

Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXIV - Nº 26
MURCIA, febrero 2020



www.uromurcia.es



amu

Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Tomás Fernández Aparicio

VICEPRESIDENTE:

Lucas Asensio Egea

SECRETARIO:

Leandro Reina Alcaina

TESORERO:

Emilio Izquierdo Morejón

VOCAL CIENTÍFICO:

Julián Oñate Celdrán

VOCALES:

Carlos González Rodríguez

Arancha Pardo Martínez

SEDE SOCIAL

ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda. Juan Carlos I. Murcia

www.uromurcia.es

info@uromurcia.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Gade Eventos

urologiamurcia@gadeeventos.es

Portada:

*Henry Tonks (1862-1937). Cirujano y pintor inglés
Exploración por el cirujano*

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime: Compobell, S.L. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial _____	3
Presentación del Dr. Tomás Fernández Aparicio_	5
Commemoración del 25 aniversario del servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer ____	7
XXV Congreso Anual de la Asociación Murcianas de Urología. Programa científico _____	9
Comunicaciones presentadas _____	11
Premio Server Falgás de la AMU del año 2019 _	41
La enseñanza y práctica médica en Murcia ____	45

Queridos amigos:

Os saludamos en este año 2020 con motivo de nuestro XXV Congreso que, en esta ocasión, ha sido organizado por el Servicio de Urología del Hospital J.M^a.Morales Meseguer. Esperamos con ilusión que el programa sea de vuestro agrado.

Como el pasado año, tenemos que hacer referencia a la situación profesional de nuestro entorno. Se acaba de celebrar la segunda OPE consecutiva del SMS, sin resolución de la previa de 2018, en la que se han convocado un total de 14 plazas. Es evidente que este hecho permite que se vaya consolidando el panorama de la urología regional desde el punto de vista de estructura. Sin embargo, ha marcado las posibles actividades de nuestra asociación en el presente ejercicio. De hecho, y a pesar de tener propuesta de nuevos coordinadores de grupo, en estas circunstancias de especial dedicación al estudio no ha sido posible poner en marcha las reuniones específicas que con carácter trimestral desarrollábamos. Esperemos que a lo largo del 2020 la asociación pueda generar nuevo músculo para reiniciar esta y otras actividades de interés.

Como bien sabéis, en la pasada asamblea se procedió a la elección de un nuevo secretario para sustituir al Dr. Marcos Torres, puesto que recayó en el Dr. Leandro Reina. Su labor durante este año ha sido de enorme ayuda para nosotros. Esto nos lleva a comentar una circunstancia de especial relieve para nuestro futuro inmediato. Y es que cumplimos como junta directiva cuatro años y en la próxima Asamblea General Ordinaria que se celebrará el día 8 de febrero, al finalizar nuestro XXV Congreso Regional, será escogida una nueva junta directiva. **Os animamos encarecidamente a que presentéis vuestras candidaturas, porque hay cargos actuales, entre otros el de Presidente, que no se van a presentar a la reelección.** Además, es deseable que haya competencia leal entre candidatos y nuevas ideas que aporten beneficio y desarrollo a nuestra Asociación.

Os recordamos la normativa que marca nuestros estatutos:

“ARTICULO 15. *La elección de los miembros de la Junta Directiva se hará en candidaturas cerradas para los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero. Para los cargos de Vicepresidente y los dos Vocales numerarios la elección se efectuará según un sistema de candidaturas abiertas. La duración de su representación será de cuatro años renovables por una sola vez para el mismo cargo.*

La vocalía de residentes tendrá una duración de dos años y será ocupada de modo rotatorio por los residentes de tercer año de los Servicios de Urología de los Centros Hospital Virgen de la Arrixaca, Hospital Morales Meseguer y Hospital Reina Sofía, por este orden. Si algún otro centro se incorpora al grupo docente, de modo automático será incluido en el mecanismo de rotación en último lugar. En caso de rechazarse la vocalía por parte del residente designado, correrá el turno.”

