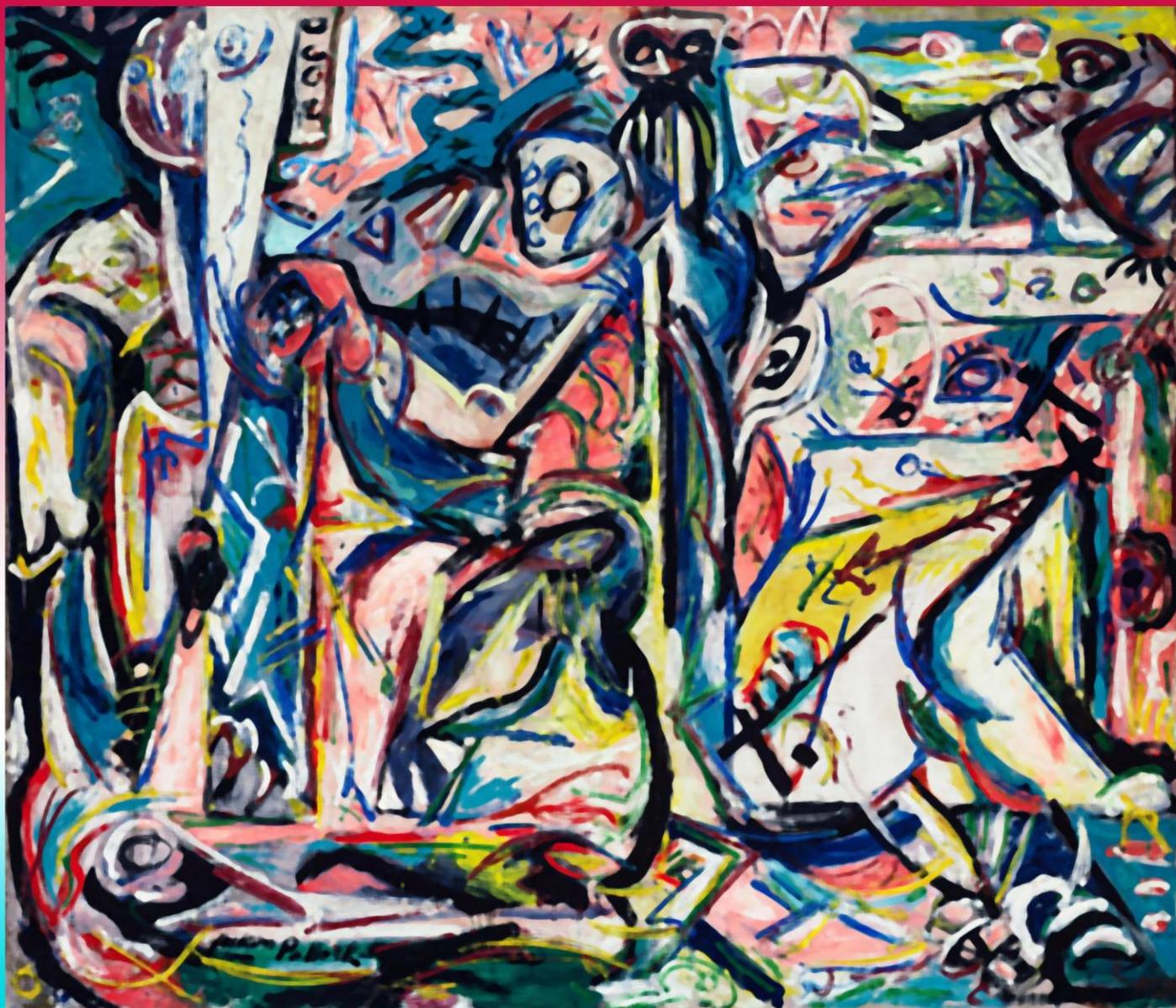


# Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXII - Nº 24  
MURCIA, febrero 2018



[www.uromurcia.es](http://www.uromurcia.es)



**amu**

Asociación Murciana de Urología



#### **JUNTA DIRECTIVA**

**PRESIDENTE:**

Tomás Fernández Aparicio

**VICEPRESIDENTE:**

Lucas Asensio Egea

**SECRETARIO:**

Marcos Torres Roca

**TESORERO:**

Emilio Izquierdo Morejón

**VOCAL CIENTÍFICO:**

Julián Oñate Celdrán

**VOCALES:**

Carlos González Rodríguez

Gloria Martínez Gómez

#### **SEDE SOCIAL**

ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda. Juan Carlos I. Murcia

[www.uromurcia.es](http://www.uromurcia.es)

[info@uromurcia.es](mailto:info@uromurcia.es)

#### **SECRETARÍA TÉCNICA**

Gade Eventos

[urologiamurcia@gadeeventos.es](mailto:urologiamurcia@gadeeventos.es)

**Portada:**

*Circuncisión, 1946*

*Jackson Pollock (Wyoming, 1912 - Nueva York, 1956)*

*Importante figura del expresionismo abstracto*

*Museo Guggenheim Nueva York*

*Fotografía Dr. Pérez Albacete*

**Edita:**

Asociación Murciana de Urología

**Dirección:**

M. Pérez Albacete

**Imprime:**

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

## **Sumario**

|   |    |
|---|----|
| Editorial_____  | 3  |
| XXIII Congreso Anual de la AMU<br>Hospital Universitario Reina Sofía. Murcia<br>Programa científico XXIII Congreso Anual_____ | 5  |
| Saluda del XXIII Congreso Anual<br>Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls_____  | 7  |
| Comunicaciones presentadas_____   | 8  |
| Premiados por la AMU en 2017<br>Premio Gerardo Server Falgás_____   | 43 |
| Premios de la AMU en 2017_____  | 45 |
| Hospital Naval del Mediterráneo_____  | 46 |



Queridos amigos:

Os saludamos en este año 2018 con motivo de nuestro XXIII Congreso que se celebra en Murcia, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Reina Sofía.

Se cumplen dos años de nuestra andadura como Junta Directiva, y durante este tiempo hemos madurado claramente en las acciones que ya enumerábamos en el pasado número del boletín y que iniciamos en el año 2016. Con problemas, como suele ser habitual, pero sin perder un ápice de la ilusión inicial.

Los grupos de trabajo creados han consolidado su actividad. De hecho, durante el 2017 y los primeros días de 2018 hemos realizado las siguientes actividades:

- Primera reunión del grupo de litiasis y endourología, en junio de 2017.
- Segunda reunión del grupo de Urología Funcional, en diciembre de 2017.
- Segunda reunión del grupo de Urología Oncológica en enero de 2018.

Como bien sabéis, estas jornadas están acreditadas con 0,3 créditos desde su inicio.

Desde estas páginas queremos agradecer sinceramente su trabajo a los doctores Félix Escudero, Enrique Cao y Antonio Rosino. Tanto ellos como los ponentes invitados en las diferentes reuniones merecen nuestro mayor respeto, tanto por su esfuerzo altruista como por su empeño por imprimir rigor y frescura a una actividad que desde la Junta Directiva consideramos imprescindible. La afluencia a este tipo de actos oscila entre 25-30 personas; si bien la participación y discusión son muy ricas y espontáneas, nos gustaría que os fidelizaseis a las mismas y acudierais con frecuencia. Además de aportaros información de interés en las diferentes áreas de conocimiento, sin duda aportaréis valor con vuestra opinión y los protagonistas verán de algún modo recompensado su esfuerzo. Os animo a que penséis sobre ello y a que, en la Asamblea Extraordinaria que se celebrará en el próximo Congreso, seáis críticos e innovadores para ayudarnos a enriquecer y reconducir, si así se decide, estas reuniones.

Con respecto a nuestro Congreso Regional, mantenemos los cambios iniciados el paso año. Queremos enfatizar algunos aspectos que consideramos del máximo interés.

- Hemos optado por mantener las mesas redondas y los “cara a cara”, claramente visibles en el programa definitivo.
- Para otorgar el premio a la mejor comunicación, el Comité Científico hará una selección de los 10 mejores trabajos que posteriormente serán puntuados por los asistentes al congreso.
- Introducimos 2 novedades en el premio Dr. Mariano Tomás. En primer lugar, un baremo de actividad científica a la hora de decidir el ganador que tendrá un peso de un 30% de la

puntuación final y que tiene por objeto estimular la producción científica de nuestros residentes. En segundo lugar, se ha sustituido la dotación económica del premio por una beca completa para un curso de formación laparoscópica en el Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón en Cáceres, adaptado a las necesidades del residente ganador.

- Por último, anunciaros un “premio sorpresa”, evidentemente de carácter científico para este nuevo curso, y que será comunicado durante el Congreso convenientemente.

Este año 2017 ha sido clave en otros proyectos de la AMU. De hecho, se ha elaborado un proyecto por parte de la Junta Directiva dirigida a la formación laparoscópica de nuestros residentes. Tal iniciativa ha sido presentada públicamente en el VIII Foro Regional de Formación Especializada por el Dr. Fernández Aparicio; en síntesis, se trata un itinerario formativo que afecta a nuestros residentes de 2º a 4º años que pretendemos incorporar al Plan Transversal del Residente. Las conversaciones con el responsable de Formación del Servicio Murciano de Salud están muy avanzadas, así como el decano de la facultad de veterinaria y el responsable de la Granja de dicha Facultad. Esta iniciativa es conocida por los tutores y los jefes de los servicios de urología docentes de nuestra CCAA, y confiamos en que se inicien las actividades propuestas durante este año. Esperamos el apoyo de todos vosotros.

Comentar también que ya disponemos en la web de todos los boletines completos de la AMU en formato digital; este es también el primer año en el que el boletín tendrá este formato exclusivamente, excepto una pequeña tirada de 15 ejemplares impresos que contribuirán a mantener la línea histórica. Este cambio también se traducirá en un nuevo formato, más actual, reflejo del esfuerzo por adaptarnos a los nuevos tiempos. Agradecemos encarecidamente al Dr. Mariano Pérez Albacete su constancia y empeño en esta tarea que consideramos fundamental en nuestra Asociación.

Durante este 2017 se han producido también hechos relevantes en nuestro medio. Como bien sabéis, y tras 22 años, el Dr. Bernardino Miñana ha dejado nuestra Comunidad Autónoma para marcharse a dirigir el Servicio de Urología de la Clínica Universidad de Navarra. Le agradecemos todo el trabajo realizado durante este tiempo y la visibilidad que ha aportado a la urología murciana, y le deseamos los mayores éxitos profesionales en esta nueva etapa. Queremos también felicitar a los Dres. Pablo Guzmán y Beatriz Honrubia por sus nombramientos de Jefe de Servicio de los Hospitales Reina Sofía y del Mar Menor respectivamente. Su capacidad queda fuera de toda duda, y sabemos que darán lo mejor de sí mismos en este nuevo desempeño.

Por último, permitid que nos dirijamos a todos y cada uno de vosotros, miembros de esta Asociación. Nuestro objetivo sois todos, y por ello os animamos a participar muy activamente de las actividades de la AMU durante este 2018. Queremos vuestras opiniones, vuestras ideas y vuestras críticas, queremos que las expreséis con libertad a través de todos los cauces de que disponemos, formales o informales; también, por supuesto, en la Asamblea Extraordinaria en la que nos gustaría que estuviéseis presentes. Únicamente así podremos crecer.

Recibid un afectuoso saludo.

*La Junta Directiva*

# XXIII Congreso anual de la Asociación Murciana de Urología

8 y 9 de febrero de 2018. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia



## Jueves 8 de Febrero de 2018

---

- 16:30-16:45 h Entrega de documentación
- 16:45-17:00 h Acto inaugural
- 17:00-18:30 h **Mesa de comunicaciones 1**  
Moderadores:  
Dr. Enrique Cao Avellaneda (Hospital General Universitario Santa Lucía)  
Dr. Damián García Escudero (Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor)
- 18:30-19:30 h **Cara a cara. Patología del suelo pélvico. Abordaje vaginal vs laparoscópico. Cirugía en diferido**  
Moderador:  
Dr. Felix Escudero Bregante (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca)  
Ponentes:  
Dr. Manuel Ruibal Moldes (Complejo Hospitalario de Pontevedra)  
Dr. Francisco Valle González (Hospital Valle del Nalón)
- 19:30-20:00 h Pausa café
- 20:00-21:00 h **Mesa de comunicaciones 2**  
Moderadores:  
Dr. Pedro Ángel López González (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca)  
Dr. Pablo Velilla Asurmendi (Hospital Rafael Méndez)

## Viernes 9 de Febrero de 2018

---

- 09:00-10:30 h **Mesa de comunicaciones 3**  
Moderadores:  
Dr. Andrés Sempere Gutiérrez (Hospital General Universitario Reina Sofía)  
Dr. Manuel José Segura Sánchez (Hospital Rafael Méndez)
- 10:30-11:00 h Pausa café

- 11:00-12:30 h **Mesa redonda multidisciplinar. Situación actual del CPMHS (Cáncer de Próstata Metastásico Hormonosensible). ¿Cómo lo tratamos?**  
 Moderador:  
 Dr Antonio Rosino Sánchez (Hospital General Universitario Morales Meseguer)  
 Ponentes:  
 Dr. Julián Oñate Celdrán. Urología (Hospital General Universitario Reina Sofía)  
 Dr. Silverio Ros Martínez. Oncología Médica (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca)  
 Dr: Antonio José Lozano Martínez. Oncología Radioterápica (Hospital. C. U. Virgen de la Arrixaca)
- 12:30-13:00 h **Conferencia 1. Tratamiento local de la enfermedad oligometastásica en el CPRC (Cáncer de Próstata Resistente a la Castración)**  
 Ponente: Dr. José Rubio Briones (Instituto Valenciano de Oncología)
- 13:00-14:00 h Asamblea / Examen de residentes
- 14:00-15:30 h Comida
- 15:30-17:30 h **Mesa de comunicaciones 4 (vídeos)**  
 Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez Valls (Hospital General Universitario Reina Sofía)  
 Dr. Bogdan Pietricica (Hospital General Universitario Morales Meseguer)
- 17:30-18:00 h **Conferencia 2. El rol del urólogo con las terapias diana en el cáncer renal**  
 Ponente:  
 Dr. Fernando Vázquez Alonso (Hospital Universitario Virgen de las Nieves)
- 21:00 h Cena oficial del congreso y entrega de premios

## COMITÉ ORGANIZADOR

### Presidente:

Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez Valls

### Vicepresidente:

Dr. Marcos Torres Roca

### Secretario:

Dr. Julián Oñate Celdrán

### Vocales:

Dr. Ángel Andreu García  
 Dr. José Miguel Jiménez López  
 Dr. Juan Pedro Morga Egea  
 Dr. Andrés Sempere Gutiérrez  
 Dr. Pedro Valdelvira Nadal

### Residentes:

Dra. Paula Samper Mateo  
 Dra. Ana Isabel Vílchez Costas  
 Dra. Olimpia Molina Hernández  
 Dr. Florencio Marín Martínez  
 Dra. Miriam Artés Artés

## COMITÉ CIENTÍFICO

### Presidente:

Dr. Julián Oñate Celdrán (Hospital General Universitario Reina Sofía)

### Vocales:

Dr. Carlos Sánchez Rodríguez (Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor)  
 Dra. Almudena Rodríguez Tardido (Hospital General Universitario Santa Lucía)  
 Dr. José David Jiménez Parra (Hospital Rafael Méndez)



# Saluda Servicio de Urología

Hospital General Universitario Reina Sofía

Como todos los años los Urólogos de la Asociación Murciana de Urología (AMU) tenemos la oportunidad de encontrarnos en nuestro Congreso Anual para poner en común temas que nos interesan, científicos unos, organizativos otros, pero sobre todo para buscar la “atención” lo más “excelente” de nuestros pacientes.

El Servicio de Urología del Hospital General Universitario “Reina Sofía” tiene el honor por tercera vez desde la fundación de la AMU de organizar el Congreso de la misma. Este año será el XXIII Congreso Anual. Contaremos con el nuevo formato que se estableció el pasado año, en dos días, jueves 8 y viernes 9 de febrero con dos mesas redondas muy interesantes: “Abordaje Vaginal versus Laparoscópico” y “Situación del Cáncer de Próstata metastásico hormonosensible y como lo tratamos” con ponentes de prestigio, los Dres. Rubial Moldes y Dr. Valle para la primera y moderada por Félix Escudero, y Dres. Oñate, Ros y Lozano para la segunda, moderada ésta por Antonio Rosino; dos conferencias de mucha actualidad: “Tratamiento local de la enfermedad oligometastásica en el Cáncer de Próstata Resistente a la Castración” impartida por el Dr. Rubio y “el Rol del urólogo con las Terapias Diana en el Cáncer Renal” por el Dr. Vázquez, dos grandes expertos en el panorama español. Además, tendremos las Mesas habituales de Comunicaciones, Videos y Posters con las aportaciones de sus autores y Servicios. Esperamos que sean atractivas para vosotros y que sirva de lugar de encuentro para compartir experiencias y conocimiento, que sea foro de opinión y reunión, y que aumente los lazos de fraternidad que la Urología murciana tiene a gala con ellos y con todos los que quieran participar de fuera.

Como todos conocéis he vuelto al Servicio en donde me formé después de veinte años, una vez que José Luis Rico solicitó la jubilación en marzo del año 2017, él sustituyó a Oscar Fontana desde el mes de septiembre de 2016. Muchas gracias a ellos por su dirección y esfuerzo. He encontrado un Servicio cambiado donde las nuevas técnicas: laparoscópicas, videoendoscópicas, percutáneas, etc. entre otras ocupan un gran espacio. Es para mí un honor y un reto volver a este gran Servicio, lo afronto con ilusión y entusiasmo y no cejaré en el empeño de conseguir que hagamos la vida a nuestros pacientes más fácil y mejor. No podía dejar de recordar a todos los compañeros que ya no están con nosotros, bien por jubilación o por fallecimiento y en especial a Mariano Tomás que nos dejó en el año 2012 y que era pieza fundamental del Equipo de Urología de este hospital. También muchas gracias por todo lo que hicieron.

Queremos, desde aquí invitaros a participar en este Congreso de TODOS y esperamos que el nivel científico de las actividades cumpla con vuestras expectativas y que podamos estrechar las relaciones personales y dar la bienvenida a todos los futuros urólogos que acudan por primera vez. Estamos a vuestra disposición.

*Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls*  
*Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

# Comunicaciones. Mesa 1

## **C-1.1 FACTORES PREDICTIVOS DE FALLO DE COLOCACIÓN DE CATÉTER DOBLE J RETRÓGRADO EN PACIENTES CON UROPATÍA OBSTRUCTIVA DE CAUSA ONCOLÓGICA**

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

*Hospital Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** Análisis de los factores clínicos predictivos del éxito o fracaso en la colocación de doble J retrógrado en pacientes con uropatía obstructiva de causa oncológica.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a derivación urinaria con catéter doble J por uropatía obstructiva a causa de enfermedad oncológica desde 2005 y 2016 en nuestro centro. Como variables se analizaron: edad, sexo, diagnóstico oncológico, estadio clínico, nivel de creatinina en sangre (dentro de las 48 horas previas al cateterismo), hemoglobinemia, hidronefrosis previa, grado de hidronefrosis y nivel de la obstrucción. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS 20.0 realizándose test estadístico t-student, chi-cuadrado y regresión logística.

**RESULTADOS.** Sobre 64 unidades renales se consiguió el cateterismo con éxito en 35 pacientes (54%); el total de pacientes fue de 47 (31 hombres y 16 mujeres). La edad media fue 69,95 años (38-93). La principal causa de uropatía obstructiva tumoral fue el cáncer de vejiga (24 pacientes); exceptuando este tipo de lesiones, los tumores de origen ginecológico y colo-rectal fueron los de mayor prevalencia. En la regresión logística, los factores de riesgo para la colocación fallida fueron creatinina prequirúrgica elevada mayor o igual a 2mg/dl OR 2,48 (IC95% 1,26-4,8) ( $p < 0,001$ ) y un estadio clínico IV ( $p < 0,025$ ). El grado de hidronefrosis no es estadísticamente significativo, aunque sí aprecia una tendencia.

**CONCLUSIONES.** La elevación prequirúrgica de la creatinina y el estadio clínico avanzado son marcadores de fracaso en la colocación de catéteres doble J por lo que estos pacientes pueden ser candidatos inicialmente a otras alternativas de derivación.

## **C-1.2 EXPERIENCIA INICIAL EN RETROPERITONEOSCOPIA EN NUESTRO CENTRO**

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN.** El abordaje retroperitoneal es una vía alternativa a la cirugía laparoscópica urológica clásica por la vía transperitoneal. Crea un espacio de trabajo extraperitoneal por acceso lumboscópico para realizar la cirugía renal a través de trocares de trabajo sin entrar a la cavidad peritoneal. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia inicial en el abordaje retroperitoneoscópico.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se revisan de forma retrospectiva los casos de cirugía retroperitoneal consecutivos realizados en nuestro centro entre diciembre 2013 y septiembre de 2017. Presentamos una serie de 30 pacientes, 15 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 58 años. El diagnóstico fue casual como hallazgo radiológico en 10 pacientes (33,3%), el síntoma más frecuente fue el dolor en 6 pacientes (20%) y la hematuria en otros 6 pacientes (20%). En la valoración de la escala ASA, 9 pacientes correspondían con un ASA II y 8 pacientes fueron ASA III. Para la comparación de medias en variables cuantitativas se ha empleado el estudio ANOVA y para variables cualitativas se ha utilizado el análisis Chi-cuadrado.

**RESULTADOS.** Se realizaron 7 nefrectomías simples (23.3%) por enfermedad renal benigna, 11 nefrectomías radicales (36.7%) por tumor cortical, 9 nefroureterectomías (30%) por tumor de vías, 1 nefrectomía parcial (3.3%) por tumor cortical y 1 linfadenectomía retroperitoneal de un tumor germinal testicular (3.3%).

Un total de 9 pacientes requirieron reconvertir, 8 de ellos a cirugía abierta (26.7%) y 1 a cirugía transperitoneal (3.3%). Como causas de reconversión: extensión tumoral o adherencias inflamatorias (8 pacientes, 26.7%) y sangrado (1 paciente, 3.3%).

El 76.7% no presentó ninguna complicación postoperatoria. La estancia media hospitalaria fue de 4.9 días. La diferencia en los niveles de hemoglobina sérica pre y postquirúrgica fue de 1.58 gr/dL y de creatinina sérica pre y postquirúrgica fue de 0.61 mg/dL. Según la escala Clavien-Dindo, 3 pacientes presentaron una complicación grado I, 4 Clavien II y 1 Clavien IIIb.

**CONCLUSIÓN.** El abordaje retroperitoneoscópico es una alternativa segura a la laparoscopia transperitoneal tradicional que permite el abordaje mínimamente invasivo del retroperitoneo en casos con cirugías previas abdominales evitando la manipulación de las vísceras abdominales y sus posibles complicaciones.

