como predictor de resultados en LEOC y su uso de forma sistemática puede incrementar, aún más la tasa de éxito de éste tratamiento disminuyendo algunas de sus complicaciones.

## CONCLUSIONES

Las UH pueden ser una herramienta útil a la hora de predecir la efectividad de la LEOC. Valores por debajo de 950 UH aumentan significativamente las posibilidades de éxito.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chaussy C, Brendel W, et al. Extracorporeally induced destruction of kidney stones by shock waves. *Lancet*, 1980; 2: 1265-68.
2. Guía Urolithiasis AEU. Actualización 2014
3. Patricio García Marchiñena, Nicolás Billordor Peres, Juan Liyo et al. Tomografía computada como predictor de composición y fragilidad de la litiasis urinaria al tratamiento con litotricia extracorpórea por ondas de choque in vitro. *Arch. Esp. Urol* 2009; 62 (3): 215-222.
4. Heidenreich A, Desgrandschamps F, Terrier F. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: Review of all imaging modalities. *Eur Urol*. 2022; 41: 351-362.
5. Cakiroglu B, S Erkan Eypoglu, Tuncay Tas et al. Are Hounsfield densities of ureteral stones a predictive factor for effectiveness of extracorporeal shock wave lithotripsy? *Int J Clin Exp Med* 2014; 7 (5): 1276-1283.
6. Takehiko Nakasato, Jun Morita, Yoshio Ogawa. Evaluation of Hounsfield Units as a predictive factor for the outcome of extracorporeal shock wave lithotripsy and stone composition. *Urolithiasis*. Published online: 20 August 2014.
7. Narmada P. Gupta, Mohd S. Ansari, Pawan Kesarvani, Annu Kapoor, Seema Mukhopadhyay. Role of computed tomography with no contrast medium enhancement in predicting the outcome of extracorporeal shock wave lithotripsy for urinary calculi. *BJU International* 2005; 95: 1285-1288.

8. Gyan Pareek, Noel A. Armenakas, Georgia Panagopoulos, John J. Bruno, John A. Fracchia. Extracorporeal shock wave lithotripsy success based on body mass index and Hounsfield units. *J Urology* 2004; 65(1): 33-36.
9. Kyle J. Weld, Claudio Montiglio, Michael S. Morris, Anneke C. Bush, R. Duane Cespedes. Shock wave lithotripsy success for renal stones based on patient stone computed tomography characteristics. *J Urology* 2007; 70(6) 1043-1046.
10. Serdar Celik, Ozan Bozkurt, Fatih Glubey Kaya et al. Evaluation of computed tomography findings for success prediction after extracorporeal shock wave lithotripsy for urinary tract stone disease. *Int Urol Nephrol*. Published online: 14 October 2014.
11. Alexandra E. Perks, Trevor D. Schuler, Janson Lee et al. Stone attenuation and skin-to-stone distance on computed tomography predicts for stone fragmentation by shock wave lithotripsy. *J Urology* 2008; 72 (4): 765-769.
12. Gyan Pareek, Sean P. Hedican, Fred T. Lee JR, Stephen Y. Nakada. Shock wave lithotripsy success determined by skin-to-stone distance on computed tomography. *J Urology* 2005; 66 (5): 941-944.
13. William Jr JC, Saw KC, Hatt EK, Mc Ateer JA, Lingeman JE. Variability of renal stone fragility in shock wave lithotripsy. *Urology* 2003, 61: 1092-6.
14. Kim SC, Hatt EG, Nadlet RB et al. Cystine: helical computerized tomography characterization of rough and smooth calculi in vitro. *J Urol*. 2005; 174: 1468-1470.
15. Gracia-García S, Millán-Rodríguez F, Rousaud- Barón F et al. Por qué y cómo hemos de analizar los cálculos urinarios. *Actas Urol Esp*. 2011; 35: 354-362.
16. Peter Joseph, A.K. Mandal, S.K. Singh et al. Computerized tomography attenuation value of renal calculus: can it predict successful fragmentation of the calculus by extracorporeal shock wave lithotripsy? A preliminary study. *The Journal of Urology* 2002; 167: 1968-1971.
17. Hillman B.J., Drach G.w., Tracey P. et al. Computed tomography of urinary calculi. *AJR Am J Roentgenol*, 1984; 142:549.

## **PREMIO MARIANO TOMÁS ROS**

*Al mejor examen de residentes.*

Damian García Escudero, del Hospital General Universitario Reina Sofia.

## **PREMIO AL MEJOR VÍDEO**

*Para el mejor trabajo audiovisual*

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.

# Articulación del Comité Científico

---

## JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA. ARTICULACIÓN DEL COMITÉ CIENTÍFICO. MODELO DE TRABAJO

La Junta Directiva de la AMU, a propuesta de la vocalía científica, acordó desde 2012 la articulación, para las jornadas de nuestra asociación, de un Comité Científico que vele por la calidad científica de los trabajos presentados a nuestra reunión anual. Para cumplir con este fin, el Comité estableció un procedimiento de trabajo que asegura el rigor y la objetividad y que además fomenta la participación de todos.

La composición, funciones y procedimiento de trabajo se resumen en los siguientes puntos:

El Comité Científico de las jornadas anuales de la AMU estará compuesto por 5 miembros, representando a los diferentes servicios que participan con regularidad. Para las jornadas de 2016 el Comité Científico queda configurado por los Dres. José Carlos Ruiz (secretario), Félix Escudero (vocal), Marcos Torres (vocal), Raúl Montoya (vocal) y Tomás Fernández (presidente).

Los principios rectores de las actividades del Comité serán los siguientes:

Inicialmente, todos los trabajos presentados tendrán su espacio, bien como comunicación, video o póster. En caso de defectos graves, algún trabajo podría ser devuelto a sus autores para su modificación. Los miembros del Comité evaluarán los trabajos a través del Resumen remitido por los autores, según los criterios objetivos y explícitos que se reflejan en las tablas 1 y 2.

La puntuación alcanzada en esta valoración inicial determinará qué trabajos serán presentados mediante comunicación oral o a través de poster. En este aspecto, no obstante, se buscará un punto de equilibrio para unidades no docentes o de casuística limitada.

Los pósteres serán expuestos, pero no defendidos. Cada responsable de póster, aportará el poster impreso para su exposición pública y copias impresas en tamaño folio para que los asistentes al congreso puedan consultarlos. En el futuro, se pretende que queden expuestos on-line en la página web de la AMU. 2 o El examen de residentes lo elaborarán los miembros del Comité Científico. Constará de un máximo de 30 preguntas que tratarán sobre los temas tratados en la Reunión o sobre temas generales y se realizará durante la asamblea.

Se ha acordado, de igual modo, establecer los siguientes reconocimientos:

Premio Gerardo Server Falgás a la mejor comunicación del Congreso. El premio, ya tradicional en las reuniones anuales de nuestra asociación, será otorgado a través del baremo de puntuación que se adjunta en las tablas. Queda dotado con 600€, que en caso de empate se repartirá entre los ganadores.

Premio Mariano Tomás al mejor examen de residentes. Queda dotado con 300 €, que en caso de empate será repartido entre los ganadores.

Murcia, diciembre de 2015

*Dr. Tomás Fernández Aparicio*

Vocal Actividades Científicas Asociación  
Murciana de Urología