Los editoriales que a lo largo de este periodo de cuatro años hemos publicado en nuestro boletín, sirven de balance de nuestra actividad como Junta Directiva. Sin querer insistir en ello, es cierto que hemos intentado imprimir una marcha más al ritmo de la actividad científica de nuestra asociación. Se han desarrollado iniciativas como “Lecturas Recomendadas”, la creación de los grupos de trabajo con coordinadores dedicados a la preparación de reuniones temáticas específicas y acreditadas, la renovación y puesta al día de la página web con actualización de contenidos y funciones, la modificación del programa de nuestro Congreso Regional (también con la Acreditación pertinente) o la evaluación objetiva y rigurosa de nuestros trabajos de cara al Congreso son ejemplo claro de ello. Se ha trabajado con dedicación para conseguir fondos través de subvenciones públicas (Colegio Oficial de Médicos por ejemplo) y de recabar apoyo de la industria para mantener viva la Asociación, circunstancia que también hemos conseguido tal y como se refleja en los informes de Tesorería. También hemos cumplido con la misión de representar a la urología regional en las reuniones de la Junta Directiva Plenaria de la Asociación Española de Urología que, con carácter semestral, se celebran en Madrid. Quizás el aspecto más amargo es no haber conseguido una mayor asistencia y participación por parte de los miembros de nuestra asociación en el desarrollo de las

actividades se han ido desarrollando; es cierto que somos una Asociación “pequeña” en número y que han existido circunstancias añadidas en los dos últimos años que sin duda han actuado como cofactores; pero es probable que además nos haya faltado capacidad de comunicación o que no hayamos identificado correctamente las necesidades de la urología regional, entre otros motivos. En cualquier caso, la experiencia acumulada por todas las juntas directivas anteriores y nuevas ideas de refresco seguro que son la clave para una mejor planificación por parte de la Junta Directiva que salga electa este año.

Por último, permitid que repitamos el mensaje final que hemos reiterado en los últimos años en el Editorial preludeo del Congreso. **“Como Junta Directiva, nuestro objetivo sois todos, y por ello os animamos a participar muy activamente de las actividades de la AMU durante este 2020. 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 Ordinaria”**. Este año os pedimos particularmente un esfuerzo para que vuestra participación sea masiva; será una forma de expresar vuestro apoyo decidido a un nuevo equipo directivo que agradecerá, sin ninguna duda, vuestra presencia.

Muchas gracias por estos cuatro años. Recibid un afectuoso saludo.

La Junta Directiva.

Presentación del Dr. Tomás Fernández Aparicio

Queridos amigos:

Desde el Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer estamos organizando, con ilusión y con la ayuda de la Junta Directiva de la AMU, el XXV Congreso Regional después de 26 años de vida de nuestra Asociación. Junto con esta carta, recibiréis el programa preliminar, que esperamos sea de vuestro agrado.

Celebraremos la reunión en el salón de actos de nuestro hospital. Como veréis se mantiene la estructura tradicional con jornada de tarde el viernes 7 de febrero y jornada de mañana el sábado 8. Este año hemos decidido apostar por profundizar en el área de la Inmunoterapia en los tumores urológicos. Hemos organizado una mesa redonda, en la que contaremos con expertos de primer nivel nacional, que expondrán las bases del tratamiento y las novedades en los ámbitos del cáncer de próstata, vejiga y renal. Y es que creemos, como muchos de vosotros, que muy probablemente esta área de conocimiento puede cambiar en pocos años el paradigma actual del tratamiento empleado en dichos tumores.