### **C-1.3 CURVA DE APRENDIZAJE EN HOLEP**

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

**INTRODUCCIÓN.** La enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) es una técnica quirúrgica endourológica para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP). Su utilización está recomendada para próstatas de cualquier tamaño, aunque debido a los requerimientos tecnológicos y su gran complejidad técnica sólo se realiza en centros especializados.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Presentamos el análisis prospectivo de 87 pacientes operados entre octubre de 2012 y Julio de 2017. La media de edad fue de 72 años (47-92). La media del volumen prostático fue de 70 cc (23-160). La media de IPSS previo fue de 22 y 23 (26,4%) pacientes estaban sondados a permanencia. La media de PSA previo a la cirugía era 4.89 y el flujo máximo previo era 8.8 (3-16.9) ml/s. Se llevó a cabo una división de los pacientes en 3 grupos para objetivar diferencias entre el inicio y final de la serie con un seguimiento mínimo de 6 meses. En el análisis de datos se empleó el estudio ANOVA para variables cuantitativas y el análisis Chi-cuadrado para variables cualitativas.

**RESULTADOS** El volumen de tejido morcelado fue 59.21 cc (4-154). En 6 casos se realizó cirugía combinada con resección con asa bipolar, y en 4 casos hubo que convertir a cirugía abierta. La diferencia de niveles de hemoglobina entre el preoperatorio y postoperatorio fue de 1.8 gr/dL, requiriendo transfusión 8 (9%) de los casos. La estancia media postoperatoria fue de 2 (1-11) días. La retirada de la sonda se produjo a los 3.46 (1-14) días. La diferencia de PSA a los 6 meses fue de 3.26 ng/ml. La media de IPSS tras la cirugía fue de 4.29 puntos y de Q máx 23.15 ml/s. Se diagnosticó de manera incidental adenocarcinoma de próstata en 13 (14%) pacientes. Encontramos diferencias con tendencia a la disminución de complicaciones, transfusiones y estancia hospitalaria en los 3 grupos consecutivos.

**CONCLUSIONES.** La enucleación prostática con láser de Holmio es una técnica segura y efectiva en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata, que requiere una curva de aprendizaje, pero una vez alcanzada permite disminuir la morbilidad de la cirugía clásica desobstructiva prostática.

### **C-1.4 CATÉTERES DOBLE J: ESTUDIO DE LA MORBILIDAD ASOCIADA EN NUESTRO MEDIO**

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

**INTRODUCCIÓN.** El empleo de catéteres doble J se ha convertido en una práctica rutinaria en nuestra actividad clínica. A pesar de ser un procedimiento ampliamente extendido, se asocia a múltiples efectos adversos con una tolerabilidad altamente variable.

El objetivo del trabajo aquí presente es mostrar las principales complicaciones asociadas a la implantación de estos catéteres, así como, estudiar la posible relación entre la aparición de las mismas, la estatura del paciente y la ubicación del extremo distal del catéter en vejiga.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudiamos la población portadora de catéter doble J (Rusch®, 6 Ch y 28 centímetros de longitud) en nuestro Centro entre los meses de abril a noviembre de 2017

Valorándose la sintomatología asociada al catéter mediante el cuestionario validado USSQ que incorpora cuestiones acerca de sintomatología urinaria, dolor y necesidad de analgesia, así como el impacto en la actividad laboral, social y sexual.

Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba T de student y chi cuadrado.

## RESULTADOS

|      | MUJERES | VARONES |
|------|---------|---------|
| n=52 | 21      | 31      |

| Motivo colocación | Técnica endourológica | CRU/pielonefritis | CPRC | Otras cirugías |
|-------------------|-----------------------|-------------------|------|----------------|
| n                 | 39                    | 5                 | 5    | 3              |

Un total de 30 pacientes presentaron algún tipo de dolor relacionado con el catéter (24 pacientes Clavien II vs 6 pacientes Clavien I). La frecuencia miccional es el síntoma urinario más frecuentemente referido, presente hasta en el 83.7% de los encuestados.

|                  | Ninguna | Leve  | Moderada | Intensa |
|------------------|---------|-------|----------|---------|
| Actividad física | 9.8%    | 54.9% | 29.4%    | 5.9%    |

|                  | Ninguna | Normal |
|------------------|---------|--------|
| Actividad Social | 15.7%   | 84.4%  |

|                   | De baja | En activo | En paro | Jubilados |
|-------------------|---------|-----------|---------|-----------|
| Actividad Laboral | 51%     | 5.9%      | 33.3%   | 9.8%      |

|                  | SI    | NO    |
|------------------|-------|-------|
| Actividad Sexual | 25.5% | 74.5% |

Observamos una relación estadísticamente significativa en varones con una menor estatura y la aparición de nicturia ( $p=0.040$ ), así como, entre la nicturia y la presencia del J distal sobrepasando línea media vesical ( $p=0.020$ ). Se observa además una tendencia al incremento en la frecuencia miccional en pacientes de menor estatura.

**CONCLUSIONES.** A tenor de los resultados obtenidos, parece razonable adecuar la longitud del catéter a la estatura del paciente tratando de minimizar su impacto en la sintomatología.

### C-1.5 USO DE CLASIFICACIÓN CLAVIEN-DINDO MODIFICADA EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: FACTORES PREDICTIVOS Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

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

**OBJETIVO.** Identificar factores predictivos de complicaciones en nefrolitotomía percutánea (NLP) utilizando el sistema de Clavien modificado.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio retrospectivo en el que se incluyen 57 pacientes y 67 NLP en posición de Galdakao realizadas en el Hospital Morales Meseguer entre 2013 y 2017.

Variables analizadas: comorbilidades, IMC, volumen litiásico y complicaciones perioperatorias. Se clasifican las complicaciones derivadas de estos procedimientos utilizando el sistema de Clavien modificado. Los datos fueron analizados mediante SPSS 20.

**RESULTADOS.** Se detectaron complicaciones en el 37,9%. Las complicaciones más frecuentes fueron de grado 1 en un 16,7%, 13,6% fueron clasificadas como grado 2 por requerir tratamiento médico adicional, 3% como grado 3A, 1,5% como grado 3B y un 1% como grado IV. En el análisis univariante el cultivo de orina positivo (52,2% de los casos) previo a la intervención, las litiasis de mayor tamaño asociada a hidronefrosis y mayor edad y ASA mostraron una asociación estadísticamente significativa con la aparición de complicaciones ( $p < 0,05$ ). No se encontró asociación entre el tiempo quirúrgico y las complicaciones.

**CONCLUSIONES.** El uso de la clasificación Clavien- Dindo modificada puede ayudar a controlar y analizar la aparición de complicaciones y con ello, generar estrategias de mejora. La positividad del cultivo preoperatorio, las litiasis complejas obstructivas, la mayor edad y ASA demostraron ser factores predictivos de estas complicaciones en nuestra serie.

### **C-1.6 GANGRENA DE FOURNIER: EVALUACION DE ESCALAS PRONOSTICAS EN UN CENTRO**

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

*Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer, Murcia*

**INTRODUCCIÓN.** La gangrena de Fournier (GF) es una infección polimicrobiana con alta tasa de mortalidad que debe tratarse de forma precoz y agresiva. Con el fin de detectar aquellos pacientes con riesgo de progresión y mortalidad, se han desarrollado escalas pronósticas para las cuales aún no existe consenso sobre la puntuación con mayor valor predictivo de severidad.

Objetivo: realizar un análisis descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos de GF atendidos en nuestro centro, y analizar la utilidad de las escalas pronósticas actuales en el manejo de los pacientes.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** se realizó un análisis descriptivo retrospectivo en período de 8 años (01/2008-12/2016) de los pacientes diagnosticados de GF en el Hospital General Universitario J.M Morales Meseguer. Se aplicaron las escalas de Laor y Udulag y se comparó dicha puntuación con la supervivencia de los pacientes.

**RESULTADOS.** Se han detectado 35 casos, siendo válidos para este estudio 30. El 93% de los pacientes eran varones, siendo la edad media de la serie de 66 años. Como comorbilidades asociadas, destaca la presencia de diabetes mellitus en el 53% de casos. Fue necesario el desbridamiento quirúrgico en todos los pacientes, requiriendo reintervención el 76,7% de los casos (23 pacientes) y estancia en UCI el 80% de los casos con una estancia media en dicha unidad de 10,2 días.

La tasa de mortalidad fue del 23,3% (7 casos) siendo variables de mal pronóstico estadísticamente significativas la estancia hospitalaria ( $p=0.007$ ) y el valor en la escala de Udulag ( $p=0.027$ ). Otras variables presentes en las escalas no han demostrado ser factores pronósticos estadísticamente significativos.

**CONCLUSIONES.** La GF continúa siendo una infección con alta morbimortalidad, aunque poco frecuente. En la muestra de pacientes de nuestro estudio, solamente la escala de Udulag demostró tener valor predictivo de severidad. Las escalas actuales son extensas y difícilmente valorables al momento del diagnóstico. Por lo cual, parece necesaria la revisión y ajuste de dichas escalas para aumentar su valor predictivo y facilitar su uso.

### **C-1.7 ¿CUÁNTO HIPOGONADISMO DE INICIO TARDÍO DEBERÍAMOS ESPERAR EN NUESTRAS CONSULTAS?**

*Izquierdo Morejón, E., Miñana López, B.\*, Romero Hoyuela, A., Fernández Aparicio, Rivero Guerra, A., Barceló Bayonas I., Pardo Martínez, A., Muñoz Guillermo, V., Jiménez Peralta D., Pietricá, B., Carrillo George, C., Rosino Sánchez, A.*

*Hospital Morales Meseguer. Murcia. (\*) CUN. Madrid*

**INTRODUCCIÓN.** Ante el interés del hipogonadismo de inicio tardío (HIT) y el Sd-Metabólico, analizamos la prevalencia del HIT, en nuestro medio de Atención Primaria (AP) y Urología (U), y las diferencias entre los pacientes hipogonádicos.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio observacional, transversal y prospectivo. 208 pacientes consecutivos mayores de 55 años, en AP (n=107) y urología (n=101) desde 02/2010 hasta 04/2011.

Calculamos la prevalencia de HIT con el valor de TT (<8 nmol/l) y el del cuestionario AMSS (Ageing Male Symptoms Score) mayor de 27 ptos en sus subescalas (psíquica, somatovegetativa y sexual) .

Realizamos análisis multivariante y Odds Ratio (OR) para conocer si el hecho de padecer las alteraciones del SM favorecía el déficit hormonal, mediante TT y los datos del SM.

**RESULTADOS.** La TT media fue 17.4 nmol/L. Encontramos diferencias e.s. ( $p<0,03606$ ) en el valor de TT media entre Urología (18,52 nmol/L ó 534,15 ng/dl) y AP (16,36 nmol/L ó 471,75 ng/dl), mayor en pacientes de Uro. El 12,98% (n=27) tenían TT baja, distribuidos el 19,63% (n= 21) en AP y el 5,94% (n=6) en U ( $p<0.007$ ).

En A. multivariante encontramos asociación e.s. de la TT y el perímetro abdominal elevado, descendiendo 6.8 ng/dl ( $p<0.001$ ) por cada cm. En Odds Ratio, hiperuricemia favorecería 2.95 veces testosterona baja en la serie completa ( $p< 0.005$ ) y en la serie urológica. Para  $TT<12\text{nmol/l}$ , la hipertensión y el hipercolesterolemia favorecerían el hipogonadismo (2.27 y 1.94 veces respectivamente.  $P<0.005$ ).

La puntuación media del AMSS fue superior AP respecto de Urología (41.1 frente 29.7,  $p<0.00001$ ) y también en la subescala de síntomas psicológicos ( $p<0.00109$ ), somatovegetativos ( $p<0.00006$ ) y sexuales ( $p<0.00$ ).

Todos los pacientes hipogonádicos tuvieron afectación del AMSS, frente al 52% de no hipogonádicos, con mayor afectación tipo leve (53.85%) en ambos respectivamente (53.85% y 23.53%).

**CONCLUSIONES.** La prevalencia de HIT fue 12.98% (19.63% AP frente al 5.9% en U). El perímetro de cintura asoció déficit de testosterona, descendiendo 6.8 ng/dl por cada centímetro. la hiperuricemia mostró un OR de 2.9 veces en hipogonádicos. Probablemente debamos sospechar el HIT en pacientes con disfunción eréctil y Síndrome Metabólico.

### **C-1.8 TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA DEL TUMOR VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO DE BAJO RIESGO MEDIANTE FULGURACIÓN AMBULATORIA CON LÁSER DE HOLMIUM.**

*RIVERO GUERRA, A.; FERNÁNDEZ APARICIO, T.; BARCELÓ BAYONAS, I.; PARDO MARTÍNEZ, A.; MUÑOZ GUILLERMO, V.; JIMÉNEZ PERALTA, D.; CARRILLO GEORGE, C.; PIETRICICA, B.N.; IZQUIERDO MOREJÓN, E.; ROSINO SÁNCHEZ, A.; ROMERO HOYUELA, A.; HITA VILLAPLANA, G.  
Hospital Morales Meseguer. Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO.** Los tumores vesicales no musculo-invasivos presentan una elevada tasa de recurrencias y una baja tasa de progresión. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad, seguridad y factibilidad de la fulguración con láser Holmium en régimen ambulatorio en tumores seleccionados.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Estudio prospectivo, longitudinal, de cohortes (enero de 2009 hasta diciembre de 2016). Se realizaron 79 procedimientos de fulguración con láser Holmium + instilación posterior de MMC en régimen ambulatorio en 59 pacientes con historia de neoplasia vesical de bajo riesgo y recidivas papilares de pequeño tamaño. Se realiza un análisis descriptivo de los datos y se analiza el tiempo libre de recidiva mediante curvas de Kaplan-Meier.

**RESULTADOS.** Todos los procedimientos se completaron en el día y sólo un paciente precisó ingreso posterior por hematuria. El 87.2% de los pacientes presentó dolor con  $EVA \leq 3$ , con una mediana de  $EVA = 1$ . Se objetivó recidiva tras el 49.4% de los procedimientos (27.3% a los 12 meses). La mediana de seguimiento fue de 17 meses (rango 2-65). La aparición de recidiva fue significativamente más precoz tras la segunda fulguración que tras la primera (mediana: 10 meses vs 56 meses). Tres pacientes experimentaron progresión local (de grado o estadio) que en ningún caso requirió de cistectomía.

**CONCLUSIONES.** La fulguración con láser Holmium + instilación posterior de MMC en régimen ambulatorio es una alternativa segura y factible a la RTUv en pacientes con tumores seleccionados. Probablemente sea recomendable realizar una RTUv en los pacientes con recidiva tras fulguración, dado que posiblemente el riesgo de progresión en estos pacientes es superior.

### **C-1.9 ¿PODEMOS PREDECIR LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL?**

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

*Servicios de Urología y Radiodiagnóstico, Hospital Morales Meseguer (Murcia)*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La nefrectomía parcial es el tratamiento de elección en tumores renales T1a y T1b con resultados oncológicos equiparables a la nefrectomía radical. En este estudio analizamos la relación entre diferentes características anatómicas del tumor y las escalas PADUA y RENAL con las complicaciones postquirúrgicas.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes con tumor renal sometidos a nefrectomía parcial en nuestro centro desde 2012 a 2017.

**RESULTADOS.** 39 pacientes son válidos para este estudio (60% hombres y 40% mujeres). La edad media fue de 64 años (44-86). El 80% presentaban tumor T1a, el 15% T1b y el 5% T2. En el 16% la indicación de nefrectomía parcial fue absoluta. El 90% de las intervenciones se realizaron por vía laparoscópica.

Los resultados anatomopatológicos fueron: 49% carcinoma renal de células claras, 23% papilar, 7.7% cromóforo y 20% benigno (angiomiolipomas y oncocitomas). La mediana del tiempo de isquemia fue de 20 minutos (RI 16-29.). 4 pacientes tuvieron márgenes positivos. El tiempo medio de seguimiento fue de 22 meses, recidivando dos 2 pacientes (márgenes negativos previamente).

El 35% de los pacientes presentaron algún tipo de complicación (grado I en 8 pacientes, grado II en 3 pacientes, grado III en 2 pacientes, grado IV en 1 paciente, según la clasificación de Clavien-Dindo). La mediana de tiempo de hospitalización fue de 3 días (RI 3-5).

Se analiza la presencia de complicaciones postquirúrgicas con las características anatómicas del tumor (distancia al sistema colector o seno ( $p=0.009$ ), tamaño ( $p=0.06$ ), proporción exofítica (NS), localización longitudinal (NS), localización en cara anterior o posterior (NS), localización en borde medial o lateral (NS) y relación con el hilio (NS)) y con las escalas PADUA (NS) y RENAL(NS).

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie, la presencia de complicaciones se asocia significativamente a una mayor proximidad al sistema colector o seno. También vemos una tendencia respecto a un mayor tamaño tumoral, aunque sin alcanzar significación estadística, probablemente debido al tamaño de la serie. No hemos demostrado utilidad en el resto de características analizadas, ni en las escalas PADUA y RENAL como predictoras de complicaciones.

### **C-1.10 ECOGRAFÍA URETRAL CON CONTRASTE ¿ES UNA ALTERNATIVA REAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ESTENOSIS DE URETRA?**

*Martínez Gómez G.1; Escudero Bregante J.F.1; Balmaceda T.2; Martínez D.2; Berná Mestre J.D.2; Canteras M.3; García Hernández J.A.1; Berná Serna J.D.2*

*Servicio de Urología1. Servicio de Radiodiagnóstico2. Departamento de Estadística UM.3. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La estenosis de uretra (EU) masculina es una patología compleja de etiología diversa. Generalmente, para su diagnóstico se emplea como técnica de imagen la uretrografía retrógrada (UGR) y la cistouretrografía miccional (CUMS).

Hoy en día disponemos de técnicas de imagen con ultrasonidos y contraste (US+CE) que permiten un estudio completo del nivel de la estenosis, longitud y del entorno de la misma, visualizando la espongioplasia (la sonouretrografía retrógrada con contraste (SUGR) y la sonocistografía miccional con contraste (SCUMS)).

El objetivo de este estudio es comparar las técnicas clásicas con radiación frente a las que emplean ultrasonidos.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó un estudio prospectivo en nuestro hospital entre septiembre de 2011 y junio de 2015. Se incluyeron a aquellos pacientes que en la UGR presentaban una estenosis de uretra en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron: cualquier enfermedad neurológica que impida el vaciado voluntario vesical y manipulación uretral entre ambas técnicas.

Se analizó la confortabilidad de la prueba empleado la escala visual analógica (EVA) de 0-10.

El análisis estadístico se realizó utilizando el software SPSS 17.0. Análisis de variables cualitativas con McNemar ( $p<0.05$ ).

**RESULTADOS.** Se incluyeron a 113 hombres con una mediana de edad de 55 años (R: 14-86). En 11 casos en los que no se pudo realizar por la característica de la estenosis no se pudo realizar ni CUMS ni SCUMS. Los 102 casos restantes se sometieron a las pruebas con US+CE.

SUGR (102): 49 EU anteriores. En un 10,2% la SUGR tenía una mejor capacidad de detección ( $p < 0.05$ ). La espongiofibrosis no se visualizó en 9 casos y en los otros 40 casos → leve ( $n=10$ ), moderado ( $n=18$ ) y severo ( $n=12$ ). SCUMS (102): 82 EU posteriores. En el 7,3% SCUMS visualizó áreas que la CUMS no pudo, mayor capacidad de detección ( $p < 0.05$ ).

El nivel de dolor se registró en 110 de los 113 casos con una media en la EVA de  $0.4 \pm 0.5$  (rango, 0-1.9):

**CONCLUSIONES.** Las técnicas de imagen realizadas con US+CE nos permiten una buena identificación de la EU, sin apenas molestias para el paciente y evitando la radiación.

## Comunicaciones. Mesa 2

### C-2.1 ABORDAJE TRANSPERITONEAL PARA LINFADENECTOMÍA AMPLIADA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

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

*Hospital Morales Meseguer. Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** Ver si la vía de abordaje para linfadenectomía en prostatectomía radical laparoscópica muestra diferencias en complicaciones y en resultados.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos de prostatectomía radical y linfadenectomía ampliada desde 2009 hasta noviembre de 2017, se considera linfadenectomía ampliada aquella en la cual se han extraído al menos 10 ganglios y que en el parte quirúrgico se especifica el territorio obturador e ilíaco, encontrando 69 casos (4 abiertas, 45 laparoscópicas extraperitoneal, 20 laparoscópicas intraperitoneal). Se analizaron como variables: edad, ASA, PSA prequirúrgico, Gleason, estadio patológico, número de ganglios extraídos, número de ganglios positivos, invasión perineural, márgenes quirúrgicos libres, linforrea (considerando más de 100cc de débito por drenaje diario durante más de 3 días descartando orina), linfocele sintomático (así como si fue tratado o no), complicaciones vasculares, días de estancia hospitalaria y cirujano principal de la intervención. Los datos son analizados con el programa estadístico SPSS 20.0.

**RESULTADOS.** La edad media fue de 64,08 años (46-76). La media de ganglios extraídos fue de 20,31 (10-39). Se encontró 8 casos de linfocele sintomático siendo en todos ellos tras linfadenectomía extraperitoneal (OR: 9,29 (IC95% 0.5-169)  $p=0.13$ ). Se objetivó un mayor número de ganglios extraídos con linfadenectomía transperitoneal (media 25,35 ganglios) con respecto a la linfadenectomía extraperitoneal (18,73 ganglios) estadísticamente significativa ( $p < 0.002$ ). No se ha visto un aumento de linforrea, ni de días de estancia hospitalaria con respecto a la vía de abordaje; así como de lesiones vasculares. Los urólogos que han realizado mayor número de linfadenectomías tienen mayor media de ganglios extraídos siendo la media de 23,69 de ganglios del cirujano con mayor número de intervenciones, y de 16 ganglios el segundo cirujano que más linfadenectomías ha realizado ( $p < 0.001$ ).

**CONCLUSIONES.** La linfadenectomía transperitoneal permite la extracción de mayor número de ganglios sin aumento de complicaciones, y disminuyendo además la posibilidad de linfocele sintomático. Podemos añadir que cuanto mayor número de linfadenectomías realizadas por urólogo, mayor número de ganglios son extraídos.

## C-2.2 MONODOSIS DE LEVOFLOXACINO VS CIPROFLOXACINO PAUTA LARGA PARA LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL

Artés Artés, M.; Samper Mateo, P.; Vilchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Oñate Celdrán, J.; Torres Roca, M.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Jimenez Lopez, J.M.; Andreu García, A.; Martínez-Valls Guzman P.L.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

**INTRODUCCIÓN.** La biopsia prostática transrectal ecodirigida (BPTED) es el método gold standard para diagnosticar el cáncer de próstata. Aunque es un procedimiento seguro, no está exento de complicaciones, como procesos infecciosos. Por ello la profilaxis antibiótica es necesaria, pero no existe consenso en la pauta y antibiótico a utilizar.

**OBJETIVOS.** Evaluar y comparar la efectividad de administrar monodosis de levofloxacin frente a tratamiento con ciprofloxacino durante 5 días en la prevención de complicaciones infecciosas derivadas de la BPTED.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza estudio prospectivo, con aleatorización 1:1 (dosis única de 500mg de levofloxacin oral vs. 500mg de ciprofloxacino oral dos veces al día durante 5 días), no ciego, sobre 250 pacientes sometidos a BPTED entre 2013 y 2016. Se revisaron las complicaciones surgidas hasta 30 días después del procedimiento y se catalogaron según clasificación de Clavien–Dindo modificada. Para la comparación de eventos en ambos grupos se utilizó la prueba de Chi-cuadrado o exacta de Fisher.

**RESULTADOS.** No se constataron diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo evaluados en ambos grupos. Se observaron complicaciones en 11 pacientes (4.4%), correspondiendo un 4.8% a los tratados con ciprofloxacino y un 4% con levofloxacin. Sólo 2 pacientes sufrieron infecciones, 1 de cada grupo (0.8%). 5 fueron clasificados como grado 1 y 6 como grado 2 según Clavien–Dindo. No se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones desarrolladas.

|                        | CIPROFLOXACINO | LEVOFLOXACINO | P     |
|------------------------|----------------|---------------|-------|
| <b>FACTORES RIESGO</b> |                |               |       |
| Edad                   | 67.66          | 67.37         | 0.81  |
| VP                     | 50.81          | 52.40         | 0.597 |
| DM                     | 28             | 28            | 1.00  |
| HTA                    | 63             | 67            | 0.613 |
| Dislipemia             | 42             | 53            | 0.152 |
| Immunodeprimidos       | 1              | 1             | 1.00  |
| ACO/AA                 | 28             | 33            | 0.462 |
| ITUs                   | 13             | 17            | 0.436 |
| STIU                   | 68             | 64            | 0.612 |
| <b>COMPLICACIONES</b>  |                |               |       |
| ITU                    | 1              | 1             |       |
| Hematuria              | 2              | 1             |       |
| Hematospermia          | 0              | 1             | 1.00  |
| Hematoquecia           | 2              | 2             |       |
| RAO                    | 1              | 0             |       |
| TOTAL                  | 6              | 5             | 0.758 |

**CONCLUSIONES.** El levofloxacin 500mg en régimen de monodosis ha demostrado no ser inferior al tratamiento con ciprofloxacino 5 días en nuestro medio. Dada su efectividad, facilidad de administración, menor coste y probabilidad de desarrollo de resistencias, concluimos que el levofloxacin 500mg en dosis única es el antibiótico de elección en nuestro medio para la profilaxis previa a la realización de BPTED.

### **C-2.3 ESCLEROSIS TUBEROSA: LA IMPORTANCIA DE LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR EN SU MANEJO Y NUESTRA EXPERIENCIA.**

*Martínez Gómez, G.1, Martínez Jiménez V.2, López Cubillana P. 1, Prieto González A.1, Tortosa Conesa D.3, Sánchez Pedreño P.4, Vicente Calderón C.5, Martínez Salcedo E.6.*

*1. Servicio de Urología. 2. Servicio de Nefrología. 3. Servicio de Neurología. 4. Servicio de Dermatología. 5. Servicio Nefrología Pediátrica. 6. Servicio Neurología Pediátrica.*

*2. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar, Murcia.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** Dentro de las denominadas enfermedades raras encontramos el complejo Esclerosis Tuberosa (CET). Debido a su carácter genético y a su posible afectación multisistémica presenta una complejidad importante.

Entre la clínica típica destaca la presencia de tumores cerebrales (tumores corticales y astrocitoma subependimarios de células grandes), angiofibromas cutáneos, angiomiolipomas renales (AML), etcétera. El pronóstico de esta enfermedad a largo plazo viene definido por las lesiones cerebrales y renales.

#### **OBJETIVOS.**

- Presentar la población actualmente identificada dentro del CET en nuestra área.
- Mostrar el beneficio que aporta al paciente la coordinación multidisciplinar de la unidad de ET.
- Presentar nuestra experiencia con el empleo de Everólimus en el tratamiento de los AML en ET.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** La unidad de ET fue creada en febrero de 2016. Esta se reúne de forma trimestral para valoración de nuevos casos y realizar la coordinación de pruebas y visitas. Se incluyen todos los pacientes con diagnósticos de ET (pediátricos y adultos). Las variables analizadas son: edad, sexo, tumores cerebrales, AML, angiofibromas, fibromas subungueales, rabdomioma cardíaco, linfangioleiomiomatosis. Filtrado glomerular (FG), Proteinuria, Hipertensión, dislipemia, diabetes, estudio genético y tratamiento con inhibidores de m-TOR y tolerabilidad.

**RESULTADOS.** Actualmente contamos con 25 pacientes diagnosticados de ET (48% mujeres). La mediana de edad es de 12,5 años (rango 4 – 74 años).

Un 60 % de ellos presentan AML. El FG es menor de 90 ml/min en un 20%. Un 24% de los pacientes han recibido tratamiento con Everolimus. Se presentó una complicación grave – neumonitis – que precisó retirada del fármaco, y dos hepatitis que resolvieron con el ajuste de dosis.

Los pacientes tratados con Everolimus presentan los AML estables en tamaño tras iniciar el tratamiento, sin necesidad de emplear otro tipo de tratamientos.

**CONCLUSIÓN.** La coordinación multidisciplinar que se consigue con la creación de la unidad de ET facilita orientar el tratamiento más adecuado de estos pacientes y permite la derivación de otros centros con menor experiencia con este tipo de pacientes.

Everolimus supone una opción terapéutica con un perfil de seguridad aceptable que ha de valorarse en paciente con ET y AML.

### **C-2.4 VIGILANCIA ACTIVA: FACTORES PRONÓSTICOS**

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

*Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN.** La vigilancia activa (VA) está recomendada en las principales guías urológicas para el manejo de adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Realizamos un estudio retrospectivo de 106 pacientes incluidos en nuestro protocolo de vigilancia activa, desde marzo-2012. Se realiza descripción de la población y estudio de factores pronósticos. Utilizamos las pruebas: "T" student; Mann-Whitney; Chi cuadrado; curvas de Kaplan-Meier (log-rank) y Regresión Logística, con  $p < 0.05$ .

**RESULTADOS.** Descripción de la población (mediana, rango): Edad: 66 años (45-78), tiempo de seguimiento: 12 meses (1-64), PSA inicial 6.1 (1.32-11.9), TDPSA: 45 meses (-104-1312) y velocidad de PSA: 0.77 años (-2.7-5.26). El 50.9% de los pacientes permanecen en vigilancia activa. El 49.1% restante abandonaron el protocolo de VA por: progresión local:14 (13.2%); progresión patológica:9(8,5%); ambas: 9(13.2%), ansiedad:2(1,9%), resultados RMN/PSA:6 (5.7%); OTROS:7(6.6%).

Se realizó resonancia magnética nuclear(RMN) a 44 pacientes (41,9%): De los pacientes con resultado negativo (60%) presentaron progresión un 9'5% de los casos, frente a los pacientes con foco sospechoso (40%) que progresaron un 42.8%(p:0.021). En los pacientes con RMN negativa la estimación de estar libres de progresión a los 5 años fue del 89.5%, frente al 27.3% de los pacientes con foco sospechoso en RMN (p:0.016).

La Progresión/finalización VA según el número de cilindros afectados fue: Pacientes con hallazgo incidental de CaP en RTU (7):14.2%/14'2%; 1 cilindro (72):31.9%/45.8%; 2 cilindros (23):52.1%/69.5%; 3 cilindros (4):25%/50% (p:0.189/0.05). En los pacientes con 1 cilindro afectado la estimación de estar libres de progresión a los 5 años fue del 42%, frente al 19.2% de los pacientes con 2 cilindros afectos (p:0.037).

Se encontraron diferencias en cuanto a cinética de PSA. Pacientes con progresión: TDPSA/velPSA media: 40.5meses/1.36 ng/ml/año frente a pacientes sin progresión: TDPSA/velPSA media:107meses/0.64ng/ml/año (p:0.05/0.02).

El 46.2% de los pacientes con TDPSA< 10 años progresaron, frente al 7.6% de los pacientes con TDPSA>10 años (p:0.010). El 51.4% de los pacientes con velocidad PSA>75ng/ml/año progresaron, frente al 22.5% de los pacientes con velocidad de PSA<75ng/ml/año (p:0.016).

**CONCLUSIONES.** El resultado positivo en la RMN, la afectación de 2 cilindros en la biopsia inicial, y una cinética de PSA desfavorable suponen un mayor riesgo de progresión.

### **C-2.5 UTILIDAD DE LAS HERRAMIENTAS EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. VALOR DE LA RMN.**

*Rull Hernández, J; López González, PA; Martínez Gómez, Gloria; Fernández Garay, JC; Martínez Muñoz, Rocío; Vidal Crespo, N; Moreno Alarcón, C; López Cubillana, P; Rigabert Montiel, M; Servet Pastor, G; Prieto González, A; Escudero Bregante, F; Tornero Ruiz, J; Nicolás Torralba, JA; García Hernández, JA; Gómez Gómez, GA.*  
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La baja especificidad del PSA en el diagnóstico del cáncer de próstata ha dado lugar a la aparición de nuevas herramientas, como los marcadores (PCA3 y test 4k) y la resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp), que intentan ayudarnos a la hora de decidir en qué paciente se indica una biopsia prostática. Realizamos una revisión de nuestros pacientes en los que se ha utilizado alguna de estas pruebas.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio retrospectivo de 137 pacientes con biopsia previa negativa. Para valoración de las pruebas realizamos estudio de área bajo la curva y parámetros de sensibilidad, especificidad, Valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN). Descripción de la población (mediana/rango): Edad: 66 años (45-79); PSA: 7.49(3.5-58); cociente L/T: 0.18(0.05-0.42); volumen prostático: 48.5(10-110). Todos los pacientes con biopsias previas negativas: 1 biopsia 35%; 2 biopsias:39,4%, 3 o más biopsias:25,6%. Pruebas realizadas: Rmn 63 casos (46%); Pca3: 12 casos (8.8%); 4k: 13 casos (9.5%); Rmn y pca3: 25 casos (18.2%); Rmn y 4k: 14 casos (17.5%).

**RESULTADOS.** Se realizaron 66 biopsias, siendo positivas 18 (27.3%).

Test 4k (punto de corte:11): Mediana 6 (1-90). Resultado ≥11: 9 casos (23.7%)

Test pca3(punto de corte:35): Mediana 19(3-134). Resultado ≥ 35: 11 casos (30.6%)

Resonancia en HUVA 63 casos y externa en 39 casos.

Resultado de RMN: negativa: 53 casos 53%; pirads3:24 casos (24%); pirads4:8 casos (8%), pirads5: 5 casos (5%); foco sospechoso sin pirads:10 casos (10%)

| Prueba  | Área  | Sensibilidad | Especificidad | VPP  | VPN  |
|---------|-------|--------------|---------------|------|------|
| 4k      | 0.718 | 100          | 53.8          | 33.3 | 100  |
| Pca3    | 0.658 | 66.6         | 57.8          | 20   | 83.3 |
| PSA     | 0.614 |              |               |      |      |
| PSA L/t | 0.747 |              |               |      |      |
| Pca3 25 |       | 100          | 52.6          | 20   | 100  |

| Prueba               | Sensibilidad | Especificidad | VPP  | VPN  |
|----------------------|--------------|---------------|------|------|
| RMN pirads3          | 64.7         | 38            | 29.7 | 72.7 |
| RMN pirads4          | 47           | 73.8          | 42.1 | 77.5 |
| RMN HUVA<br>Pirads3  | 63.6         | 40            | 31.8 | 71.4 |
| RMN HUVA<br>Pirads4  | 36.3         | 92            | 66.6 | 76.6 |
| RMN otros<br>Pirads3 | 66.6         | 35.2          | 26.6 | 75   |
| RMN otros<br>Pirads4 | 66.6         | 47            | 30.7 | 80   |

**CONCLUSIONES.** Se aprecia una adecuada rentabilidad de las nuevas herramientas pca3, 4k y RMNmp. Adecuado VPP de la RMN-pirads4, siendo superior las realizadas en nuestro centro (VPP:66.6%). Adecuado VPN de pca3 y 4k.

### C-2.6 CALIDAD DE VIDA VALORADA CON EL CUESTIONARIO EPIC-26 EN PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMIA RADICAL

*Molina Hernández O., Samper Mateo P., Vílchez Costas A.I., Marín Martínez F., Artés Artés M., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Sempere Gutiérrez A., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Andreu García A., Jiménez López J.M., Martínez-Valls Guzmán P.L.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

**OBJETIVO.** El cáncer de próstata (CP) es el tumor más frecuente en varones en el mundo occidental. La prostatectomía radical (PR) supone una opción terapéutica para el CP localizado, es importante conocer su impacto en la calidad de vida (CdV), bien por las propias características de los pacientes o por las consecuencias quirúrgicas. Se han desarrollado y validado diferentes cuestionarios que proporcionan una evaluación objetiva de dominios generales y específicos de la enfermedad tras la intervención quirúrgica.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Se realizó una traducción inversa-directa al español de la versión reducida del cuestionario EPIC-26 (validado en 2004) y se aplicó de forma retrospectiva a 100 pacientes operados de PR entre 2007 y 2015 para determinar la presencia de síntomas urinarios y/o disfunción eréctil y su impacto en la CdV.

Recogida de datos: epidemiológicos (edad, peso, talla) y clínicos (Tabla 1).

Análisis estadístico: Chi-cuadrado de Pearson. Programa IBM SPSS Statistics 20.

**RESULTADOS.** Se incluyeron 100 pacientes postoperados de PR a los que se les pasó el cuestionario EPIC-26. Mediana de edad: 63 años (47-71), peso de 81 kg (54-105), talla de 168 cm (152-185) y volumen prostático de 44 cc (20-135).

| Tabla 1. Características clínicas |    |           |
|-----------------------------------|----|-----------|
| Variable                          |    | n(%)      |
| HTA                               | No | 50(50%)   |
|                                   | Sí | 50(50%)   |
| DM                                | No | 81(81%)   |
|                                   | Sí | 19(19%)   |
| Cardiopatía<br>Isquémica          | No | 86(86%)   |
|                                   | Sí | 14(14%)   |
| Cirugía previa                    | No | 56(56,6%) |
|                                   | Sí | 43(43,4%) |
| Complicaciones<br>Perioperatorias | No | 57(58,2%) |
|                                   | Sí | 41(41,8%) |
| Complicaciones<br>Postoperatorias | No | 64(66%)   |
|                                   | Sí | 33(34%)   |
| Incontinencia<br>Urinaria         | No | 58(58%)   |
|                                   | Sí | 42(42%)   |
| Disfunción<br>Eréctil             | No | 3(5,4%)   |
|                                   | Sí | 53(94,6%) |

La incontinencia urinaria se relacionó significativamente con el tabaquismo ( $p=0,016$ ) y con la presencia de complicaciones postoperatorias ( $p<0,001$ ). Obtuvimos relación significativa entre las cuestiones de la esfera urinaria (excepto la referida a clínica irritativa) y la presencia de incontinencia ( $p<0,001$ ). No se halló relación significativa en cuanto a la disfunción eréctil.

**CONCLUSIONES.** Existe un impacto negativo en la CdV de los pacientes intervenidos de PR, debido principalmente a síntomas urinarios postquirúrgicos, incontinencia urinaria y disfunción eréctil.

Resulta importante destacar la repercusión de las complicaciones postquirúrgicas sobre los resultados funcionales y, por tanto, la necesidad de optimizar la técnica quirúrgica y los cuidados perioperatorios.

### **C-2.7 PROTOCOLO DE RECOGIDA DE MUESTRAS PARA BIOBANCO DE CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO: EXPERIENCIA INICIAL**

*Jiménez Peralta, D; Rosino Sánchez, A; Tudela Pallares, J; Martínez Carrasco, A; González Billalabeitia, E; Rivero Guerra, A; Barceló Bayonas, I; Pardo Martínez, A; Muñoz Guillermo, V; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.*

*Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer, Murcia*

**INTRODUCCIÓN.** La obtención de muestras para biobanco de tumores prostáticos, dada sus características, sigue siendo un desafío. En la actualidad, existen muy pocas muestras de tumores de próstata a nivel nacional, siendo en su mayoría procedentes de metástasis y no del tumor primario.

**MATERIAL Y METODO.** Obtención tras consentimiento informado, de muestras quirúrgicas de próstata mediante la implantación de un circuito multidisciplinar e integrado de recogida de muestras en el Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer con la implicación de los servicios de urología, oncología, anatomía patológica y biobanco del hospital.

Previo a la intervención se toman muestras de sangre y orina para su procesamiento y posterior recolección de alícuotas que se almacenan. Tras la cirugía, la glándula extraída es procesada en el laboratorio de anatomía patológica. Se toman 8 cilindros de tejido (4 de lóbulo izquierdo y 4 del derecho) que se seccionan por el eje sagital; una mitad para estudio histológico convencional, y la otra mitad se congela para almacenaje en biobanco.

**RESULTADOS.** Desde mayo 2016 a octubre 2017, se han obtenido muestras de 35 pacientes intervenidos de prostatectomía radical por cáncer de próstata, para una media de 2,18 donantes por mes. La media de edad de los donantes es de 65,79 años (52-75 años). Contamos con 290 muestras, con una media de 8,2 muestras de tejido por donante. Hemos obtenido muestras adecuadas de tumor en el 80% de los pacientes. Se han puntuado como Gleason 6 a 16 muestras; gleason 7 a 22 muestras; gleason 8 a 18 muestras; 7 muestras como gleason 9 y 4 muestras como gleason 10.

**CONCLUSIONES.** La recolección de muestras de biobanco de tumores de próstata es factible mediante un protocolo de obtención y conservación de muestras adecuado. Nuestros resultados son prometedores, con muestras tumorales preservadas en el 80% de las donaciones.

### **C-2.8 ¿INFLUYE LA EDAD DEL PACIENTE EN LA RESPUESTA Y TOLERANCIA A ACETATO DE ABIRATERONA?**

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

*Hospital Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** El Acetato de Abiraterona es uno de los fármacos aprobados en pacientes con CPRC. Nuestro objetivo es evaluar si existen diferencias en tolerancia y respuesta en los pacientes ancianos respecto a los pacientes más jóvenes.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Revisión retrospectiva de 62 pacientes con CPRC en tratamiento con Acetato de Abiraterona entre 2010 y 2016. Se recogen datos respecto a la edad, características clínicas previas, respuesta y

tolerancia al tratamiento. Se establecen dos grupos de edad: menores de 75 años (Grupo 1) y de 75 años en adelante (Grupo 2). El estudio estadístico se realiza con SPSSv.20.

**RESULTADOS.** La media de edad fue de 73'15 años (rango 48-91). El 46'8% (n=29) de los pacientes era menor de 75 años y el 53'2% (n=33) tenía  $\geq 75$  años. Los grupos eran comparables en todas las características previas salvo en el porcentaje de pacientes tratados con quimioterapia (docetaxel) previamente.

No hubo diferencias entre ambos grupos en relación a respuesta clínica (86.2% vs 75.8%,  $p=0.58$ ), radiológica (17.2% vs 21.2%,  $p=0.92$ ) o bioquímica (72.4% vs 78.8%,  $p=0.5$ ).

La mediana de supervivencia desde el inicio de tratamiento con Abiraterona fue de 18 meses (IC95% 14,33–21,66) para el Grupo 1 y de 20 meses (IC95% 15,91–24,08) para el Grupo 2 (Log Rank 0.015,  $p=0.9$ ). En primera línea de tratamiento no se alcanzó mediana de supervivencia en el Grupo 1 y ésta fue de 19 meses para el Grupo 2 ( $p<0.05$ ), observándose separación de las curvas de supervivencia a partir de los 20 meses. En segunda línea las medianas de supervivencia fueron de 10 y 20 meses, respectivamente ( $p=0.75$ ).

Menos del 10% de los pacientes de ambos grupos presentaron toxicidad significativa. No hubo diferencias significativas en cuanto a toxicidad, necesidad de reducción de dosis o discontinuación del tratamiento.

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie, el Acetato de Abiraterona fue igual de bien tolerado en ancianos y pacientes jóvenes. Las tasas de respuesta fueron similares en ambos grupos, aunque la supervivencia en pacientes jóvenes fue significativamente superior en primera línea de tratamiento, posiblemente debido a menos tratamientos de segunda línea en pacientes ancianos.

### **C-2.9 ANÁLISIS DE CONCORDANCIA ENTRE LESIONES PIRADS Y LOS HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DE LAS BIOPSIAS DE PRÓSTATA**

*Raúl Montoya Chinchilla, Álvaro Caballero González, M<sup>a</sup> Ángeles Gutiérrez, Almudena Rodríguez Tardido, Max Cachay Ayala, Leandro Sala, Enrique Cao Avellaneda, Francisco José Jiménez Penick, Eugenio Hita Rosino, Carlos García Espona, Juan Moreno Avilés*

*Servicio de Urología y Radiología de Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La escala PIRADS.v2 se emplea desde 2015 para intentar ayudar tanto al diagnóstico como al tratamiento del cáncer de próstata (CP). Las imágenes de la RMN prostática, se emplean cada vez más como apoyo a la realización de biopsias prostáticas (BP) ecoguiadas, sobre todo en pacientes cuya primera biopsia fue negativa.

El **propósito** del estudio es analizar cómo nos ayudan en la toma de decisiones los diferentes hallazgos PIRADS, así como su correlación con los hallazgos patológicos.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Se han estudiado retrospectivamente los pacientes con RMN como parte de estudio pre-BP (julio 2016-noviembre 2017, área 2 SMS). De 71 pacientes (92 lesiones PIRADS), fueron biopsiados 29 (42 de las lesiones PIRADS).

Se ha obtenido en cada paciente: PSA, sospecha de lesión y su localización mediante tacto rectal y ecografía, número de lesiones PIRADS, así como su localización y grado, y los hallazgos anatómo-patológicos (AP) de las BP. Se ha realizado estudio descriptivo y comparativos y se ha analizado la concordancia entre RMN y los hallazgos AP (SPSS 24).

La RMN empleada realiza estudios multiparamétricos y de difusión con 1.5 T y sin bobina endo-rectal.

**RESULTADOS.** De las 28 lesiones PIRADS 1 se biopsiaron el 21,4%, de las 19 lesiones PIRADS 3 se biopsiaron el 47,5%, de las 15 lesiones PIRADS 4 se biopsiaron el 86,6% y de las 4 lesiones PIRADS 5 se biopsiaron todas (no se biopsiaron las lesiones PIRADS 2).

Hay una proporción significativamente más elevada de CP en los pacientes con PIRADS>3 respecto a los demás (58,8% vs 24%).

De las lesiones biopsiadas, se encontró CP en un 16% de las PIRADS 1, un 26,3% de las PIRADS 3, un 53,8% de las PIRADS 4 y un 75% de las PIRADS 5.

Las lesiones PIRADS muestran un Nivel de Concordancia respecto a la presencia de CP de un 33,3% (índice Kappa 0,03).