Por otro lado, como servicio cumplimos 25 años. Y este hecho también queremos compartirlo con vosotros. Previo a nuestro Congreso anual, vamos a celebrar en el mismo salón de actos una jornada conmemorativa en horario de mañana (8:30 h a 14 h) el mismo día 7 de febrero, de la que, también en breve, os informaremos de los contenidos. Os podemos asegurar que nos hará una gran ilusión que nos acompañéis en este acto científico que, sin duda, también tendrá un componente emocional; no en vano, nuestro presente es el fruto de un pasado en el que ha participado la Asociación y todos sus miembros. Por ello os invitamos de corazón a compartir con nosotros una mañana en la que intentaremos mostraros nuestras áreas de trabajo con el mayor rigor posible.

Os esperamos, porque vuestra participación en este Congreso será la base del éxito de todos.

Recibid un afectuoso saludo.

Tomás Fernández Aparicio



Jefe de Servicio Urología.

Hospital J.M^a. Morales Meseguer.

Murcia

Conmemoración 25 años Servicio de Urología Hospital J. M^a Morales Meseguer

Salón de actos. Hospital José M^a Morales Meseguer
Murcia. 7 de febrero de 2020

PROGRAMA

- 08:30-08:45 h. Inauguración:**
Consejero de Salud **Dr. Manuel Villegas García**
Gerente Hospital **D. Andrés Carrillo González**
Jefe de servicio Urología **Dr. Tomás Fernández Aparicio**
- 08:45-09:00 h. Recuerdo histórico.** Dr. Tomás Fernández
- 09:00-11:00 h. Mesa Comité Multidisciplinar. Casos en Uro oncología.**
Modera Dr. Tomás Fernández:
- Opinión Experta:**
- Dr. Jose Luis Alvarez Ossorio.
 - Dr. Javier Burgos Revilla.
 - Dr. Joaquín Carballido Rodríguez.
 - Dr. Bernardino Miñana López.
 - Dr. Alfredo Rodríguez Antolín.
- 09:00-09:45 h. Casos clínicos en cáncer renal.** Conducen Dra. Angela Rivero y Dra. Isabel Barceló
Participan: Dr. Gregorio Hita, Dra. Inmaculada Ballester, Dr. Enrique Girela, Dra. Ana Sánchez González, Dra. Adriana Fondevilla, Dr. Julián Tudela.
- 09:45-10:30 h. Casos Clínicos en Cáncer de Próstata.** Conduce Dr. Antonio Rosino.
Participan: Dr. Enrique González Billalabeitia, Dr. Enrique Girela, Dra. Adriana Fondevilla, Dr. Julián Tudela.
- 10:30-11:00 h. Casos clínicos en cáncer vesical.** Conduce Dr. Carlos Carrillo.
Participan: Dr. Gregorio Hita, Dr. Enrique González Billalabeitia, Dr. Enrique Girela, Dra. Adriana Fondevilla, Dra. Nieves Navarro.
- 11:00-11:30 h. Café.**
- 11:30-12:30 h. Mesa Patología Funcional.** Modera Dr. Antonio Romero Hoyuela.
Ponentes: Dra. Blanca Madurga Patuel, Dra. Carmen Gonzalez-Enguita, Dr. Argimiro Collado.
- 12:30-13:30 h. Mesa Endourología.** Modera Dr. Bogdan Pietricica.
Ponentes: Dr. Juan Antonio Galán, Dr. Alberto Budía, Dr. José Ramón Cansino.
- 13:30-14:00 h. Mesa Enfermería en Urología.** Modera D. Ricardo Carpio de la Peña
Ponentes: Antonio Salmerón, Rosa Jimenez, Esmeralda Moreno.
- 14:00 h. Clausura.**

COMITÉ ORGANIZADOR

Servicio de urología:

Tomás Fernández Aparicio
Gregorio Hita Villaplana
Antonio Romero Hoyuela
Antonio Rosino Sánchez
Emilio Izquierdo Morejón
Bogdan Nicolae Pietricica
Carlos Carrillo George
Francisco Cruces de Abia
Angela Rivero Guerra
Isabel Barceló Bayonas
Fulgencio Meseguer Carpe