**CONCLUSIONES.** Las lesiones PIRADS mayor de 3 parecen asociar un elevado porcentaje de CP en pacientes con BP previas negativas.

La concordancia entre la localización de las lesiones descritas en la RMN y la localización encontrada en las biopsias es pobre.

### C-2.10 BIOPSIAS DE PRÓSTATA GUIADAS POR RM: ¿INFLUYE LA CURVA DE APRENDIZAJE DEL RADIÓLOGO/A?

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

Hospital Morales Meseguer

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** En las biopsias de próstata guiadas por resonancia magnética multiparamétrica (RMp) el equipo de radiología es fundamental para evaluar la presencia de nódulos y el grado de sospecha de los mismos. Nuestro objetivo es comparar los resultados de las biopsias de próstata guiadas por RMp más antiguas frente a las más recientes para valorar el efecto de la curva de aprendizaje.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se revisan de forma retrospectiva los datos de 59 biopsias de próstata dirigidas por RMp entre enero 2014 y diciembre de 2017. Se clasifican las 19 primeras biopsias como Grupo 1 (hasta junio 2015) y los 40 restantes como Grupo 2.

**RESULTADOS.** En total se biopsiaron 70 nódulos, de los que 33 corresponden al Grupo 1 y 37 al Grupo 2. Los resultados de ambos grupos se muestran en las tablas 1 y 2, respectivamente.

Los pacientes tenían una mediana de biopsias previas de 2 (rango 1-6) y de 1 (rango 0-5) en los Grupos 1 y 2, respectivamente. La media de PSA fue de 9'29 (rango 2'7-16'9) en el Grupo 1 y de 7'83 (rango 1-24'3) en el Grupo 2.

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

|                      |             | AP Nódulo |          |         | Gleason |         |
|----------------------|-------------|-----------|----------|---------|---------|---------|
|                      |             | Benigna   | Maligna  | ASAP    | 6       | 7       |
| PI-RADS<br>(% Casos) | 2/5 (6.1%)  | 1(50%)    | 0(0%)    | 1(50%)  | 0(0%)   | 0(0%)   |
|                      | 3/5 (54.5%) | 13(72.2%) | 4(22.2%) | 1(5.6%) | 2(50%)  | 2(50%)  |
|                      | 4/5 (30.3%) | 8(80%)    | 2(20%)   | 0(%)    | 2(100%) | 0(0%)   |
|                      | 5/5 (9.1%)  | 0(0%)     | 3(100%)  | 0(0%)   | 0(0%)   | 3(100%) |

**Tabla 2. Grupo 2: Características anatomopatológicas según PI-RADS.**

|                      |             | AP Nódulo |         |         | Gleason  |          |          |
|----------------------|-------------|-----------|---------|---------|----------|----------|----------|
|                      |             | Benigna   | Maligna | ASAP    | 6        | 7        | 9        |
| PI-RADS<br>(% Casos) | 2/5 (2.7%)  | 0(0%)     | 0(0%)   | 1(100%) | 0(0%)    | 0(0%)    | 0(0%)    |
|                      | 3/5 (56.8%) | 16(76.2%) | 4(19%)  | 1(4.8%) | 3(75%)   | 1(25%)   | 0(0%)    |
|                      | 4/5 (32.4%) | 7(58.3%)  | 3(25%)  | 2(%)    | 1(33.3%) | 2(66.7%) | 0(0%)    |
|                      | 5/5 (8.1%)  | 0(0%)     | 3(100%) | 0(0%)   | 0(0%)    | 2(66.7%) | 1(33.3%) |

**CONCLUSIONES.** En el periodo 2014-2015, los criterios eran más estrictos a la hora de solicitar una RMp.

No existen diferencias relevantes entre ambos grupos en cuanto a la rentabilidad de las biopsias según el PIRADS del nódulo.

En el grupo más reciente, la biopsia de los nódulos PIRADS 4 es ligeramente más rentable y se asocia a un grado de Gleason mayor.

## Comunicaciones. Mesa 3

### **C-3.1 SISTEMA AJUSTABLE TRANSOBTURADOR (ATOMS®): UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA.**

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

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La etiología más frecuente de la incontinencia urinaria (IU) masculina es una lesión iatrogénica del esfínter, generalmente tras cirugía prostática (prostatectomía radical (PR), uretrotomía o resección transuretral de próstata).

En la actualidad disponemos de dispositivos ajustables hidráulicos como el modelo ATOMS®.

Objetivo: Examinar los resultados obtenidos tras la implantación de este dispositivo en varones que padecen incontinencia urinaria de esfuerzo.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes intervenidos por incontinencia urinaria a los que se les ha implantado el sistema ATOMS® entre julio de 2015 a noviembre de 2017. Se incluyeron 12 pacientes. Se evalúan datos demográficos, antecedentes personales, etiología de la incontinencia y grado de la misma, complicaciones y resultados funcionales.

**RESULTADOS.** La mediana de edad en el momento de la intervención fue de 68 años (R: 58-75). La etiología más frecuente fue la PR (83,3%). Un 60% de los pacientes prostatectomizados recibieron radioterapia.

El 65 % presentaba incontinencia urinaria previa <400cc al día.

Puntuación media del ICIQ-SF preoperatoria: 15,51 y la postoperatoria: 2,6

El tiempo de seguimiento es entre 1,5 meses y 29 meses.

Ajustes: 42% no han precisado, 25% 1 ajuste, 25% 2 ajustes y 8% 3 ajustes. Sólo un paciente presenta pérdidas superiores a 100cc.

El 100 % de los pacientes volverían a someterse al procedimiento.

Complicaciones: intraoperatorias 0% - postoperatoria 8%.

**CONCLUSIONES.** Los resultados de nuestra breve serie son prometedores, presentándose como una opción terapéutica válida, sobre todo en pacientes con radioterapia, que es fácilmente reproducible.

### **C-3.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES PRONÓSTICO EN LOS TUMORES VESICALES NO MÚSCULO-INVASIVOS EN NUESTRA POBLACIÓN**

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

**OBJETIVO.** analizar factores de riesgo ya establecidos, en nuestra población y valorar otras características que podrían definir el comportamiento tumoral.

**MATERIAL Y MÉTODO.** análisis retrospectivo de 136 pacientes, incluidos finalmente 103, diagnosticados mediante RTU entre 2006 y 2016, de tumor vesical no músculo invasivo de alto grado(G3) y tratados con BCG.

Recogida de datos: epidemiológicos (sexo, edad, tabaquismo, otras neoplasias), características tumorales (tamaño, presentación, número, aspecto, T, Cis), del tratamiento (número instilaciones, efectos secundarios) y clínicas (seguimiento, recidiva, progresión, muerte cáncer específica (MCE)).

Análisis estadístico: distribución gráfica de Kaplan-Meier, regresión de Cox univariante.

**RESULTADOS.** mediana de seguimiento 40 meses (RIQ 19-81,5); 97 (94,2%) hombres y el 51,5% mayores de 70 años. El 61,2% fumadores y el 6,8% presentaban otras neoplasias.

| Tabla 1. Características tumorales |            |
|------------------------------------|------------|
| Variable                           | n (%)      |
| <b>Presentación</b>                |            |
| Primario                           | 85(82,5%)  |
| Recidiva                           | 18(17,5%)  |
| <b>Tamaño</b>                      |            |
| <3cm                               | 38( 36,9%) |
| >3cm                               | 65(63,1%)  |
| <b>Número</b>                      |            |
| Único                              | 62(60,2%)  |
| Múltiple                           | 41(39,8%)  |
| <b>T</b>                           |            |
| Ta                                 | 35(34%)    |
| T1                                 | 68(66%)    |
| <b>CIS</b>                         |            |
| Si                                 | 87(84.5%)  |
| No                                 | 16(15,5%)  |

Efectos secundarios del tratamiento con BCG (40 pacientes, (38,8%)):

- Más frecuente: sd. Irritativo (19,4%)
- Más grave: Becegeitis, 6 casos (5,8%).

Con el análisis de Kaplan-Meier obtuvimos un riesgo mayor de recidiva en pacientes >70 años ( $p=0,032$ ), tumores múltiples ( $p=0,001$ ) y en Cis ( $p=0,037$ ); de progresión en mujeres ( $p=0,05$ ), tumores múltiples ( $p=0,009$ ), aspecto sólido ( $p=0,039$ ) y menos de 12 instilaciones de BCG ( $p=0,018$ ); y de MCE para aspecto sólido ( $p=0,033$ ).

Con el análisis de Cox univariante se confirmó:

- Mayor riesgo de recidiva en >70 años (HR 2,3, IC 95%: 1,05-5,05;  $P=0,037$ ), tumores múltiples (HR 3,397, IC 95%: 1,543-7482,  $p=0,002$ ) y en Cis (HR 2,37; IC 95%: 1,024-5,473;  $p=0,004$ )
- Mayor riesgo de progresión en tumores múltiples (HR 3,73, IC 95%: 1,291-10,767,  $p=0,015$ ), en aspecto sólido (HR 2,83, IC 95%: 1,006-7,98,  $p=0,0049$ ) y en menos de 12 instilaciones (HR 7,725, IC95% 0,963-61,963;  $p=0,05$ ).
- Mayor riesgo de MCE en tumores de aspecto sólido (HR 4,003, IC 95%: 1,00- 16,03;  $p=0,05$ )

**CONCLUSIONES.** las características tumorales, concretando el aspecto sólido, la multiplicidad y el Cis, representan los principales factores de riesgo de recidiva, progresión y muerte cáncer específica en nuestro medio.

### C-3.3 EVALUACIÓN DEL RATIO NEUTRÓFILOS-LINFOCITOS EN TUMORES VESICALES NO MÚSCULO INVASIVOS DE ALTO GRADO

*Samper Mateo P., Vílchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F.M., Artés Artés M., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Andreu García A., Jiménez López J.M., Morga Egea J.P., Sempere Gutiérrez A., Valdelvira Nadal P., Guzmán Martínez-Valls P.L.*

*Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia*

**INTRODUCCIÓN.** La ratio neutrófilos-linfocitos (RNL) se ha asociado, en su condición de marcador de respuesta inflamatoria sistémica (RIS), como un factor pronóstico para múltiples procesos malignos. Su valor en relación al tumor vesical no musculo invasivo (TVNMI) es objeto de múltiples estudios actualmente.

**OBJETIVO.** Analizar la relación del RNL con diferentes factores pronóstico y con el riesgo de recidiva y progresión en nuestra población.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Análisis retrospectivo de 103 pacientes con TVNMI de alto grado (AG o G3) tratados con RTU e instilaciones de BCG.

Recogida de datos: epidemiológicos (sexo, edad, tabaquismo, otras neoplasias), características tumorales (tamaño, presentación, número, aspecto, T, CIS), del tratamiento (intolerancia, efectos secundarios), clínicas (seguimiento, recidiva, progresión) y cálculo del RNL, muestra sanguínea 30 días antes de la RTU.

Análisis estadístico: Chi cuadrado, análisis de Kaplan-Meier y regresión de Cox uni- y multivariante.

**RESULTADOS.** EL 30,1% presentaban un RNL  $\geq 2,5$ , con una mediana de RNL de 2 (RIQ 1,47-2,71). La mediana de seguimiento fue de 40 meses (RIQ 19-81,5).

Tabla 1. Características epidemiológicas

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

Un RNL  $\geq 2,5$  se relacionó significativamente con el hábito tabáquico ( $p=0,03$ ); no hallándose relación con ninguna de las otras características estudiadas.

Con la distribución gráfica de Kaplan-Meier la supervivencia libre de progresión (SLP) a 5 años resultó para RNL  $<2,5$  y  $\geq 2,5$  del 80% frente al 75% respectivamente, no siendo estadísticamente significativa. En la regresión de Cox uni- y multivariable el RNL  $\geq 2,5$  no resultó un factor predictor de recidiva ni progresión.

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

### C-3.4 SOBREPESO Y OBESIDAD COMO DETERMINANTE DE COMPLICACIONES Y RESULTADOS EN PACIENTES OPERADAS DE TVT-O POR INCONTINENCIA DE ESFUERZO

Marín Martínez, F., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, Al., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López JM., Guzmán Martínez- Valls, P.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

**INTRODUCCIÓN.** La incontinencia urinaria (IU) conlleva un evidente impacto en la calidad de vida, por las implicaciones físicas, psicológicas y sociales. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una causa predominante. Los cabestrillos mediouretrales (CM) son parte del tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo reconocido para la IUE.

**OBJETIVO.** Describir las complicaciones del procedimiento, así como la satisfacción de las pacientes tras el mismo y evaluar qué factores, dependientes del paciente, pueden modificarla.

**MÉTODO.** Se realizó un estudio retrospectivo entre julio de 2013 y abril de 2017. De un total de 201 pacientes consecutivas intervenidas de cabestrillo mediouretral transobturatriz (TVT-O), 166 cumplieron los criterios de inclusión. Se registraron y catalogaron las complicaciones y la calidad de vida, según la clasificación Clavien – Dindo modificada y la puntuación del International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-SF), respectivamente. Los test utilizados han sido la correlación de Pearson, la T de student y  $\chi^2$ . El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 20.

## RESULTADOS. Análisis descriptivo

|                                  | N   | Media (Desviación típica) | %    |
|----------------------------------|-----|---------------------------|------|
| Edad                             | 166 | 52,59 (10,46)             |      |
| IMC                              | 166 | 29,65 (5,25)              |      |
| • Normopeso                      | 33  |                           | 19,9 |
| • Sobrepeso                      | 56  |                           | 33,7 |
| • Obesidad                       | 77  |                           | 46,4 |
| Hiperactividad del detrusor (HD) | 30  |                           | 18,1 |
| Complicaciones                   | 12  |                           | 7,2  |
| • Clavien I                      | 9   |                           | 5,4  |
| • Clavien III                    | 3   |                           | 1,8  |
| ICIQ- SF 0                       | 104 |                           | 62,7 |
| ICIQ- SF ≥ 1                     | 62  |                           | 37,3 |

### Pearson

| ICIQ-SF | Correlación | p (<0,05) |
|---------|-------------|-----------|
| Edad    | 0,16        | 0,03      |
| IMC     | 0,14        | 0,06      |

Existe correlación lineal positiva significativa entre la edad al momento de la cirugía y la puntuación del ICIQ-SF postoperatoria ( $p=0,03$ ), y una tendencia a la correlación positiva entre el IMC y la puntuación.

### T de student

| ICIQ-SF                  |            | N   | Media | DT   | p (<0,05) |
|--------------------------|------------|-----|-------|------|-----------|
| HD                       | No         | 54  | 3,46  | 5,48 | 0,030     |
|                          | Sí         | 30  | 6,87  | 7,28 |           |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ) | 18,5- 24,9 | 33  | 2,97  | 4,92 | 0,06      |
|                          | ≥ 25       | 133 | 4,07  | 5,97 |           |

Las pacientes con HD presentan de forma significativa mayor puntuación del ICIQ-SF ( $p=0,03$ ), y se observa una tendencia hacia las diferencias en la puntuación de las pacientes con normopeso al compararse con sobrepeso y obesidad.

### Chi<sup>2</sup>

|     |            | Complicaciones |     | p(0,05) |
|-----|------------|----------------|-----|---------|
|     |            | Si             | No  |         |
| IMC | 18,5- 24,9 | 1              | 32  | 0,298   |
|     | ≥ 25       | 11             | 122 |         |

No existe asociación entre el sobrepeso y la obesidad con las complicaciones.

**CONCLUSIONES.** Las TVT-O representan una terapéutica segura, con pocas complicaciones y alta tasa subjetiva de curación de la IUE. Al momento de la indicación de esta cirugía el principal factor determinante en los resultados postoperatorios en nuestro medio, es la adecuada selección de pacientes.

### **C-3.5 ANÁLISIS DE RECIDIVA EN TVNMI TRAS INSTILACIONES CON MMC Y BCG**

*PARDO MARTÍNEZ, A; ROSINO SÁNCHEZ, A; RIVERO GUERRA, A; BARCELÓ BAYONAS, I; MUÑOZ GUILLERMO, V; JIMÉNEZ PERALTA, D; CARRILLO GEORGE, C; PIETRICICA, B.N; IZQUIERDO MOREJÓN, E; ROMERO HOYUELA, A; HITA VILLAPLANA, G; FERNÁNDEZ APARICIO, T.*

*Servicio Urología Hospital Morales Meseguer, Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** Muchos de los pacientes con TVNMI requieren tratamiento adyuvante con instilaciones endovesicales para prevenir las recidivas. Con este estudio queremos analizar la respuesta oncológica al tratamiento con MMC y BCG.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes con TVNMI que han recibido instilaciones con MMC y BCG en nuestro centro desde junio 2012 a diciembre 2016. Presentamos tres grupos de pacientes: grupo MMC (6+12 instilaciones de MMC), grupo BCGi (6 instilaciones de inducción) y grupo BCGm (6 instilaciones de inducción + un año de mantenimiento). El análisis estadístico se ha realizado con SPSS v20.

**RESULTADOS.** 107 pacientes son válidos para este estudio, la edad media fue de 69 años (43-91). El 61% de los pacientes recibió MMC y el 39% recibió BCG.

Recidivan el 43% de los pacientes que reciben MMC y el 55% de los pacientes que reciben BCG (60% de los pacientes del grupo BCGi y 47% de los pacientes del grupo BCGm). El tiempo medio de seguimiento hasta la recidiva fue de 12 meses (2-53).

De los pacientes que no finalizan el tratamiento, recidivan el 55% de ellos, mientras que de aquellos que lo finalizan recidivan el 38% ( $p = 0.085$ ).

Del grupo MMC, recidivan el 27% de los pacientes que finalizan tratamiento y el 61% de los que no finalizan ( $p = 0.006$ ). De los pacientes que reciben BCG, hay una menor tasa de recidiva en el grupo BCGm (46%) que en el grupo BCGi (60%) y respecto a aquellos que no finalizan el tratamiento (50%), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas, probablemente por el escaso número de casos.

**CONCLUSIÓN.** No finalizar el tratamiento con instilaciones de MMC se asocia a una mayor tasa de recidiva ( $p < 0.005$ ). Aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas, en pacientes que reciben BCG, el mayor beneficio lo obtienen pacientes que finalizan el programa de mantenimiento.

### **C-3.6 ¿INFLUYE LA EDAD EN LA TOLERANCIA A MMC Y BCG?**

*PARDO MARTÍNEZ, A; ROSINO SÁNCHEZ, A; RIVERO GUERRA, A; BARCELÓ BAYONAS, I; MUÑOZ GUILLERMO, V; JIMÉNEZ PERALTA, D; CARRILLO GEORGE, C; PIETRICICA, B.N; IZQUIERDO MOREJÓN, E; ROMERO HOYUELA, A; HITA VILLAPLANA, G; FERNÁNDEZ APARICIO, T.*

*Servicio Urología Hospital Morales Meseguer, Murcia.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** Muchos de los pacientes con TVNMI requieren tratamiento adyuvante con instilaciones endovesicales. Con este estudio queremos analizar si la edad influye en la tolerancia a MMC y BCG.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional retrospectivo. Se incluyen pacientes con TVNMI que han recibido MMC o BCG en nuestro centro desde junio 2012 a diciembre 2016. Diferenciamos entre dos grupos de edad: Grupo 1:  $\leq 75$  años y Grupo 2:  $> 75$  años. El análisis estadístico se ha realizado con SPSS v20.

**RESULTADOS.** 107 pacientes son válidos para este estudio, la edad media fue de 69 años (43-91). El 61% de los pacientes recibió MMC y el 39% recibió BCG.

El 43% de los pacientes presentan complicaciones, teniendo que abandonar el tratamiento debido a éstas el 76.5% de ellos ( $p < 0.001$ ). Estas complicaciones son más frecuentes en pacientes que reciben BCG que MMC (56% vs 35%;  $p = 0.036$ ), con un mayor abandono del tratamiento, aunque sin ser estadísticamente significativo (66% vs 48%;  $p = 0.08$ ).

En los pacientes que reciben MMC vemos una tendencia a presentar más complicaciones en el grupo 1 que en el grupo 2 (42% vs 20%; p 0.08), asociando un mayor abandono de tratamiento en este grupo (58% vs 26%; p 0.02). En los pacientes que reciben BCG no vemos diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 en la presencia de complicaciones (52% vs 62%; p=0.5) ni en la tasa de abandono del tratamiento (68% vs 62%; p 0.7).

**CONCLUSIONES.** Cerca de la mitad de los pacientes presentan complicaciones (siendo más frecuentes en pacientes que reciben BCG) abandonando el tratamiento por este motivo el 76% de ellos (p<0.05). No encontramos relación entre la edad y la tolerancia a BCG. Sin embargo, sí que vemos una mayor intolerancia a MMC en el grupo de menor edad (p<0.05).

### **C-3.7 PRESERVACIÓN VESICAL: UNA OPCIÓN TERAPEÚTICA EN EL TUMOR VESICAL INFILTRANTE. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA**

*Martínez Gómez, G; López Cubillana, P; Fernández Garay, JC; Martínez Muñoz, R; Rull Hernández, J; Vidal Crespo, N; Escudero Bregante JF; García Hernández, JA; López González, PA; Moreno Alarcón, C; Nicolás Torralba, JA; Prieto González, A; Rigabert Montiel, M; Server Pastor, G; Tornero Ruíz, JI; Gómez Gómez, GA.*  
*Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna más común del sistema urinario. En el diagnóstico inicial un 70 % son tumores no músculo infiltrantes (TVNMI) mientras el 30% que resta presentarán tumores músculo infiltrantes (TVMI).

La cistectomía radical sigue siendo la piedra angular del tratamiento curativo para TVMI localizado, presentando en algunas series tasas de control pélvico a cinco años de casi el 80 % y tasas de supervivencia general a cinco años que varían de 40 a 60%, pero esta cirugía presenta una importante morbilidad.

Con el fin de evitar la morbilidad y mantener la seguridad oncológica se han desarrollado protocolos de preservación vesical.

Objetivo: presentar nuestra experiencia con los pacientes incluidos en nuestro protocolo de preservación vesical.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Análisis descriptivo de los pacientes incluidos desde 2012 a 2017 en nuestro centro.

Criterios de inclusión: tamaño < 5cm. Ausencia de CIS en BMN. TC y RTU (T2, sin hidronefrosis ni afectación ganglionar). Adecuada función y capacidad vesical. Aclaramiento de creatinina >60ml/min.

Esquema de tratamiento: resección transuretral + quimioterapia + radioterapia.

**RESULTADOS.** Durante estos 5 años se han incluido 13 pacientes (11 varones y 2 mujeres).

La mediana de edad es de 69 años (rango 59-94). La mediana de seguimiento es de 15 meses (rango 5-55meses).

La supervivencia global a los 5 años es del 84,6%.

Actualmente un 53% se encuentran vivos sin enfermedad. Un 15,4% han muerto durante el seguimiento. Un 7,7% precisaron cistectomía radical por la presencia de carcinoma sarcomatoide.

**CONCLUSIONES.** La preservación vesical es una opción terapéutica para aquellos pacientes con TVMI que desean preservar su vejiga, aunque la cistectomía radical continúe siendo el tratamiento gold estándar.

### **C-3.8 PROSTATECTOMIA SIMPLE LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL TIPO MILLIN: ANÁLISIS DE 207 CASOS**

*Ruibal Moldes, M.; Carrión Valencia, A\*.; Zarraonandía Andraca, A.; Samper Mateo, P\*\*.; González Dacal, J.A.; Rodríguez Núñez, H.; García Riestra, V.*  
*Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Universitario Nuestra Señora La Candelaria\*. Hospital General Universitario Reina Sofía\*\*.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO.** La incorporación del abordaje laparoscópico a la cirugía pélvica amplía las opciones quirúrgicas del agrandamiento prostático, sumando las ventajas de un abordaje mínimamente invasivo a la prostatectomía simple abierta, que es el método más efectivo y duradero en el tratamiento de HBP/STUI. Nuestro objetivo es el análisis de la serie de pacientes tratados con esta técnica.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Análisis de 207 casos consecutivos de agrandamiento prostático con indicación quirúrgica, tratados mediante Prostatectomía simple tipo Millin laparoscópico, en el CH Pontevedra desde noviembre-12 hasta diciembre-16. Se han analizado variables pre y postoperatorias, así como resultados funcionales.

**RESULTADOS.** Se han analizado 207 pacientes, con una edad media de 68,93 años y un PSA medio de 5,7. El 41% de los pacientes tenía biopsia previa. El volumen prostático preparatorio fue de 94,11 cc. La media de los días de hospitalización fue de 4,2. La tasa de transfusión del 7%. El tiempo de sonda postoperatorio medio fue de 6,5 días. La media del IPSS postoperatorio fue de 6,6 y el preoperatorio de 24,1. El Qmáx postoperatorio medio fue de 21 (preoperatorio de 8,29) con mejoría media de 13 ml/seg.

**CONCLUSIONES.** La Prostatectomía simple tipo Millin mediante laparoscopia supone una opción mínimamente invasiva para el manejo de STUI inferior asociados a HBP. Se trata de una técnica eficaz en términos de los parámetros funcionales y de calidad de vida (Qmáx e IPSS) y segura con complicaciones escasas y asumibles.

### **C-3.9 CURVA DE APRENDIZAJE EN LA PROSTATECTOMIA SIMPLE LAPAROSCÓPICA TRANSPERITONEAL TIPO MILLIN: METODOLOGÍA CUSUM**

*Ruibal Moldes, M.; Carrión Valencia, A\*.; Zarraonandía Andraca, A.; Samper Mateo, P\*\*.; González Dacal, J.A.; Rodríguez Núñez, H.; García Riestra, V.*

*Complejo Hospitalario de Pontevedra. Hospital Universitario Nuestra Señora La Candelaria\*. Hospital General Universitario Reina Sofía*

**INTRODUCCIÓN.** Una forma simplista, pero reproducible, de analizar la curva de aprendizaje es definirla en relación al tiempo y el nº de procedimientos que un cirujano necesita para ser capaz de realizar con un buen resultado. La metodología LC-CUSUM, nos permite conocer si un procedimiento está bajo control, a lo largo del tiempo.

**OBJETIVOS.** 1-conocer el nº de procedimientos medio para adquirir destreza en esta técnica quirúrgica, analizando el tiempo quirúrgico como medida. 2-el análisis de la relación del volumen prostático y el tiempo quirúrgico.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Análisis de todos los casos de Prostatectomía simple tipo Millin Laparoscópica en el CH Pontevedra desde Nov-12 a Dic-16. Se ha analizado la relación del tiempo quirúrgico con el volumen prostático y el análisis LC-CUSUM del tiempo quirúrgico con respecto del nº de procedimientos y del VP.

**RESULTADOS.** el tiempo medio para toda la muestra fue de 125,9 minutos, disminuyendo con gran pendiente en los primeros 50 casos. No se han encontrado diferencias relacionando el tiempo quirúrgico con el volumen prostático (correlación de Pearson), pero el análisis LC- CUSUM, se observa un mayor tiempo quirúrgico para próstatas mayores de 90 cc a lo largo de la curva de aprendizaje. En relación al nº de casos de cada cirujano, se observa que a mayor nº de procedimientos, se emplea menor tiempo en la cirugía. En la curva LC-CUSUM, para el cirujano 1 (70 cirugías), se observa que en torno a las 14 casos, el tiempo quirúrgico disminuye por debajo de la media grupal y en torno a los 21, decrece por debajo de los 100 minutos. Para el cirujano 2 (33 cirugías), el tiempo quirúrgico también decrece hasta la estabilización en torno a los 14 casos.

**CONCLUSIONES.** El tiempo quirúrgico disminuye conforme avanza la curva de aprendizaje, advirtiendo el plateau de la curva en torno a 15 casos, por lo que concluimos que para alcanzar las competencias en esta técnica se necesita en torno a ese nº de casos. Dicho análisis se ha realizado con cirujanos con experiencia previa en laparoscopia, sería interesante calcularlo para cirujanos más noveles/residentes para este procedimiento. Según nuestros resultados, en la prostatectomía simple laparoscópica tipo Millin, el volumen prostático no influye en el tiempo quirúrgico, a diferencia de otras técnicas quirúrgicas para esta indicación.

# Vídeos. Mesa 4

## **V-1 REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE ESTENOSIS URETERAL PROXIMAL DE CAUSA YATROGÉNICA**

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía*

**INTRODUCCIÓN.** A pesar de los avances tecnológicos en técnicas mínimamente invasivas como la endourología, en ocasiones surgen lesiones yatrógenas. La combinación de abordajes laparoscópico, endourológico y cirugía abierta en urología van a permitir solventarlas satisfactoriamente.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 51 años diagnosticado en 2007 de litiasis de 8 mm en uréter proximal derecho. Tratado mediante:

- 2 sesiones de LEOC que resultaron infructuosas.
- Ureterorrenoscopia siendo esta fallida por estenosis infranqueable en el tercio proximal, provocándose falsa vía en la manipulación.
- Ureterolitotomía segmentaria por lumbotomía convencional.

Tras pérdida de seguimiento por encontrarse asintomático, en 2014 presenta cólico izquierdo secundario a litiasis distal expulsiva. En el estudio tomográfico se identifica estenosis de uréter proximal derecho con hidronefrosis grado 3-4 que se maneja con dilatación endourológica. Tras varios meses con buena evolución, se objetivan datos funcionales de obstrucción completa en RD (función 33%). Se actualiza el estudio de imagen hallándose hidronefrosis III-IV hasta el tercio medio del uréter, secundaria a estenosis. Realce de parénquima conservado y simétrico al contralateral, con retraso en la eliminación. Se decide entonces reparación laparoscópica de la estenosis ureteral. Realizamos abordaje laparoscópico en decúbito lateral izquierdo con 4 trocares (Hasson, 2 de 5mm y 1 de 12mm). Disección de todo el uréter desde el cruce de los iliacos hasta la pelvis renal identificando la estenosis. Se reseca el área estenótica y anastomosamos mediante sutura continua y puntos sueltos (monofilamento 4/0) los extremos previamente espatulados. Se deja catéter doble jota de 6 Fr. Evoluciona favorablemente y es alta al 4º día postoperatorio. AP: pared ureteral con fibrosis submucosa e hiperplasia de músculo liso, ausencia de neoplasia. Tejido periureteral sin alteraciones.

**CONCLUSIONES.** La laparoscopia permite la resolución de patologías urológicas con diferente origen y localización, aportando las múltiples ventajas inherentes a la técnica.

## **V-2 SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL**

*Barceló Bayonas, I.; Hita Villaplana, G.; Cascales Pérez, M. Luisa; Rivero Guerra, A.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Jiménez Peralta, D.; Izquierdo Morejón E.; Pietrónica, B.; Carrillo George, C.; Rosino Sánchez, A.; Romero Hoyuela, A.; Fernández Aparicio, T.*

*Hospital Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN.** El abordaje laparoscópico de la glándula suprarrenal requiere experiencia, más aún, asociada a origen metastásico por el número de adherencias a estructuras cercanas.

**PACIENTE Y MÉTODO.** Presentamos el caso de un paciente con antecedente de nefrectomía izquierda por motivos técnicos y gran masa renal, adenocarcinoma renal de células claras Furhman 3 pT2a N0. Durante el seguimiento, al cuarto año, se objetiva en TAC masa suprarrenal izquierda de 33mm.

**RESULTADOS.** Colocación de trocar óptico subcostal junto a tres trocares de 5 mm accesorios. Apertura de parietocólico izquierdo y decolación izquierda con abundantes adherencias relacionadas con cirugía previa. Libración esplénica y cola de páncreas hacia la zona posterior exponiendo pilares diafragmáticos y acceso a zona de antiguo pedículo renal izquierdo. Se objetiva masa de unos 4 cm junto a vena suprarrenal superior rama de la diafragmática inferior, vena media y gran vena suprarrenal inferior. Disección y ligadura con Hem-o-lock de ellas. Disección de la

masa con bipolar y clips de 5 mm. Durante la disección de la masa laceración de cápsula sin margen positivo en el estudio posterior. Extracción de pieza por trocar óptico (bolsa 10 mm). Hemostasia del lecho con agentes hemostáticos. Comprobación de trocates y redón aspirativo. El paciente fue dado de alta a los 3 días sin incidencias.

**CONCLUSIÓN.** El abordaje laparoscópico es una opción adecuada en el tratamiento de recidivas locales renales únicas en pacientes con enfermedad controlada.

### **V-3 NEFROURETERECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE MONORRENA IZQUIERDA PORTADORA DE DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER**

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

*Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

**OBJETIVO.** El abordaje del uréter distal en la nefroureterectomía laparoscópica por carcinoma transicional es un tema discutido en el que se han postulado diferentes técnicas que dependen en gran medida de la experiencia quirúrgica del equipo que la acometa. En casos de pacientes cistectomizados con derivaciones urinarias este abordaje implica aún mayor dificultad por los cambios anatómicos y reacciones fibróticas postquirúrgicas.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Se presenta el caso de una paciente de 60 años monorrena izquierda, con antecedentes de cistectomía más nefroureterectomía derecha por carcinoma transicional de alto grado (vesical, de pelvis renal y uréter derechos) portadora de derivación urinaria tipo Bricker. En el seguimiento se objetiva una lesión sugestiva de carcinoma urotelial con afectación infundibular de grupo calicular inferior en TAC, confirmada con biopsia tras RIRS diagnóstica. Se decide un abordaje íntegramente laparoscópico para la nefroureterectomía izquierda con preservación del asa de Bricker de cara a su uso en un posible trasplante renal futuro.

**RESULTADOS.** Técnica quirúrgica: con la paciente en posición de decúbito lateral derecho y abordaje transperitoneal mediante 4 trocates, realizamos decolación izquierda amplia, luxación esplénica, control del hilio renal (clampaje de arteria y vena renal) y control del uréter a nivel proximal. Completamos liberación renal preservando la glándula suprarrenal. Manteniendo la misma posición debido al adecuado campo quirúrgico que nos proporciona, liberamos el uréter en su trayecto mesosigmoide de sus adherencias en dirección caudal hasta su inserción en el asa de Bricker, nivel en el que realizamos sellado y sección entre hem-o-locks. Extraemos la pieza por minilaparotomía en FIL. La anatomía patológica informó de carcinoma transicional sólido y papilar de alto grado con afectación de pelvis renal y cálices, estadio pT2. Límite quirúrgico de uréter distal y mucosa intestinal libres de afectación.

**CONCLUSIONES.** En pacientes con derivaciones urinarias, el uréter distal se puede abordar íntegramente por vía laparoscópica siendo cuidadosos en el manejo del mismo para evitar la diseminación tumoral y así realizar la intervención siguiendo los principios oncológicos de la cirugía abierta. En pacientes monorrenos y con buen pronóstico la derivación puede ser respetada para ser empleada en un potencial futuro trasplante renal.

### **V-4 CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR CISTOSCOPIA CON AISLAMIENTO DEL TUMOR VESICAL**

*Honrubia Vilchez B.; Maluff Torres A.; Doñate Íñiguez G.; Sánchez Rodríguez C.; García Escudero D.  
H. U. Los Arcos del Mar Menor*

**INTRODUCCIÓN.** La cistectomía parcial laparoscópica (CPL) debe ser realizada en pacientes muy bien seleccionados cuando se trate de un tumor vesical musculo infiltrante (tumores únicos, pequeño tamaño con localización distante de cuello y trígono vesical). Teniendo siempre presente que la cistectomía radical es el tratamiento de elección. Una de las controversias de esta técnica es la apertura tumoral a peritoneo con el consiguiente riesgo de siembra tumoral.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Presentamos el caso de un paciente varón de 74 años sin antecedentes de interés y fumador, diagnosticado de tumor vesical de 1 cm único en cúpula. La Anatomía Patológica de la RTU vesical mostró

un carcinoma urotelial musculo infiltrante (pT2). El paciente informado del tratamiento de elección opta por un tratamiento conservador y por ello se plantea cistectomía parcial laparoscópica. Previa a la misma la ReRTU y BMN fueron negativas. Se realiza la cirugía asistida por cistoscopia para control de márgenes con sistema de loop y clamp para cierre de tumor previo a la apertura vesical.

**RESULTADOS.** La duración de la cirugía fue de 180 minutos incluyendo linfadenectomía ileobturatriz bilateral ampliada. No precisó transfusión y el paciente fue dado de alta a los 4 días de la cirugía. El resultado de la Anatomía Patológica fue de Pieza de cistectomía parcial y linfadenectomía iliobturatriz bilateral con carcinoma urotelial infiltrante de alto grado (20%) con diferenciación glandular (25%). Márgenes libres y linfadenectomía negativa. El control con TC toraco abdómino pélvico, cistoscopia y citología a los 3 meses de la cirugía fue normal.

**CONCLUSIONES.** La cistectomía parcial laparoscópica en paciente con tumor vesical infiltrante es una técnica que precisa indicaciones muy precisas, pero que puede ser realizada de manera segura en cuanto a márgenes con la asistencia por cistoscopia y con cierre de tumor previo a apertura para control de riesgo de siembra

#### **V-5 TUMOR DE URÉTER: TRATAMIENTO CONSERVADOR**

*Rivero Guerra, A.; Fernández Aparicio, T.; Barceló Bayonas, I.; Rosino Sánchez, A.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Jiménez Peralta, D.; Carrillo George, C.; Pietricica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.*  
*Hospital Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN.** El tratamiento estándar del tumor de vía urinaria superior sigue siendo la nefroureterectomía radical. Sin embargo, el avance de la tecnología en el campo de la Endourología ha permitido el tratamiento conservador de estos tumores en pacientes seleccionados.

**CASO.** Varón de 85 años con antecedentes personales de DM insulinizado, exfumador desde hace 13 años, trombocitosis esencial, miocardiopatía dilatada y enfermedad renal crónica.

Consulta por cuadro de hematuria macroscópica con RAO secundaria. En ecografía se objetiva masa vesical e hidronefrosis izquierda. En TC se objetiva neoformación vesical en trigono y fondo de 2.6x1.3cm con uropatía obstructiva izquierda y lesión ocupante de espacio en uréter distal derecho de 0.5x0.5x1.2cm, sin poder descartarse lesiones en uréter distal izquierdo. Se coloca nefrostomía izquierda previo a la intervención. Se coloca guía de nitinol retrógrada en uréter derecho y se realiza ureterorenoscopia semirrígida hasta identificar neoformación ureteral. A través de ureterorenoscopia semirrígida se introduce fibra láser de 500 y se inicia fulguración de la lesión (1J, 10Hz, pulso largo). Se intenta no tocar directamente la lesión con la fibra para evitar sangrado. Se utiliza agua destilada como líquido de irrigación. Una vez finalizada la parte exofítica de la lesión, se realiza fulguración de la base tumoral. Se coloca catéter ureteral 4.8Ch a través de ureterorenoscopia semirrígida. No se tomaron biopsias de la neoformación ureteral ya que, en este caso, el pronóstico lo marca la neoplasia vesical.

Posteriormente, se coloca guía de nitinol a través de meato izquierdo destechado durante la RTU vesical previa. Se realiza ureterorenoscopia exploradora de uréter izquierdo, entrando con doble guía. Se objetivan restos de coágulos (secundarios a nefrostomía), pero no se visualizan neoformaciones aparentes.

**CONCLUSIÓN:** El tratamiento conservador del tumor de vía es una opción en pacientes de alto riesgo quirúrgico para prevenir las complicaciones derivadas de la enfermedad.

#### **V-6 TUMOR DE PELVIS RENAL: TRATAMIENTO CONSERVADOR MEDIANTE ACCESO PERCUTÁNEO**

*Rivero Guerra, A.; Fernández Aparicio, T.; Pietricica, B.N.; Barceló Bayonas, I.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Jiménez Peralta, D.; Carrillo George, C.; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.*  
*Hospital Morales Meseguer*

**INTRODUCCIÓN.** El tratamiento estándar del tumor de vía urinaria superior sigue siendo la nefroureterectomía radical. Sin embargo, la opción de tratamiento conservador está cada vez más contemplada en pacientes seleccionados. Varón de 87 años con antecedentes personales de HTA, exfumador desde hace más de 20 años y neoformación vesical TaG1 en 2012.

Consulta por cuadro de hematuria macroscópica. En el estudio inicial se realiza cistoscopia y citologías que son negativas. En UroTC se objetiva tumoración en pelvis renal derecha de 18mm de diámetro máximo. Se realiza punción a través de cáliz medio. Se pasa guía de seguridad anterógrada hacia el uréter. Dilatación del trayecto de punción y entrada con vaina de 18Ch. Se inicia fulguración con láser Holmium (1J, 10Hz, pulso largo), utilizando agua destilada como líquido de irrigación. Primero se fulguran las papilas más externas y posteriormente se busca y se desarrolla el plano de la base tumoral. El tumor queda seccionado por su base y libre dentro de la pelvis renal. Se extrae la lesión mediante cesta de nitinol y se toma biopsia con pinza fría de la base de la lesión. Se realiza hemostasia y se fulgura la base, los bordes de la lesión y un área aterciopelada sospechosa adyacente a la base. Esta última maniobra se realiza a baja presión (20cm H<sub>2</sub>O) para evitar perforaciones. Se coloca nefrostomía, que se deja abierta durante las primeras 24 horas tras la intervención. No se coloca catéter ureteral. El tiempo operatorio fue de 65 minutos. La nefrostomía se retiró y el paciente fue dado de alta a las 48 horas. El resultado anatomopatológico fue de carcinoma urotelial transicional de bajo grado, con ausencia de signos de infiltración (pTa) y biopsia de la base libre de infiltración neoplásica. A los 8 meses de la intervención, no se observa tumoración residual, nuevas neoplasias ni datos de extensión en UroTC.

**CONCLUSIONES.** El tratamiento conservador mediante fulguración con láser del tumor de vía es una opción razonable en pacientes con tumores seleccionados.

### **V-7 NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN RIÑÓN PÉLVICO**

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

**INTRODUCCIÓN.** La asociación de riñón pélvico ectópico y carcinoma renal resulta poco frecuente. El abordaje laparoscópico es una opción en estos casos.

**PACIENTE Y MÉTODO.** Paciente de 69 años que en estudio de dolor torácico y abdominal se realiza AngioTAC objetivando riñón pélvico con lesión nodular cortical dependiente de polo inferior de 4 cm compatible con quiste complicado complejo. Se realiza eco con contraste confirmando nódulo sólido en extremo polar de 27x21 mm con leve captación de contraste junto con Quiste Bosniak II. El riñón izquierdo contiene 2 arterias con origen en arteria iliaca común y dos venas con desembocadura en vena cava inferior. Doble sistema incompleto. Se decide nefrectomía radical laparoscópica.

**RESULTADOS.** Colocación de trocares según disposición de cistectomía radical. Liberación de parietocólico izquierdo para exposición de la unidad renal. Difícil acceso por abundante grasa circundante. Disección y ligadura vascular con Hem -o-lock, objetivando hasta tres pedículos renales: superior, medio e inferior. Presencia de pedículos vasculares accesorios procedentes de mesentérica superior y arteria iliaca externa. La vena gonadal parece desembocar en la vena polar inferior. Extracción de pieza comprobando trocares y drenaje en lecho. El paciente fue dado de alta al tercer día sin incidencias. La anatomía patológica fue de carcinoma renal papilar mixto tipo I y II limitado al riñón, Furhman ¾, pTt1b Nx M0.

**CONCLUSIÓN.** La presencia de un carcinoma renal en un riñón ectópico es una entidad rara, que puede tener múltiples presentaciones clínicas y variabilidades anatómicas y vasculares suponiendo, en ocasiones, un reto laparoscópico.

### **V-8 METÁSTASIS INGUINALES POR CÁNCER DE CAVUM: RESCATE QUIRÚRGICO VIDEOENDOSCÓPICO**

*Vilchez Costas, A.I; Samper Mateo, P; Molina Hernández, O; Marín Martínez, F.M; Artés Artés, M; Torres Roca, M; Oñate Celdrán, J; Valdelvira Nadal, P; Morga Egea, J.P; Sempere Gutiérrez, A; Jiménez López, J.M; Andreu García, A; Guzmán Martínez-Valls, P.L*  
*HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA*

**INTRODUCCIÓN.** La linfadenectomía inguinal es un procedimiento quirúrgico conocido y practicado por los servicios de Urología para el tratamiento de las metástasis inguinales del cáncer de pene, fundamentalmente. Su práctica se

ha relacionado clásicamente con una alta tasa de morbilidad, presentando complicaciones tales como linfedema, linfocoele, infección y dehiscencia de la herida quirúrgica; así como una tasa de mortalidad no desdeñable. La aplicación de abordajes mínimamente invasivos como el endoscópico, se presenta como una atractiva opción, que permitiría minimizar la morbilidad asociada a este procedimiento quirúrgico. Epidemiológicamente, el cáncer de cavum es un tumor raro en nuestro medio con una incidencia de 1 caso por cada 100000 habitantes/año. Pese a que su principal capacidad invasiva es a nivel locoregional, no son raras las metástasis a distancia fundamentalmente a nivel óseo y pulmonar; la afectación hepática y ganglionar extraregional es poco frecuente.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Presentamos el atípico caso de una mujer de 30 años diagnosticada de cáncer de cavum, a la que practicamos un rescate quirúrgico de metástasis inguinales por abordaje videoendoscópico.

**RESULTADOS.** La cirugía transcurrió sin problemas, permitiendo la exéresis del conglomerado adenopático inguinal. La paciente no precisó de transfusión de hemoderivados. Estancia hospitalaria: 6 días. Tiempo de drenaje: 18 días. El postoperatorio cursó sin complicaciones. La anatomía patológica de la pieza confirma la infiltración por carcinoma epidermoide poco diferenciado de tipo nasofaríngeo.