Residentes:

Arancha Pardo Martínez
Victoria Muñoz Guillermo
Daniel Jiménez Peralta
Melque Barragán Gamero
William Barragán Frutos



Commemoración 25 años
Servicio de Urología Hospital J. M^a Morales Meseguer

Servicio de urología:
Tomás Fernández Aparicio
Gregorio Hita Villaplana
Antonio Romero Hoyuela
Antonio Rosino Sánchez
Emilio Izquierdo Morejón
Bogdan Nicolae Pietricica
Carlos Carrillo George
Francisco Cruces de Abia
Angela Rivero Guerra
Isabel Barceló Bayonas
Fulgencio Meseguer Carpe

Residentes:
Arancha Pardo Martínez
Victoria Muñoz Guillermo
Daniel Jiménez Peralta
Melque Barragán Gamero
William Barragán Frutos

Salón de actos
Hospital José M^a Morales Meseguer
Murcia
7 de febrero de 2020



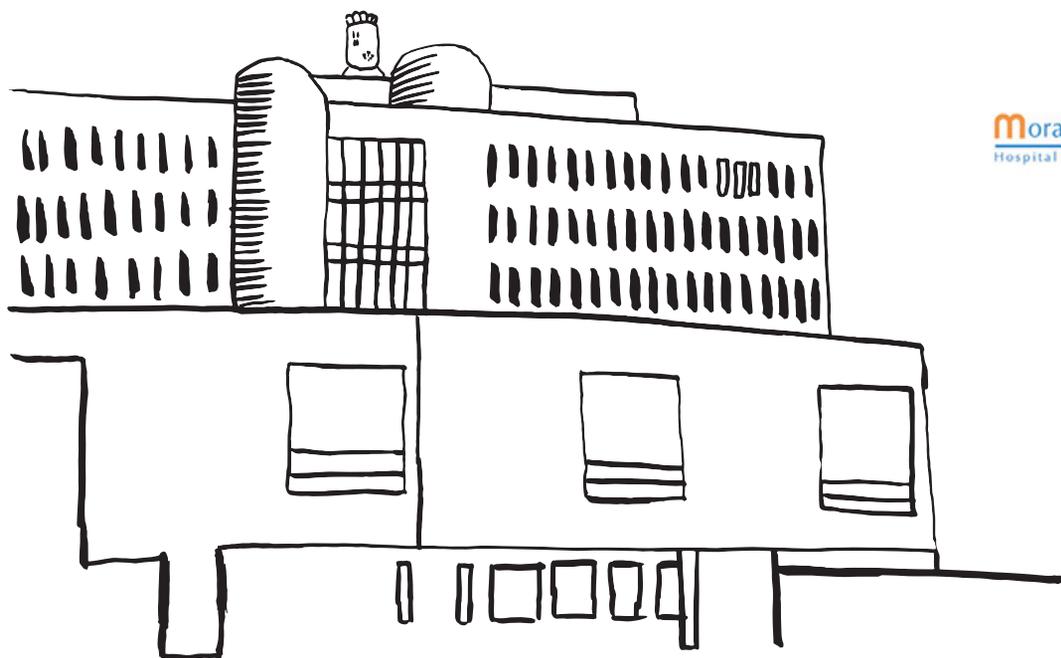
Solicitada la acreditación en la:
Comisión de Formación Continuada



Secretaría Técnica – Gade Eventos, S.L. Avda. Teniente Montesinos, nº 8 – Torre A – 7ª planta 30100 – Murcia Telf. 699175841

XXV Congreso de la Asociación Murciana de Urología

7 y 8 de Febrero de 2020. Hospital Morales Meseguer



VIERNES 7 DE FEBRERO

16:00-16:15 h. Entrega de documentación.