**CONCLUSIONES.** Aunque se precisan series más largas que confirmen los resultados ya reportados en la literatura, el abordaje videoendoscópico inguinal resulta factible en la práctica clínica. Con una menor tasa de complicaciones respecto a la cirugía clásica. Si se confirman estos hallazgos, nos encontraríamos ante una técnica quirúrgica con un amplio campo de aplicación, como hemos mostrado en nuestro caso.

## Pósteres

### **P-01 MANEJO, DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICA DE LA ESQUISTOSOMIASIS URINARIA: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

*Molina Hernández O., Samper Mateo P., Vílchez Costas A.I., Marín Martínez F., Artés Artés M., Oñate Celdrán J., Sempere Gutiérrez A., Torres Roca M., Morga Egea J.P., Valdelvira Nadal P., Andreu García A., Jiménez López J.M., Martínez-Valls Guzmán P.L.*  
*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La esquistosomiasis o bilharziasis es una enfermedad parasitaria poco frecuente pero potencialmente grave. Su causante es el parásito *Schistosoma haematobium*. Los movimientos poblacionales, la inmigración y el turismo hacen necesaria una detallada anamnesis epidemiológica en la búsqueda de infecciones importadas del tercer mundo, en el contexto actual del incremento de la esquistosomiasis en Europa, como enfermedad parasitaria.

Se presenta nuestra serie de pacientes con diagnóstico de esquistosomiasis y se revisa la literatura.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se describen los casos clínicos de cinco pacientes varones de entre 17 y 32 años procedentes de distintos países africanos remitidos a consulta de urología de nuestro hospital por hematuria y síndrome miccional.

**RESULTADOS.** Tras realización de pruebas de imagen (radiografía y ecografía), análisis microbiológico y cistoscopia, y con sospecha de esquistosomiasis, se realiza RTU vesical con estudio anatomopatológico del material biológico confirmando el diagnóstico de Esquistosomiasis urogenital. Los pacientes fueron tratados con Praziquantel y permanecieron asintomáticos en la revisión ambulatoria al mes del tratamiento, salvo un paciente, que presentó persistencia de la enfermedad confirmada microbiológicamente y se encuentra pendiente de nueva revisión tras completar nuevo ciclo de tratamiento.

**CONCLUSIONES.** La esquistosomiasis o bilharziasis urogenital es una parasitosis relativamente rara en nuestro medio, pero cada vez diagnosticada con mayor frecuencia debido al ecoturismo y los fenómenos migratorios. Es una enfermedad de relativo fácil diagnóstico y tratamiento. Debido al aumento creciente de la incidencia, sería conveniente incluir la esquistosomiasis urinaria en el diagnóstico diferencial de pacientes con hematuria monosintomática.

### **P-02 INFORME DE UN CASO DE TRAUMATISMO TESTICULAR TRATADO CON ORQUIECTOMÍA PARCIAL**

*Muñoz Guillermo. V; Fernández Aparicio. T; Rivero Guerra. A; Barceló Bayonas. I; Pardo Martínez. A; Jiménez Peralta. D; Carrillo George. C; Pietricica. BN; Izquierdo Morejón. E; Rosino Sánchez. A; Romero Hoyuela. A; Hita Villaplana. G*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** Se describe un caso de un varón de 37 años que sufre un accidente de tráfico de moto recibiendo un traumatismo contuso testicular. A su llegada al servicio de urgencias se encuentra estable hemodinámica, sin otras lesiones relevantes.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** A la exploración presenta teste derecho sin alteraciones, y teste izquierdo con ligero aumento del tamaño con palpación de mínima cantidad de líquido en su interior. No eritema ni edema escrotal. Analíticamente sin alteraciones.

En la ecografía escrotal se evidencia 50% de afectación testicular con rotura de túnica vaginal. Ante los hallazgos se decide cirugía urgente.

**RESULTADOS.** En la exploración quirúrgica se visualiza leve hematocele que se drena sin dificultad. Rotura de la túnica vaginal con afectación de un tercio del testículo. Se realiza exéresis del tejido no viable y sutura de albugínea con puntos reabsorbibles.

El paciente evoluciona favorablemente en la planta pudiéndose dar de alta a las 48 horas tras control del dolor.

**CONCLUSIONES.** El traumatismo testicular necesita de una fuerza de 50 kilogramos para producir la rotura de la túnica vaginal. Cuando se produce esta rotura, se forma un gran hematocele escrotal con un intenso dolor con cortejo vegetativo.

La ecografía es una prueba que nos puede ayudar a ver la rotura testicular, grado de afectación y vascularización.

La exploración quirúrgica está indicada con la rotura de la túnica albugínea o de forma dudosa, con hematocele de tamaño tres veces mayor al contralateral o dislocación irreductible.

La orquiectomía parcial es una técnica que se puede realizar cuando la afectación testicular no es mayor del 50%, y la túnica albugínea es reparable. Debemos hacer una observación estrecha posteriormente y administrar corticoides/antiinflamatorios para evitar un síndrome compartimental testicular.

### **P-03 FASCITIS INFECCIOSA NECROTIZANTE PENEANA. TRATAMIENTO CON PLASTIA CUTÁNEA DE DIÁFISIS PENEANA CON PIEL DE ESCROTO EN DOS TIEMPOS**

*Artés Artés, M; Samper Mateo, P.; Vilchez Costas, A.I.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Oñate Celdrán, J.; Torres Roca, M.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Jimenez Lopez, J.M.; Andreu García, A.; Martínez-Valls Guzman P.L.*

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

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

**MÉTODO.** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura. Varón de 28 años, con antecedente de DM tipo I mal controlada y evolucionada. Sometido a circuncisión que consulta a los doce días de postoperatorio por clínica de dolor peneano, eritema y fiebre. A la exploración física presenta necrosis de tercio distal de la piel peneana. Se decide desbridamiento quirúrgico y antibioterapia de amplio espectro con evolución hospitalaria satisfactoria. La anatomía patológica describe piel con trombosis de vasos dérmicos junto a inflamación aguda y necrosis. Buena evolución postoperatoria por lo que se decide reconstrucción quirúrgica en 2 tiempos. En el primer tiempo se realiza túnel que involucra piel y dartos en cara anterior de bolsa escrotal con posterior inserción de porción denudada de pene. Cuatro meses después, tras comprobación de correcto prendimiento del flap, se realiza segundo tiempo quirúrgico con independización de pene y reconstrucción escrotal.

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

**CONCLUSIÓN.** La fascitis necrotizante peneana es una entidad poco frecuente, pero cuya gravedad requiere desbridamiento quirúrgico urgente y posterior cirugía reconstructiva. La reconstrucción peneana en 2 tiempos con túnel escrotal es una buena opción terapéutica que ofrece resultados satisfactorios a nivel estético y funcional.

#### **P-04 CELDOPROSTATITIS INCRUSTANTE POR CORYNEBACTERIUM UREALYTICUM. ¿CUÁNDO SOSPECHARLA?**

Pardo Martínez, A; Rosino Sánchez, A; Tudela Pallares, J; Guerrero Gómez, C; Rivero Guerra, A; Barceló Bayonas, I; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G; Fernández Aparicio, T.  
Servicio de Urología, Microbiología y Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

**INTRODUCCIÓN.** La uropatía incrustante es una inflamación del urotelio por incrustación de cristales de estruvita. Cuando la región afectada es la próstata se denomina celdoprosatitis incrustante.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** A través de un caso de celdoprosatitis incrustante desarrollamos los datos de sospecha clínica, su diagnóstico y tratamiento.

**EVOLUCIÓN CLÍNICA.** Paciente de 80 años con antecedente de cáncer de próstata tratado con radioterapia, ingresó en octubre de 2016 por insuficiencia cardiaca congestiva e insuficiencia renal aguda con hidronefrosis asociada por retención aguda de orina. Tras comprobar progresión local y metastásica, se inició deprivación androgénica y se realizó RTU desobstructiva en diciembre de 2016, con retirada posterior de sonda vesical exitosa.

En el TAC de control a los 3 meses, vemos calcificaciones a nivel vesical-celda prostática. En la analítica de orina destacaba ph 8, leucocituria y cristaluria de estruvita y en el urocultivo se aisló *E. Coli*. Se realizó una cistoscopia confirmándose los hallazgos del TAC, apreciando amplia calcificación en celda.

En julio 2017, se realizó RTU de celda prostática y vejiga hasta ver tejido macroscópicamente sano. En los fragmentos de próstata remitidos a Anatomía Patológica se observaron calcificaciones incrustadas en el tejido fibromuscular junto con denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y pequeños focos neoplásicos. En la muestra remitida a Microbiología se aisló *Corynebacterium urealyticum* (CU).

Se inició vancomicina iv y tras 10 días con dicho tratamiento fue dado de alta cambiando a linezolid oral 600mg/12h durante un mes. En todas las muestras de orina estudiadas durante y tras el tratamiento, no se volvió a aislar CU. Tampoco se vieron incrustaciones en la cistoscopia que se realizó al mes de finalizar el tratamiento.

**CONCLUSIONES.** La uropatía incrustante está producida por patógenos de lento crecimiento que suelen pasar desapercibidos en los urocultivos habituales. Aunque la sintomatología es inespecífica, la presencia de calcificaciones, una orina alcalina con leucocituria y cristaluria, especialmente en pacientes inmunodeprimidos o con manipulación previa de la vía urinaria, nos debe hacer sospecharla y comunicarla a Microbiología para hacer un estudio dirigido. Para una correcta erradicación de la bacteria, además de antibioterapia específica, es imprescindible la eliminación de las calcificaciones.

#### **P-05 CISTITIS ENFISEMATOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Pardo Martínez, A; Fernández Aparicio, T; Rivero Guerra, A; Barceló Bayonas, I; Muñoz Guillermo, V; Jiménez Peralta, D; Carrillo George, C; Pietricica, B.N; Izquierdo Morejón, E; Romero Hoyuela, A; Rosino Sánchez, A; Hita Villaplana, G.  
Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

**INTRODUCCIÓN.** La cistitis enfisematosa es una infección del tracto urinario inferior complicada e infrecuente, descrita en 1961 por Bailey. Se caracteriza por la presencia de gas en la pared vesical, pudiéndose asociar neumaturia.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** A través de un caso de cistitis enfisematosa hacemos una revisión de esta patología.

**EVOLUCIÓN CLÍNICA.** Mujer de 42 años con antecedente de histiocitosis sistémica mixta del grupo L, portadora de catéter ureteral izquierdo desde febrero de 2017 por episodio de piodisuria. Fue remitida a urgencias en septiembre de 2017 por hallazgos en TAC de control compatibles con cistitis enfisematosa. En la anamnesis, la paciente refiere urgencia con incontinencia de meses de evolución y desde hace un mes, disuria y tenesmo vesical, asociando náuseas durante la última semana. La Tª máxima termometrada en domicilio fue de 37°C. Analíticamente presenta Cr 1.22, iones en rango, ph 7.37, lactato 0.9, 6400 leuc (76.6%N) Hb 14, plaquetas 297000, ACPROT (107%). Tras micción espontánea se colocó sonda vesical, obteniéndose un residuo postmiccional de 80 cc. Tras sacar urocultivo, se inició ceftriaxona iv. En urocultivo se aisló *K. Pneumoniae* sensible a cefuroxima, siendo dada de alta al sexto día de ingreso con dicho antibiótico y sonda vesical tras evolución clínica satisfactoria y radiografía de control con datos de mejoría. Los urocultivos posteriores fueron negativos y en TAC de control realizado al mes ya no había presencia de gas en la pared vesical ni en la vía urinaria. Tras resolución del proceso, se recambió el catéter y la paciente está pendiente de realización de estudio urodinámico.

**CONCLUSIONES.** La cistitis enfisematosa está causada por microorganismos anaerobios fermentadores, productores de gas. Aunque la diabetes mellitus es el principal factor de riesgo, hay otros factores como vejiga

neurógena y obstrucción infravesical. Su manifestación clínica es muy variada, desde ser asintomático a presentarse con un cuadro séptico. Necesitamos un urocultivo para conocer el microorganismo causante para ajustar antibiótico según sensibilidad. Es importante descartar afectación de la vía urinaria superior y renal ya que ensombrece el diagnóstico, siendo el TAC la prueba diagnóstica de elección.

#### **P-06 VEINTE AÑOS DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE EN EL HOSPITAL VEGA BAJA**

*Carlos Tello Royloa, Vicente Bañón Pérez, Francisco Coterón Ochoa, Francisco Cruces de Abia, Eva Escudero Fontano, Julian García Ligerero, Alberto Hernández Cruz, Francisco Javier Martínez Guillén\*, Juan Trives Lorente\* Servicio de Urología. Hospital Vega Baja. Orihuela Alicante. \*Coordinación de Trasplante*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** El Hospital Vega Baja (H.V.B.) de Orihuela inició el programa de extracción de órganos y tejidos para trasplante en Agosto de 1997. El objetivo es describir la actividad realizada a lo largo de estos 20 años y compararla con la media nacional. Diseño: Estudio descriptivo retrospectivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se revisó la actividad del programa de extracción de órganos y tejidos del H.V.B. desde su inicio, en agosto de 1997, hasta diciembre de 2017. Se creó una base de datos en la que se recogieron las siguientes variables: edad, género, origen y causa del éxitus de los donantes, órganos y tejidos extraídos, y negativas familiares. Se calculó, además, la tasa de extracciones por millón de habitantes y año y se compararon los resultados con los publicados en las memorias de la Organización Nacional de trasplantes (O.N.T.). Se realizó un análisis descriptivo de frecuencias.

**RESULTADOS.** En los 20 años analizados se han realizado 265 extracciones. La media de edad de los donantes fue de 65 años [18 - 89] y una mediana de 69 años. Con una distribución por géneros de 110 mujeres (41,5 %) y 155 varones (58,5 %).

El origen de los donantes fue del departamento de salud en el 76 % y del 24 % de personas desplazadas. Un 8% fue del resto de España, un 15 % de otros países de la U.E. y un 1 % de países extracomunitarios.

Las causas de éxitus del donante fueron: ACV hemorrágico 70%, ACV isquémico 15%, anoxia 7%, traumatismo craneo-encefálico 6% y otras causas 2%.

En total se extrajeron: 426 riñones, 192 hígados, 26 pulmones, 12 corazones, 5 páncreas, 201 córneas y 6 corazones para válvulas y 443 piezas óseas (en 47 donantes)

La tasa de extracciones por millón de habitantes y año fue de 61,169 siendo la media nacional de 34,73

Las negativas familiares han sido 57, lo que supone un 17,7 %, similar a la media nacional 18,2 %

**CONCLUSIONES.** La actividad de extracción de órganos en el H.V.B. es muy superior a la media nacional, aunque las negativas familiares son similares.

#### **P-07 SARCOIDOSIS RETROPERITONEAL: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

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

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

**INTRODUCCIÓN.** Con el término sarcoidosis, definimos una patología inflamatoria multisistémica de etiología desconocida. Caracterizada por la formación de granulomas no caseificantes en cualquier localización del organismo, si bien las principales localizaciones son los pulmones y el sistema linfático.

La afectación retroperitoneal es extremadamente rara y habitualmente se asocia a otra afectación más habitual de la enfermedad.

Presentamos el caso de un varón con afectación retroperitoneal sarcoidea, sin afectación pulmonar.

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

Varón de 73 años, derivado a Consultas Externas de Urología por hallazgo incidental, en estudio de adenopatía axilar, de engrosamiento hilio renal derecho y masa de partes blandas que no genera hidronefrosis ni otras alteraciones. Clínicamente, el paciente se encuentra asintomático.

Se plantea diagnóstico diferencial entre patología inflamatoria/infecciosa versus patología neoplásica de vía urinaria superior.

**RESULTADOS.** Tras biopsia de adenopatía axilar compatible con sarcoidosis, se inicia estudio completo que no evidencia patología sarcoidea en otras localizaciones.

Completamos estudio de masa pararenal con citología que resulta negativa para malignidad, y PET-TC que informa de grandes adenopatías hipermetabólicas difusas y masa pieloureteral derecha.

Tras los resultados del PET-TC, realizamos ureterorenoscopia derecha + citología selectiva, sin objetivarse lesiones sugestivas de malignidad.

A la luz de los resultados, se inicia tratamiento corticoideo. En controles tomográficos periódicos, observamos gran disminución de la masa en seno renal.

Dada la buena evolución del paciente, se inicia fase off de tratamiento esteroideo.

Tras 16 meses sin tratamiento corticoideo, el paciente precisa ingreso por anemia hemolítica autoinmune. En TC se evidencia aumento de la afectación a nivel de seno renal derecho e infiltración de la grasa.

Ante estos resultados, se realiza biopsia retroperitoneal laparoscópica y toma de muestras para estudio anatomopatológico informadas como tejido fibroadiposo con infiltrado linfoide.

**CONCLUSIONES.** La afectación sarcoidea retroperitoneal es poco frecuente, presentándose frecuentemente de forma asintomática. En este contexto y dada la inespecificidad de los hallazgos en pruebas de imagen, la sospecha clínica es fundamental a fin de evitar exploraciones de carácter invasivo.

#### **P-08 METÁSTASIS SUBCUTÁNEA EN PUERTO DE LAPAROSCOPIA TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL; A PROPÓSITO DE UN CASO**

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

**INTRODUCCIÓN.** La cirugía laparoscópica oncológica renal es una realidad que ha ido desplazando progresivamente a la cirugía abierta.

La complicación quirúrgica más frecuente es el sangrado intra o postoperatorio.

De manera

excepcional encontramos en la literatura casos de metástasis en el puerto laparoscópico empleado.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza una descripción retrospectiva de un único caso de metástasis en el trayecto del trocar laparoscópico ocurrido en nuestro centro.

Se trata de un paciente varón de 69 años, sin alergias conocidas, hipertenso y dislipémico en tratamiento, fumador de 1 paquete de tabaco al día. En 2014 diagnóstico incidental mediante TC de tumoración renal de 3cm en polo inferior de riñón izquierdo. Intervenido en junio 2014 mediante nefrectomía parcial izquierda. El resultado de la anatomía patológica fue: pT3aNxMx. Durante el seguimiento presentó recidiva local siendo sometido el 21/08/2017 a nefrectomía radical izquierda (AP pT1aNxMx y Fuhrman 2). Dos meses después en consulta se evidencia tumoración subcutánea única bajo cicatriz de puerto laparoscópico subcostal izquierdo. En la exploración física no impresiona de estar adherido a planos profundos. Se punciona mediante PAAF cuyo análisis evidencia inmunohistoquímica positiva para tumor renal primario. Se realiza exéresis de metástasis subcutánea el 28/11/2017 con buena evolución postquirúrgica, siendo alta a las 48h. El resultado de anatomía patológica de la metastasectomía informó de infiltración hipodérmica para carcinoma de células claras PAX-8+ compatible con origen primario renal.

**CONCLUSIONES.** La aparición de metástasis en el puerto de laparoscopia es una complicación extremadamente infrecuente.

Es necesario llevar a cabo una técnica quirúrgica óptima que minimice el riesgo de aparición de complicaciones. Para reducir la diseminación de células tumorales y posterior riesgo de nuevos implantes se debe llevar a cabo una mínima manipulación del tumor, la colocación de la pieza en bolsa de forma precoz, sin su morcelación o fractura, la colocación de los trocares lo menos traumática posible y adecuando la incisión cutánea para evitar el efecto chimenea.

#### **P-09 USO DE BCG EN PACIENTES TRASPLANTADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Martínez Gómez, G; Vidal Crespo, N; López Cubillana, P; Fernández Garay, JC; Martínez Muñoz, R; Rull Hernández, J; Escudero Bregante JF; García Hernández, JA; López González, PA; Moreno Alarcón, C; Nicolás Torralba, JA; Prieto González, A; Rigabert Montiel, M; Server Pastor, G; Tornero Ruiz, JI; Gómez Gómez, GA.*  
*Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** La incidencia de carcinoma urotelial de vejiga en pacientes trasplantados renales con terapia inmunosupresora es tres veces superior al de la población normal, y frecuentemente se presenta en estadios más avanzados.

La instilación intravesical con el bacilo de Calmette Guerin (BCG) es considerado el tratamiento de elección de los tumores vesicales no músculo-infiltrante de alto grado (TVNMIAG), y en el carcinoma in situ (CIS). Se trata de un *Mycobacterium bovis* vivo atenuado, que mantiene una acción inmunoestimuladora -estimula los linfocitos Th 1, produciendo citoquinas proinflamatorias-, pero con una actividad infectiva disminuida.

El manejo del cáncer de vejiga en pacientes inmunodeprimidos ha sido brevemente descrito en casos clínicos y series retrospectivas.

Objetivo: Valorar la seguridad y eficacia del tratamiento del TVNMI con BCG intravesical.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realiza una revisión de la literatura, sobre tratamiento con BCG en pacientes con tumor vesical de alto grado trasplantados con régimen de inmunosupresión. Se presenta así mismo el manejo de un paciente trasplantado renal con CIS. Varón de 70 años trasplantado en 2012. Antecedentes: hipertenso, exfumador y FA anticoagulada con sintrom. A los dos años del trasplante, presenta hematuria macroscópica, por lo que se somete a resección transuretral, siendo diagnosticado de TVNMIAG asociado a CIS.

**RESULTADOS.** Hay recogidos menos de 15 casos en la bibliografía. Desde el punto de vista inmunológico, existe una situación contradictoria: la inmunosupresión es necesaria para evitar el rechazo al injerto y la acción inmunológica es necesaria para tener un efecto citotóxico en las células tumorales. La inmunosupresión sistémica en pacientes trasplantados probablemente no lleve a una inmunosupresión local completa; por lo tanto, la respuesta inflamatoria con BCG endovesical podría ser efectiva.

Tras el diagnóstico de CIS, se presenta en comité de trasplantes y se decide iniciar tratamiento con BCG, previa firma de consentimiento informado. Tras recibir 6 ciclos de BCG el paciente, se mantiene libre de enfermedad y no han aparecido complicaciones asociadas al tratamiento. No precisó fármacos antituberculosos previamente.

**CONCLUSIÓN.** La decisión de usar BCG en pacientes trasplantados se tomará valorando el beneficio del control de tumor contra el potencial riesgo de enfermedad sistémica.

**P-10 ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL EN EL COLOCACIÓN DE ENDOPRÓTESIS URETRAL ALLIUM**

*Samper Mateo P., Vilchez Costas A.I., Molina Hernández O., Marín Martínez F.M., Artés Artés M., Valdelvira Nadal P., Oñate Celdrán J., Torres Roca M., Andreu García A., Jiménez López J.M., Morga Egea J.P., Sempere Gutiérrez A., Gúzman Martínez-Valls P.L.*

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

**INTRODUCCIÓN.** La cirugía prostática o la radioterapia en ocasiones provocan estenosis uretrales recidivantes afectando la calidad de vida de nuestros pacientes y condicionando múltiples consultas e intervenciones derivadas de su falta de resolución definitiva. El "Allium Triangular Prostatic Urethral Stent (TPS) " es un dispositivo autoexpandible, completamente recubierto, diseñado para las estenosis de uretra posterior, contemplándose como una alternativa en estos casos.

**OBJETIVO.** Análisis descriptivo de nuestra experiencia en la colocación temporal de esta endoprótesis uretral en casos de esclerosis del cuello vesical.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Análisis retrospectivo de 7 dispositivos Allium TPS implantados a pacientes entre 2015 y 2016.

**RECOGIDA DE DATOS.** Epidemiológicos (edad) y clínicos (antecedentes, intervenciones previas, uso de Mitomicina, incontinencia, flujometría, complicaciones del stent). Cuestionario de calidad de vida, con respuesta si/no o escala visual analógica del 0 (muy mal) al 10 (muy bien).

**RESULTADOS.** Mediana de edad de 68 años (RIQ 65-78).

Antecedentes:

3 (42,9%) prostatectomía radical

2 (28,6%) de RTU de próstata

2 (28,6%) radioterapia

La mediana de intervenciones previas para el tratamiento de la estenosis fue 2 (RIQ 0-2); 3 pacientes (42,9%) fueron tratados con Mitomicina.

La mediana de tiempo en el que los pacientes portaron la endoprótesis fueron 10 meses (RIQ 8-13). En los 4 pacientes (57,1%) no incontinentes previamente se valoró el flujo máximo tras la retirada, con una mediana de 14,3 ml/seg (RIQ 9-14,3).

| Tabla 1. Complicaciones del stent |    |           |
|-----------------------------------|----|-----------|
| Variable                          |    | n (%)     |
| Calcificación del stent           | SI | 2 (28,6%) |
|                                   | NO | 5 (71,4%) |
| ITU                               | SI | 3( 42,9%) |
|                                   | NO | 4(57,1%)  |
| Sd. Irritativo                    | SI | 4(57,1%)  |
|                                   | NO | 3(42,9%)  |

| Tabla 2. Cuestionario de calidad de vida.                                 |    |                     |
|---|----|---------------------|
| Cuestiones  |    | Mediana (RIQ)/ n(%) |
| ¿Cómo valoraría su calidad de vida antes de la colocación de la prótesis? |    | 2 (0-3)             |
| ¿Cómo valoraría su calidad de vida mientras portaba la prótesis?          |    | 8 (3-9)             |
| ¿Cómo valoraría su calidad de vida actual?                                |    | 10(9-10)            |
| ¿ Hoy día volvería a realizarse el procedimiento?                         | SI | 5(71,4%)            |
|   | NO | 2(28,6%)            |

**CONCLUSIONES.** Los pacientes valoran positivamente la aplicación de esta alternativa en el tratamiento de la estenosis recidivante considerando que, a pesar de las complicaciones, que fueron en todo caso menores, mejoró su calidad vida exponencialmente.

#### **P-11 EXPERIENCIA INICIAL EN EMBOLIZACIÓN PROSTÁTICA COMO TRATAMIENTO DE LA HBP**

*Vidal Crespo, N; Martínez Gómez, G; Capel Alemán, A\*; Lloret Estañ, F\*; Prieto González, A; Lopez Cubillana, P. Fernandez Garay, JC; Martínez Muñoz, R; Rull Hernández, J; Escudero Bregante JF; García Hernández, JA; Lopez González, PA; Moreno Alarcón, C; Nicolás Torralba, JA; Rigabert Montiel, M; Server Pastor, G; Tornero Ruiz, JI; Gómez Gómez, GA.*

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

**INTRODUCCIÓN.** La RTU sigue representando la técnica de referencia del tratamiento quirúrgico de la HBP. La embolización prostática (EAP) es una de las técnicas alternativas mínimamente invasivas en los pacientes con clínica de obstrucción del tracto urinario inferior secundaria a HBP.

**OBJETIVO.** Realizar una puesta al día de dicha técnica y presentar nuestra experiencia inicial con la embolización prostática.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Revisión bibliográfica usando como palabras clave “prostate”, “artery”, “arterial”, “embolization”, incluyendo los artículos publicados en español, francés e inglés. Estudio descriptivo de los pacientes tratados en nuestro centro (2015-2017).

Previa ecografía transrectal y angioTC se practica embolización mediante microesferas Bead Block 300-500µ. Criterios de inclusión: >60 años, STUI obstructivos moderados o severos refractarios a tratamiento médico durante >6 meses, Qmax <10-12 ml/s o pacientes sondados, Consentimiento informado. Criterios de exclusión: Aterosclerosis avanzada y tortuosidad de las arterias ilíacas, No visualización de las arterias prostáticas en angioTC, alergia a contraste yodado, Estenosis uretral, detrusor hipoactivo o vejiga neurógena, FG <30 ml/min, tumor maligno.

**RESULTADOS.** Se han localizado más de 212 artículos sobre la técnica, incluida, incluyendo al menos un ensayo clínico de embolización vs RTU de próstata con resultados esperables para 2022 (NCT02054013). Los resultados son adecuados a corto plazo, en términos de IPSS, mejoría del flujo máximo y ausencia de RPM.

Mediana de edad 77,5 años (72-84). Todos con ASA ≥III, dos de ellos anticoagulados. Mediana de volumen prostático 65 cc (40-90). Todos portadores de sonda vesical permanente. En el 50% de los casos la embolización fue bilateral, en el 33% unilateral, y en un 16% no se pudo realizar la técnica. Sin complicaciones inmediatas. Retirada de sonda a los 1-42 días (mediana 30 días). En cuatro pacientes (66%), con éxito. En dos (33%) fue necesaria cirugía desobstructiva, uno de ellos por imposibilidad de realización de la técnica, otro, por fallo de esta.

**CONCLUSIONES.** Los primeros resultados son prometedores. Es una técnica segura, a considerar como alternativa a la cirugía. Están en marcha estudios para confirmar su eficacia a largo plazo, así como ensayos controlados aleatorios prospectivos que comparan EAP con RTU.

#### **P-12 URINOMA POR ATRAPAMIENTO URETERAL TRAS HERNIORRAFIA INGUINAL**

*Barceló Bayonas, I.; Fernández Aparicio, T.; Cascales Pérez, M. Luisa; Rivero Guerra, A.; Pardo Martínez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Jiménez Peralta, D.; Izquierdo Morejón E., ; Pietrónica, B.; Carrillo George, C.; Rosino Sánchez, A; Romero Hoyuela, A. Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia*

**INTRODUCCIÓN.** La aparición de urinoma tras reparación de hernia inguinal es una condición rara lo que supone un importante reto diagnóstico y terapéutico.

**CASO CLÍNICO.** Paciente de 63 años que tras herniorrafia inguinal derecha acude a Urgencias (11 días) de ser dado de alta, por dolor abdominal, fiebre e hipotensión. En la analítica de ingreso, destaca leucocitosis asociada a

neutrofilia y Cr de 4.5. Se realiza eco y TAC simple urgente, objetivando hematoma en espacio perirrenal y pararenal posterior derecho con dilatación pielocalicial grado 2-3 del mismo lado. CGD coloca drenaje penrose en zona de herida inguinal y comentan caso con Urología.

**RESULTADOS.** Dada la persistencia de fiebre y hallazgos en pruebas de imagen, se decide colocación de catéter JJ que resulta fallido por no localización de meato ureteral. Se solicita colocación de nefrostomía no consiguiendo cateterización de vía urinaria y se coloca drenaje perirrenal con salida de material seroso-sucio.

Al día siguiente, colocación de nefrostomía con salida de orina a ritmo hidronefrótico. En el análisis del drenaje perirrenal y penrose de la zona inguinal se objetiva aumento de las cifras de creatinina lo que sugiere presencia de orina. Se realiza Pielo-Cisto TAC con paso de contraste hasta uréter distal, presentando stop a 3 cm de la vejiga y fuga de contraste. Vejiga indemne con un contorno más lobulado en lado derecho. Confirmación de la presencia de urinoma retroperitoneal.

Tras 1 mes de ingreso y manejo con antibioterapia intravenosa con derivación de vía urinaria es alta con resolución de las colecciones pudiendo retirar drenaje percutáneo. El paciente se encuentra pendiente de cirugía reconstructiva ureteral próxima.

**CONCLUSIONES.** La aparición de urinoma por lesión desapercibida de uréter distal durante la cirugía de herniorrafia abierta es un proceso infrecuente. Debemos sospecharlo en paciente que inicien dolor lumbar asociado a alteraciones analíticas y, sobre todo, con antecedente de STUI.

### **P-13 HEMINEFRECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR ANULACIÓN FUNCIONAL DE HEMIRRIÑÓN IZQUIERDO**

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

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

**INTRODUCCIÓN.** La duplicidad renal es la anomalía congénita más frecuente del aparato urinario (incidencia: 0,8-5 %). Se identifica más en mujeres (2:1), suele ser unilateral y cursar sin síntomas. Habitualmente, se asocia a ureteroceles, reflujo vesicoureteral y uréter ectópico.

Se define sistema doble excretor completo como un riñón que tiene 2 sistemas de pelvis y cálices. Por lo general, el uréter del polo inferior entra en la vejiga en su posición normal en el triángulo, y el del polo superior se inserta en la vejiga medial e inferior a su ubicación normal (ley de Weigert-Meyer).

Suele manifestarse con infecciones de tracto urinario e incontinencia en edad pediátrica, mientras que en edad adulta, suele manifestarse con dolor lumbar o infecciones de orina de repetición.

El tratamiento de elección es la heminefrectomía con ureterectomía.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Presentamos el caso de una paciente de 16 años, seguida en consultas de urología por episodios de pielonefritis aguda de repetición, con diagnóstico de doble sistema excretor izquierdo completo, con atrofia y anulación del pielón inferior.

Se realiza estudio mediante gammagrafía renal, cistoscopia, CUMS, URO-TC y angio-RMN, revelando un doble sistema izquierdo completo, con hemisistema inferior atrófico sin arteria polar inferior que lo alimente.

Dada la persistencia de dolor lumbar e infecciones de repetición, se decide heminefrectomía laparoscópica.

Técnica quirúrgica:

- Primer tiempo endoscópico: Cateterización de ambos uréteres izquierdos.
- Segundo tiempo laparoscópico: Identificación de ambos uréteres sobre el psoas que se disecan hasta hilio renal, identificación del pedículo renal, con liberación de vena renal y sus colaterales, clipaje y sección del uréter del pielón inferior y disección de hemirriñón inferior.

**RESULTADO.** El tiempo operatorio fue de 175 min. La estancia hospitalaria fue de 3 días. A los dos meses de la cirugía la paciente se encuentra asintomática, con función renal conservada y sin nuevas infecciones urinarias.

**CONCLUSIONES.** El abordaje laparoscópico en la heminefrectomía es una técnica segura y eficaz para el tratamiento de la duplicidad renal completa.

A pesar de ser una patología poco frecuente en adultos, en equipos con experiencia laparoscópica, no debe representar una dificultad añadida respecto a la cirugía abierta.

#### **P-14 CÓLICO RENOURETERAL NO LITIASICO. UN CUADRO A CONSIDERAR**

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

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

**INTRODUCCIÓN.** El cólico renoureteral (CRU) es un motivo frecuente de consulta no sólo en Servicios de Urgencias, sino que también supone un grueso importante de la actividad asistencial en los Servicios de Urología. Se produce por dilatación de la vía urinaria y la consecuente distensión de la cápsula renal por obstrucción ureteral, bien completa o parcial.

Las causas de esta obstrucción son múltiples, tanto intrínsecas como extrínsecas; siendo la más frecuente la presencia de cálculos en la vía urinaria. A pesar de ello, en el diagnóstico diferencial no debemos olvidarnos de otras posibles causas. Es en este punto donde las pruebas de imagen adquieren especial relevancia.

Presentamos el caso de una mujer que tras cuadro clínico compatible con CRU derecho es diagnosticada de teratoma ovárico derecho y neoplasia renal izquierda.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura

Aportamos el caso de mujer de 72 años, con clínica de CRU derecho que en radiografía simple presenta imagen cálcica mal definida, de aproximadamente 15 mm a nivel de hemipelvis derecha.

Se plantea la necesidad de definir el origen de la imagen visualizada en la radiografía simple.

**RESULTADOS.** Ante los hallazgos iniciales se decide completar estudio diagnóstico con TC abdomino-pélvico con contraste.

El estudio pone de manifiesto la existencia de una masa exofítica anexial derecha quística, de aproximadamente 8 centímetros, con una pieza dentaria en su porción más inferior compatible con un teratoma quístico maduro. Responsable probablemente del cuadro clínico, por compresión extrínseca.

Así mismo, se observa de forma incidental la presencia de una masa renal izquierda que infiltra cola de páncreas, bazo y suprarrenal ipsilateral.

Ante tales hallazgos, se propone a la paciente para tratamiento quirúrgico.

**CONCLUSIONES.** Ante un cuadro clínico compatible con cólico nefrítico, es fundamental la realización de un exhaustivo diagnóstico diferencial. Puesto que, aunque en la mayor parte de los casos la causa es la nefrolitiasis, hasta un 10% de los casos son producidos por otras patologías

#### **P-15 CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL PARAFINOMA PENEANO**

*Marín Martínez, F., Samper Mateo, P., Vilchez Costas, A.I., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López JM., Guzmán Martínez- Valls, P.*

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

**RESUMEN.** El parafinoma peneano es una reacción cutánea que aparece tras la inyección de parafina o aceites minerales en el pene. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica.

**OBJETIVO.** El objetivo de nuestro trabajo es presentar una técnica quirúrgica, sus resultados estéticos y funcionales.

**MÉTODOS.** Presentamos una serie retrospectiva de 3 pacientes diagnosticados de parafinoma peneano por inyección de sustancias extrañas (vaselina, parafina), tratados con técnica reconstructiva en dos tiempos: primer tiempo con escisión de parafinoma más enterramiento escrotal de pene. Se dejan transcurrir 4 meses para el correcto prendimiento del flap escrotal. En un segundo tiempo se realiza individualización peneana y faloplastia con piel escrotal. Describimos los resultados estéticos y funcionales según el International Index of Erectile Function (IIEF-5).

**RESULTADOS.** La mediana de edad de los pacientes fue 31 años. La estancia hospitalaria fueron 4 días tras el primer tiempo y 2 tras el segundo. No hubo complicaciones postoperatorias en ninguno de los casos. El intervalo entre cirugías fue de 4 meses. La puntuación del IIEF-5 fue de 23, 25 y 25 puntos

**CONCLUSIONES.** La escisión de parafinoma más enterramiento escrotal del pene y faloplastia con piel escrotal en dos tiempos es una técnica fiable y reproducible que se debe tener en consideración cuando exista afectación extensa de la piel peneana y se precise resección amplia.

## **P-16 TÉCNICA DE RECAMBIO DE CATÉTER DE NEFROSTOMÍA TOTALMENTE OBSTRUIDO EN SU LUZ SIN NECESIDAD DE CREAR UN NUEVO ACCESO PERCUTÁNEO**

*Vilchez Costas, A.I.; Valdevira Nadal, P.; Jiménez López, J.M.; Samper Mateo, P.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.M.; Artés Artés, M.; Oñate Celdrán, J.; Torres Roca, M.; Guzmán Martínez-Valls, P.L*  
*Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

**INTRODUCCIÓN.** Los pacientes portadores de nefrostomías percutáneas suelen tener, con el paso del tiempo, ciertas complicaciones más o menos solucionables y/o relevantes, siendo una de ellas la calcificación y la obstrucción completa de su luz lo que obliga, en ocasiones, a su recambio con nuevo acceso percutáneo de la vía urinaria mediante maniobras invasivas.

**MATERIAL Y MÉTODO.** Presentamos el caso de una mujer de 46 años portadora de nefrostomía bilateral y colostomía por fistula urinaria vesico-vagino-rectal desde Enero de 2017 secundaria a tumor ginecológico tratado de forma multimodal: cirugía asociada a quimioterapia con radioterapia y braquiterapia adyuvantes en 2011. En un recambio de las nefrostomías se objetiva obstrucción completa de la luz distal del catéter.

**RESULTADOS.** Se presenta técnica para su recambio, bajo control de escopia radiológica, utilizando simplemente un set de nefrostomía.

**CONCLUSIONES.** Con esta técnica se evita la necesidad de un nuevo acceso percutáneo, así como las consiguientes maniobras invasivas y las posibles complicaciones asociadas a dicho procedimiento.

## **P-17 La interacción de KIR2DS4 con sus ligandos HLA-I condiciona negativamente la respuesta al tratamiento con BCG en tumor vesical no infiltrante de alto grado.\***

*Gloria Martínez-Gómez, 1 Concepción F. Guillamón, 2 José F. Escudero, 1 Pedro López-Cubillana, 1 Antonio Prieto, 1, Guillermo Gómez, 1, José Antonio García, 1, María V. Martínez-Sánchez, 2 Lourdes Gimeno, 2 Juan Cabezas, 3 Amparo Torroba, 4 Belén Ferri, 4 José A. Campillo, 2 Gerardo Server, 1\*\* Alfredo Minguela. 2\*\**  
*1Servicio de Urología; 2 Servicio de Inmunología, IMIB; 3Servicio de Análisis clínico, IMIB y 4 Servicio de Anatomía patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.** El tratamiento de elección para el tumor vesical no infiltrante de alto grado es la inmunoterapia intravesical con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG). García-Cuesta et al, en 2017 (Oncoimmunology, 6:e1293212) sugieren que la activación de las células NK puede ser un componente importante de la respuesta antitumoral de esta terapia. La respuesta antitumoral de estas se regula por interacción de sus receptores Killing Immunoglobulin-like Receptors (KIR) con sus ligandos HLA clase-I presentes en la célula tumoral. Existen 16 genes KIR diferentes con función activadora o inhibidora. El gen activador KIR2DS4 tiene como ligandos a alelos HLA clase-I (HLA-A11,-C2,-C4y-C16). El **objetivo** de este trabajo fue estudiar el papel de las interacciones KIR/HLA-I en la respuesta a la inmunoterapia con BCG.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Se realizó el estudio genético de receptores KIR y sus ligandos HLA clase-I en 160 controles sanos compatibles en sexo y edad y en 113 pacientes con cáncer de vejiga. A la inclusión en el estudio 50 pacientes (44.2%) presentaron tumores infiltrantes T2-T4, 48 pacientes (42.5%) tumores no-infiltrantes de alto grado (tratados con BCG) y 15 pacientes (13.3%) tumores no-infiltrantes de bajo-grado. Se utilizó SPSS 15.0 para realizar análisis chi-cuadrado y de supervivencia con Kaplan Meier y Log-Rank.

**RESULTADOS.** La supervivencia libre de progresión (SLP) a 10 años fue de 22%,74%y81%(p<0.000) para infiltrantes y no-infiltrantes de alto y bajo grado, respectivamente. La frecuencia de KIR2DS4 (94.8%y94.9%) y la de sus ligandos HLA-A11,-C2,-C4y-C16 (47.5%y44.9%) fue similar en controles y pacientes. Las interacciones KIR2DL1/C2, KIR2DL2/C1, KIR2DL3/C1, KIR3DL1/Bw4 o KIR2DS1/C2 no incidieron significativamente en la SLP de ningún grupo de pacientes. Sin embargo, los pacientes con tumores no-infiltrantes de alto grado tratados con BCG y que presentaban la interacción de KIR2DS4/HLA-A11,-C2,-C4y-C16 mostraron SLP a 10 años significativamente más reducidas (61.5%vs.88.6%, p<0.007) que los pacientes sin dicha interacción. Los pacientes con tumores infiltrantes no mostraron diferencias significativas en la SLP en presencia o ausencia de dicha interacción (18.5%vs.45%,p=0.689).

**CONCLUSIÓN.** El estudio genético de la interacción de KIR2DS4 con sus ligandos HLA-I podría ser de utilidad para guiar la elección del tratamiento con BCG en tumores no-infiltrantes de alto grado.

# Premio Server Falgás 2017

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

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

Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer, Murcia

**INTRODUCCIÓN.** El cáncer constituye uno de los principales problemas de salud pública en los países desarrollados siendo el cáncer de próstata la segunda enfermedad maligna más frecuentemente diagnosticada a nivel mundial, solo por detrás del cáncer de mama (exceptuando el cáncer de piel no melanoma) y es la quinta causa de muerte por cáncer en el mundo (1). El cáncer de próstata representa el 12% de los casos de cáncer diagnosticados en Europa.

Se espera que la incidencia del cáncer de próstata continúe aumentando en los próximos años, no solo como consecuencia del aumento de la población, sino también del envejecimiento de la misma. Todo esto, unido al aumento de técnicas de detección precoz, están convirtiendo al cáncer de próstata en un verdadero problema sociosanitario y que continúa con la tendencia generalizada de aumento de incidencia observado en las últimas décadas.

En el momento actual, el 90% de los nuevos diagnósticos se presentaban en fase de enfermedad localizada, siendo un 37,5% tumores de bajo riesgo, 23,1% tumores de riesgo intermedio y el 28,6% tumores de alto riesgo (2). Es por ello por lo que se han llegado a plantear dudas de un posible sobretratamiento de los pacientes con cáncer de próstata de bajo riesgo interpretando que muchos de estos tumores resultaran ser clínicamente insignificantes o sin un compromiso vital sobre el paciente.

A raíz del desarrollo de diferentes tratamientos con intención curativa y el establecimiento de terapias más conservadoras, surgió la inquietud por intentar predecir en el momento de la biopsia que tumores podrían considerarse tumores insignificantes. De esta manera se intenta averiguar que pacientes pudieran ser candidatos a Vigilancia Activa para evitar un sobretratamiento de tumores clínicamente insignificantes o retrasar las consecuencias de un posible tratamiento radical sin comprometer por ello a en la supervivencia. Diversos autores han publicado diferentes criterios clínicos / analíticos / anatomopatológicos para definir, tras la biopsia prostática, qué pacientes presentan un cáncer de próstata potencialmente insignificante. De los diferentes criterios propuestos con este fin, los presentados por Epstein (3) son los que han tenido mayor difusión, derivando posteriormente los criterios de la EAU, PRIAS, START sin existir un claro consenso u homogeneidad a la hora de definir qué parámetros y qué valores son los que predefinen a los tumores clínicamente insignificantes en el momento de la biopsia. Esto unido a las preocupaciones de los pacientes enfermos de un tumor, la ausencia de estandarizada hasta la fecha de seguimiento uniforme de estos pacientes y la interpretación de los resultados basados en la biopsia de próstata aleatorizada o dirigida a nódulos de sospecha en la resonancia magnética puede plantear preocupaciones tanto a pacientes como Urólogos.

**OBJETIVOS.** Valorar si los protocolos de Vigilancia Activa más ampliamente utilizados seleccionan de forma adecuada pacientes con tumores con cáncer de próstata de bajo riesgo con el fin de:

1. Evaluar datos anatomopatológicos finales de la pieza de PR en pacientes inicialmente candidatos a VA según los datos de la biopsia transrectal (valoración de reestadificación y reclasificación de grado).
2. Valorar la capacidad de cada protocolo en identificar a potenciales candidatos a Vigilancia Activa y que realmente presenten después tumores de bajo riesgo en la pieza de prostatectomía radical (Gleason 6 y pT2a).
3. Determinar la concordancia real de cada protocolo de Vigilancia Activa en detectar a paciente que presentan realmente tumores de bajo riesgo en la pieza de prostatectomía.
4. Seguimiento y desarrollo de recidiva bioquímica en pacientes candidatos inicialmente a Vigilancia Activa en relación con los pacientes no candidatos.