16:15-16:30 h. Inauguración:

Dr. Manuel Villegas García. Consejero de Salud.
D. Andrés Carrillo González. Gerente Hospital Univ. Morales Meseguer.
Dr. Tomás Fernández Aparicio. Jefe de Servicio Urología HMM.

16:30-17:45 h. Mesa Comunicaciones (1).

Moderan: Dr. Guillermo Gómez. Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca.
Dr. Pablo Guzmán. Hospital Reina Sofía.

17:45-18:15 h. Café.

18:15-19:45 h. Mesa Inmunología en urooncología.

Modera: Dr. Tomás Fernández. Hospital Morales Meseguer.

- Bases Inmunológicas del Tratamiento Oncológico en Urología.
Dr. Joaquín Carballido. Hospital Puerta de Hierro. Madrid.
- Terapia Inmunológica en Cáncer Renal.
Dr. José Luis Álvarez-Ossorio. Hospital Puerta del Mar. Cádiz.
- Terapia Inmunológica en Cáncer de Próstata.
Dr. Javier Burgos. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
- Terapia Inmunológica en Cáncer Vesical.
Dr. Bernardino Miñana. Clínica Universitaria de Navarra.

19:45-20:00 h. Historia de la AMU en su 25 aniversario.

Dr. Mariano Pérez Albacete

SÁBADO 8 DE FEBRERO

08:30-09:00 h. Examen de residentes.

09:00-10:45 h. Mesa Comunicaciones (2).

Moderan: Dr. Carlos Carrillo. Hospital Univ. Morales Meseguer.
Dr. Raúl Montoya. Complejo Hospitalario de Cartagena.

10:45-11:15 h. Café.

11:15-12:30 h. Mesa de videos.

Moderan: Dr. Emilio Izquierdo. Hospital Univ. Morales Meseguer.
Dra. Gloria Martínez. Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca.

12:30-13:00 h. Mesa posters.

Moderan: Dr. Francisco Cruces. Hospital Univ. Morales Meseguer.
Dr. José Carlos Ruiz. Hospital Rafael Méndez.

13:00-14:00 h. Asamblea general. Elección nueva Junta Directiva.

14:00 h. Comida y entrega de premios.