**MATERIAL Y MÉTODOS.** Estudio observacional y retrospectivo de 155 pacientes intervenidos de prostatectomía radical por cáncer de próstata en fase localizada entre marzo 2010 y diciembre 2013 en nuestro centro.

Todos los pacientes fueron diagnosticados previamente de cáncer de próstata a través de una biopsia transrectal con toma de al menos 6 cilindros por lóbulo. Se identificaron aquellos pacientes que cumplieran criterios de Vigilancia Activa y se clasificaron a los pacientes según los siguientes protocolos:

-EAU: PSA<10ng/ml; Gleason biopsia≤6, cT1c-T2a; <2 cilindros afectados; menos del 50% de afectación por cilindro.

-PRIAS: PSA<10ng/ml; dPSA <0,22 ng/ml/cc; Gleason biopsia ≤6; cT1c/CT2; <2 cilindros afectados.

-START: PSA<10ng/ml; Gleason biopsia≤6; cT1c/CT2a-2b.

Se analizaron datos anatomopatológicos desfavorables de la pieza de prostatectomía radical (aumento de grado Gleason y/o enfermedad no organoconfinada) junto la capacidad de cada protocolo para detectar tumores de bajo riesgo (Gleason 6 y pT2a en la pieza de prostatectomía).

**RESULTADOS.** De todos los pacientes intervenidos, 33 cumplían criterios de Vigilancia Activa de la EAU, 31 los criterios PRIAS y 69 los criterios START.

La distribución de PSA y edad en función de cada protocolo fue:

| Variable    | EAU  | PRIAS | START |
|-------------|------|-------|-------|
| Edad        | 66,2 | 66,6  | 65,9  |
| PSA (ng/ml) | 6,74 | 6,78  | 6,49  |

A continuación, se valoran los resultados anatomopatológicos de la prostatectomía radical atendiendo a los hallazgos desfavorables de la pieza en función de cada uno de los protocolos. Consideramos relevante señalar que entre el 6-10% de los pacientes inicialmente candidatos a vigilancia activa han presentado enfermedad localmente avanzada en la pieza de prostatectomía independientemente del protocolo utilizado.

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

Centrándonos en la concordancia de grado de Gleason y su posible reclasificación, encontramos que en los pacientes inicialmente candidatos a Vigilancia Activa, existe un número no despreciable de pacientes que presentaron tumores Gleason 7 (10-30%) destacando también un patrón Gleason 4 dominante o 5 hasta en el 3-4% de los pacientes.

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

Atendiendo a la capacidad de cada protocolo en identificar a potenciales candidatos a Vigilancia Activa y que realmente presenten después tumores de bajo riesgo en la pieza de prostatectomía observamos:

|       | pT2a Gleason 6 no detectados por los protocolos | pT2a Gleason 6 detectados por el protocolo |
|-------|---|--|
| EAU   | 64,3%   | 35,7%                                      |
| PRIAS | 63%   | 37%  |
| START | 28,6%   | 71,4%                                      |

|       | pT2a Gleason 6 confirmados dentro de los incluidos en cada protocolo | Pacientes incluidos en los protocolos con lesiones $\geq$ pT2b Gleason 6 |
|-------|--|--|
| EAU   | 30,3%  | 69,7%  |
| PRIAS | 32,2%  | 67,7%  |
| START | 28,9%  | 71%  |

Se realizó un seguimiento de los pacientes intervenidos intentando identificar una posible recidiva bioquímica. El seguimiento medio de la serie fue de 47,4 meses (DE 14,8 meses). Se observó datos de recidiva bioquímica en el 21,2% del total de la serie con un tiempo medio hasta su desarrollo de 18,6 meses. De los paciente candidatos a vigilancia activa y según cada uno de los protocolos se observó recidiva bioquímica en:

- EAU: 2/33: 6,0%
- PRIAS: 2/31: 6,4%
- START: 9/69: 13%

**CONCLUSIONES.** En nuestra serie:

- Aproximadamente 2/3 de los pacientes con tumores de bajo riesgo y potencialmente candidatos a Vigilancia Activa no son detectados con los criterios de los protocolos más extendidos.
- De los pacientes candidatos a Vigilancia Activa sólo 1/3 presentan después tumores de muy bajo riesgo en la pieza de prostatectomía radical.

- De los pacientes candidatos a Vigilancia Activa, aproximadamente el 10% presentan posteriormente enfermedad localmente avanzada y el 3-4% un patrón Gleason 4 ó 5 dominante.
- Durante el seguimiento de los pacientes candidatos a VA se objetivó recidiva bioquímica en aproximadamente el 10% de los casos (21% en la serie global).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, et al. GLOBOCAN 2012. (2012). Cancer incidence and mortality worldwide. IARC cancer base no. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013.
2. Cózar JM, Miñana B, Gómez-Veiga F, Rodríguez-Antolín A, Villavicencio H; 25 UrologyUnits, Asociación Española de Urología, Cantalapiedra A, Pedrosa E. Prostate cáncer incidence and newly diagnosed patient profile in Spain in 2010. BJU Int. 2012;110(11 Pt B): E701-6.
3. Epstein JI, Walch PC, Carmichael M, Brendler CB. Pathologic and clinical findings to predict tumor extent of nonpalpable (Stage T1c) prostate cancer. JAMA. 1994; 271:368---74

## **Premios AMU 2017**

#### **PREMIO MARIANO TOMÁS 2017**

*Al mejor examen de residentes*

Carlos George Carrillo, médico residente del servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer.

#### **PREMIO AL MEJOR VÍDEO 2017**

*Al mejor trabajo audiovisual*

Reparación de fístula uretrocutánea coronal mediante técnica PATIO (Preserve the tract And Turn it Inside Out) tras meato/uretroplastia en un tiempo con injerto de mucosa bucal en paciente afecto de liquen escleroso", de José Carlos Ruíz Morcillo, urólogo del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

# El Hospital Naval de Carlos III en Cartagena

Mariano Pérez Albacete, urólogo sénior, Murcia  
Juan Manuel Soler Fernández, urólogo sénior, Cartagena

*Después de la Catedral de Murcia, es el Hospital de Marina de Cartagena el más grandioso edificio monumental de la región...*

*Juan Soler Cantó*

**Introducción.** El Hospital Naval de Cartagena, el mejor de España en su tiempo y el más antiguo de todo el arco mediterráneo español, tras 246 años de prestar asistencia sanitaria a la Armada y en ocasiones a la población civil, en 1983 cerró sus puertas en su ubicación original, el inmueble fue abandonado y los enfermos trasladados a un nuevo nosocomio. La restauración del edificio lo fue en 1999 como sede de la Universidad Politécnica de Cartagena.

Recogemos los datos de la historia del centro básicamente de los trabajos del Dr. Soler Cantó relacionados en la bibliografía.

**Resultado.** Con la llegada al trono, en 1700, del rey Felipe V, nieto de Luis XIV de Francia, comenzó en España un periodo de renovación del conocimiento tras la nefasta Pragmática de Felipe II de 1556, en la que, para impedir la propagación de la doctrina protestante y prevenir herejías, prohibía cursar estudios en universidades extranjeras, todos los libros debían ser controlados por la Inquisición, en las Universidades la enseñanza de la cirugía tenía que ser únicamente teórica con la lectura de los textos de Hipócrates, Galeno, Avicena, Pablo de Engina y *Las Instituciones de Cirugía* de Andrés Mercado, ésta última sin contenido quirúrgico alguno y de escaso valor todo esto condujo al país a sufrir una larga etapa de retroceso y de decadencia en la evolución y desarrollo de las Ciencias y de la Medicina al aislarnos y desligarnos de Europa.

La cirugía se encontraba aún en manos de cirujanos latinos y barberos sin formación ni estudios específicos en Universidad y sin conocimientos anatómicos, los cirujanos eran menospreciados y su categoría inferior a la del médico del quien dependía la indicación de su asistencia. Es esa época la atención sanitaria en los ejércitos españoles era desastrosa hasta el extremo de que, en los bajeles de su Majestad, era mayor el número de los heridos que fallecían que los que curaban; los cirujanos se encontraban a las órdenes del médico, de quien precisaban autorización para ver al paciente, así como para efectuar la cura u operación y no podían administrar medicamentos. Eran menospreciados, vilipendiados y mal tratados en los navíos donde, por nimias faltas, incluso se les podía castigar con el cepo y azotar sin reparo.

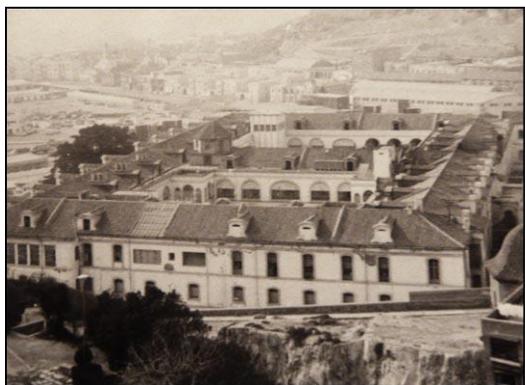
El intendente General de la Marina José Patiño y Rosales (1670-1736) nombrado secretario de Marina e Indias en enero de 1717, publicó las Ordenanzas de la Armada con la que inició la reconstrucción de la Marina española, contó con el apoyo del primer marqués de la Ensenada Zenón de Somovilla para fomentar la construcción naval en Cádiz seguida de Cartagena y El Ferrol. En Cartagena además se levantó el arsenal, las murallas y después los castillos y fuertes.

En 1667 se construyó en Cádiz un Hospital Real, al que en 1718 fue destinado como director un cirujano Mayor de la Armada de origen francés, Juan Lacomba, quien inició la **renovación de la Cirugía española**, con la construcción en 1728 de una escuela de practicantes de cirugía de la Armada, de un anfiteatro anatómico y redactó la primera **Ordenanza y Reglamento para los Cirujanos de la Real Armada**, cuyo artículo 21 dice: *Ningún cirujano será admitido en la Marina sin que primero sea examinado y probado por el Cirujano Mayor*, y el 25: *Serán obligados a asistir a todas las demostraciones anatómicas que se hicieren en el Hospital*. Posteriormente por Real Orden de 1776, se obligaba también a los cirujanos desembarcados con el importante objeto de ejecutar por sí mismos las demostraciones anatómicas y practicar las operaciones propias de su facultad, no olviden los principios que sacaron de su Colegio; y que no solo asistan precisamente al referido objeto sino también a las operaciones del Hospital.



Ello llevó a **Pedro Virgili Ballvé** (1699-1777), quien sustituyó a Lacomba como Cirujano Mayor en 1745, a la institución de los Reales Colegios de Cirugía con la inauguración del de Cádiz en 1750 para los cirujanos navales, el de Barcelona en 1761 para los del Ejército y el de Madrid en 1764 para la población civil.

**La asistencia hospitalaria en Cartagena en el siglo XVI** se prestaba en el Hospital Municipal de Santa Ana, que acogía a los menesterosos y atendía a la “gente de la Armada de su Majestad”. En 1621 se levanta el conocido como Hospital de Galeras, un “Hospital Real para la cura de los heridos y enfermos de las galeras y de la Armada” y en 1710 se levanta el Hospital de la Caridad; eran edificaciones de pequeñas proporciones y escasos recursos, por lo que no cubrían las necesidades ni de la población civil ni de la naval.



Para cumplir las ordenanzas de Sanidad de la Armada de 1728, se levantó, entre 1740 y 1762, el **Real Hospital de Antigones**, una gran construcción de planta rectangular con una amplia estancia y dos grandes patios, conocido popularmente como el Hospital Naval de Carlos. En 1766 el número de cirujanos era de tres a los que se añadían los de los barcos (los navíos de cincuenta cañones contaban con tres y las fragatas con dos), para una enfermería de 600 pacientes, quienes por su condición los cirujanos de la Real Armada se veían precisados a asumir las funciones de médicos, cirujanos y boticarios. A lo largo de los años hubo una gran variación en las plantillas del Hospital.

En 1768 se construyó el **Anfiteatro de Autopsias**, “un edificio hexagonal coronado por una airosa cúpula, con ventanas muy altas que le conferían gran luminosidad, en su interior estaba rodeado de escaños en doble fila para los alumnos y una mesa central de piedra para efectuar la disección de los cadáveres del Real Hospital, para lo que contaba con un Maestro anatómico”. Se mantuvo en activo hasta 1961, fecha en la que se erigió un “Depósito de cadáveres” con sala de autopsias.



En 1787, por Real Orden de Carlos III, se dispuso de un **Jardín y Escuela Botánica** para impartir lecciones de Ciencias Naturales a los médicos y cirujanos del Hospital. Se designó a un recolector de plantas que se surtía de los navíos que arribaban procedentes de América con su cargamento de árboles, arbustos y semillas además de contar con numerosos tratados de Botánica. En 1808, con el motín de Aranjuez y la caída del valido Manuel Godoy, el pueblo estalló en júbilo y manifestaciones de alegría que llevaron consigo el destrozo de todo lo que había recibido su protección: el Jardín Botánico, que quedó arrasado.

Tuvo también como centro docente de una **biblioteca médica** con toda clase de obras especialmente de Anatomía, Farmacología e Higiene Naval, entre las que destacan una “Farmacopea de la Armada”, de Leandro Vega, en pergamino, de 1760, en edición bilingüe (latín-castellano) y la “Anatomía del Corpo Humano”, de Valverde de Amusco, en una edición italiana de 1782. Con los años los libros fueron arrumbados en un almacén del que, en 1964, el Dr. Soler Cantó los recuperó, fichó y organizó.

El archivo del Hospital contenía documentos de la construcción, las actas de las reuniones, las plantillas del centro, etc., lamentablemente se perdieron la mayoría de ellas por desidia en su custodia y al no darle valor se quemaron los documentos restantes. No hay constancia sobre la existencia de historias clínicas de los asistidos, por lo que no hemos podido conocer la patología urológica tratada.

La capacidad total del Hospital llegó a ser de 4.000 plazas con ocupación de pasillos y desvanes superiores, número muy alto que únicamente se cubrió cuando se encontraba la Escuadra en el puerto, en todas las estancias del nosocomio descansaban marineros y tropa, y en las epidemias; el paludismo era endémico en la ciudad con episodios muy graves como el de 1785 con cientos de muertos y miles de enfermos, con lo que el centro se convirtió en un lazareto con todos los contagiados dispuestos en colchonetas a lo largo de galerías y buhardillas; en 1804, otro episodio de fiebre amarilla con 9.000 ingresados y 11.000 fallecidos, y otro más en 1810, además de otros de fiebres tercianas en 1834, de cólera de 1854, 1855 y 1865, con menor número de afectados y un recrudecimiento del paludismo en 1886.

Los padres mercedarios se establecieron en Cartagena donde fundaron su convento a principios del siglo XVIII, en 1740 cedieron a los médicos de la ciudad un salón para celebrar juntas y conferencias y allí se creó la **Academia Médico-Práctica** bajo la advocación de Nuestra Señora de la Salud y de los Santos Médicos; integrada por todos los médicos militares, municipales y particulares que vivían en la ciudad, tuvo una corta vida. En 1783 los médicos del Hospital de Marina lograron restablecer la Academia, a la que pertenecieron también autoridades y médicos locales, bajo la advocación de nuestra Señora de la Salud y de los Santos Médicos Cosme y Damián. En las sesiones se leían memorias facultativas algunas llegaron a publicarse en el *Semanario Literario y Curioso* de Cartagena (1786-1788), editado para la difusión del conocimiento de las ciencias.



En 1890, entran a prestar servicio sanitario al Hospital las Hermanas de la Caridad, que se mantuvieron en el centro durante el resto de la existencia del nosocomio. En el siglo XX, en enero de 1901 se preparó una moderna sala de operaciones, quirófano que se renovó en los años treinta y se le dotó de luz cenital al sustituir el tejado por cristaleras y en noviembre de 1903, se instalaron en el hospital los primeros aparatos de Rayos X.

Durante la Guerra Civil y a consecuencia de los sucesivos bombardeos a la ciudad en agosto de 1937, se evacuó el Hospital y los enfermos se distribuyeron en cinco hospitalillos ubicados en pueblos de las cercanías, Santa Ana, Fuente Álamo, Pozo Estrecho, La Palma y El Estrecho, se dispuso también de dos buques hospital el Artabro, y el Marqués de Comillas.

Tras la contienda, todo el interior se encontraba destrozado, paulatinamente fue remozado completamente, se levantan ascensores y montacamillas y se renovó la asistencia médica y quirúrgica. En los años sesenta se efectúa una nueva y amplia reparación general, con adecuación de los espacios a las funciones de un Hospital moderno, pero se planteaba ya la necesaria construcción de un nuevo edificio adaptado a las necesidades de la medicina hospitalaria actual, cuyo proyecto se realizó en 1974, la obra se culminó en 1980 y la inauguración oficial fue el 13 de febrero de 1984.

**La historia urológica en el Hospital Naval** se inicia en 1904 con la llegada de **Ángel Sánchez de Val** (Madrid, 1882-Cartagena, 1931) tras aprobar las oposiciones al Cuerpo Médico de Sanidad de la Armada; destinado como médico segundo, llegó a ser jefe interino de la clínica de cirugía del Hospital por espacio de un año, durante el cual realizó un estudio sobre «El servicio Médico de Guardia en el Hospital Naval de Cartagena» e ideó y describió «Un nuevo modelo de mesa operatoria para los usos de la cirugía naval y de campaña». Después de haber embarcado en el acorazado *Pelayo*, en 1905, solicitó la separación del servicio activo y en la ciudad de Cartagena desarrolló toda su carrera como especialista en Urología y Dermo-Sifilografía.

No fue hasta 1963, cuando se abre el Hospital a la Urología, fecha en la que fue destinado a Cartagena **Matías Lafuente Jiménez** (Valencia, 1933), médico del cuerpo de Sanidad de la Armada por oposición, especializado en Urología en el Hospital Gómez Hulla de Madrid, con el Dr. Acero Santa María (1959-60); amplió sus conocimientos en Barcelona con el Dr. Puigvert Gorro (1961) y de nuevo en el Hospital Militar completó su formación en Cirugía General (1962). Desempeñó el cargo de jefe del servicio de Urología del Hospital Naval del Mediterráneo donde culminó su carrera con el grado de coronel médico, fue director (1989); y más adelante nombrado Jefe de Sanidad de la Zona Marítima del Mediterráneo hasta su jubilación (1994).

Fue sustituido como jefe servicio entre 1986 y 1989, por **Juan de Dios González**, destinado posteriormente al Hospital Militar de Zaragoza.

En 1995 se hizo cargo de la jefatura del servicio de Urología del Hospital Naval del Mediterráneo **Carlos García Espona** (Granada, 1956), médico de Sanidad Militar (1981), especializado en cirugía General y en Urología en el Hospital General de la Defensa Gómez Hulla (1984-89) con los Dres. Félix Jaime Martínez (1926-1990) y Manuel Diz Pintado (1933-1995).

Se mantuvo en activo al frente del servicio hasta el cierre del centro el 1 de abril de 2008, en que pidió la excedencia y se integró como facultativo especialista de área en el servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell, con paso posterior al del Hospital Santa Lucía tras su apertura.

Tuvo como colaboradores especialistas de área a **José Pascual Alcaraz Reverte** (Murcia, 1956) médico militar (1981) urólogo tras examen en la Universidad de Murcia (1982), quien prosiguió su ejercicio profesional en el centro hasta su cierre en que solicitó la excedencia; se reincorporó al ejército en 2011 y fue destinado al tribunal médico de reconocimiento y junta médico pericial.

**Olegario Santamaría Fernández.** Nacido en Moscú, en cuya Universidad se licenció en Medicina y se especializó en Urología, en España obtuvo plaza de ayudante de equipo quirúrgico de Urología en Cartagena con desempeño en el Hospital Naval del Mediterráneo; a su clausura pasó como facultativo especialista de área de Urología del Hospital Santa María del Rosell donde continúa su ocupación profesional.

Como actividad urológica destacable del servicio de Urología en su nueva ubicación, fue la organización del V Congreso de la Asociación Murciana de Urología, los días 22 y 23 de octubre de 1999, presidido por el Dr. García Espona, con la colaboración de los Dres. Alcaraz Reverte y Santamaría Fernández, y al que asistieron casi todos los miembros de la AMU. Fue inaugurado con la presencia del Consejero de Sanidad de la Comunidad Autónoma y del Almirante jefe de la zona Marítima del Mediterráneo. Se leyeron 34 comunicaciones libres cuyas discusiones fueron moderadas por el Dr. Fontana Compiano y como invitado asistió el Dr. Tallada Buñuel quien expuso una vídeo-conferencia sobre «Aspectos actuales del carcinoma renal». La reunión finalizó con una visita al Arsenal de la Armada de Cartagena y a la Base de Submarinos, con un recorrido del interior de uno de ellos.

**NOMBRES QUE HA RECIBIDO EL HOSPITAL NAVAL  
A LO LARGO DE LOS AÑOS**

|      |   |
|------|---|
| 1760 | Real Hospital de Antigonos                  |
| 1801 | Hospital Nacional de Marina                 |
| 1827 | Real Hospital de Marina                     |
| 1891 | Hospital de Marina                          |
| 1984 | Hospital Naval del Mediterráneo             |
| 2002 | Hospital General de la Defensa de Cartagena |

## Bibliografía

*Ordenanzas y Reglamento para los Cirujanos de la Real Armada.*

Casal Martínez, Federico: «La Academia Médico-Práctica de Cartagena». Impr. Carreño, 1952, Cartagena.

Ferrándiz Araujo, Carlos: «Real Jardín Botánico de Cartagena». Ayuntamiento de Cartagena y Real Academia Alfonso X el Sabio, Cartagena, 1990.

Id.: «La Real Academia de Medicina de Cartagena. Aspectos institucionales y bibliométricos a través de su órgano oficial "La Unión de las Ciencias Médicas"». Gráficas F. Gómez, Cartagena, 1994.

Sáez Gómez, JM.; López González, J.; García Medina, V.; Marsset Campos, P.: «La introducción de la Radiología en la Región de Murcia (1896-1936)». Editora Regional de Murcia, junio de 2007. Murcia.

Soler Cantó, Juan: «Cartagena en su Hospital de la Caridad». Edit. Academia Alfonso X el Sabio, Murcia, 1980.

Id.: «El Hospital Militar de Marina de Cartagena». Universidad Politécnica de Cartagena. 2ª edic. ISBN.: 84-87539-13. Cartagena, 1999.

Id.: «La Historia de Cartagena». 2ª edic. Murcia, 1999.

Id.: «El aula de Enseñanza de cirujanos en el siglo XIII». La Opinión de Cartagena 7 días, 16/22 de enero de 1998.