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Tomás Fernández Aparicio

Secretarios

Gregorio Hita Villaplana

Antonio Romero Hoyuela

Vocales

Antonio Rosino Sánchez

Emilio Izquierdo Morejón

Bogdan Nicolae Pietricica

Carlos Carrillo George

Franciso Cruces De Abia

Ángela Rivero Guerra

Isabel Barceló Bayonas

Fulgencio Meseguer Carpe

Aranca Pardo Martínez

Victoria Muñoz Guillermo

Daniel Jiménez Peralta

Melque Barragán Gamero

William Barragan Flores

COMITÉ CIENTÍFICO

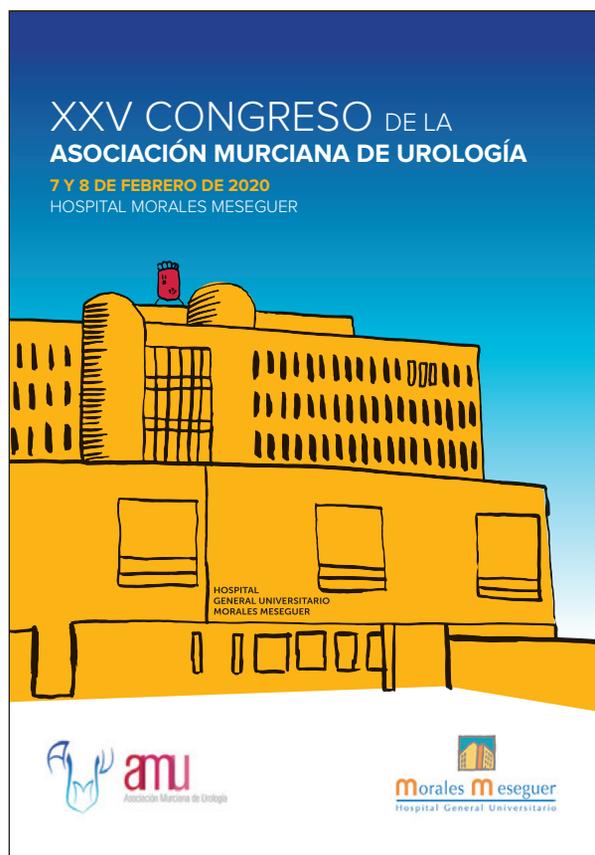
Julián Oñate Celdrán

Gloria Martínez Gómez

Ángela Rivero Guerra

José David Jiménez Parra

Raúl Montoya Chinchilla



Comunicaciones. Mesa 1

C-1.1 ¿TODAS LAS BIOPSIAS CON GLEASON 6 SON BAJO RIESGO? IMPLICACIÓN DE OTROS FACTORES

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El objetivo de este trabajo es valorar los datos de la biopsia prostática que nos pueden ayudar al infradiagnóstico en pacientes con Gleason 6.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de los pacientes con Gleason 6 sometidos a prostatectomía radical en nuestro centro desde enero de 2010 hasta julio de 2019. Se recogen las variables preoperatorias: edad, PSA (ng/ml), grado ISUP, porcentaje de cilindros afectos, afectación máxima e invasión perineural; y como variables postoperatorias: estadio patológico, márgenes quirúrgicos y grado ISUP. Los resultados se analizan con el programa SPSS v.20.

RESULTADOS. Se incluyen 278 pacientes con Gleason 6 en biopsia y la edad media es 63,23 años (45-79). La media de PSA es 8,58 ng/ml (2,5-46). Según los datos obtenidos de la biopsia, la invasión perineural es un factor independiente con significación estadística ($p < 0.01$) asociado con un estadio pT3 (OR 3,4 $p < 0.005$), además de asociarse con márgenes positivos y un mayor grado ISUP en la pieza quirúrgica. Asimismo, un mayor porcentaje de cilindros en la biopsia, se asocian a un mayor grado ISUP, márgenes positivos y estadio pT3 en la pieza quirúrgica. Teniendo en cuenta la curva ROC representada por porcentaje de cilindros, se establecería el corte en $\geq 15\%$ cilindros positivos para dicha asociación.

CONCLUSIONES. La invasión perineural y un porcentaje de cilindros $\geq 15\%$ en biopsia prostática orienta a un mayor ISUP, márgenes positivos y estadio patológico. Por lo que son factores que nos pueden ayudar a una mejor planificación terapéutica.

C-1.2 RESULTADOS DE BIOPSIA DE FUSIÓN COGNITIVA DE ALTO RENDIMIENTO GUIADA CON RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA (RMMP)

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata se ha convertido en una herramienta que nos aporta nuevos datos en el cáncer de próstata, permitiendo un diagnóstico más exacto. En este trabajo describiremos el método utilizado en nuestro centro, asimismo, como nuestros resultados según nuestra metodología.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo de las biopsias guiadas con RMmp desde enero de 2014 hasta noviembre de 2019. La realización de dicho procedimiento se encuentra centralizado en un mismo urólogo, que previa a realización de la biopsia se revisa la RMmp junto con el radiólogo y se le trasmite el esquema. La realización de biopsia en el nódulo se realiza de forma saturada (en "abanico") para obtener una mayor rentabilidad diagnóstica.

RESULTADOS. Se recogen un total de 161 biopsias realizadas (segundas biopsias), y en 36 de ellas, la RM era negativa (sin nódulos PIRADS ≥ 3), por lo que no se incluyen. Los datos descriptivos se describen en las siguientes tablas:

Edad:	65.53 (46-83).
PIRADS:	- 3: 82 (48.5%)
	- 4: 68 (40.2%)
	- 5: 14 (8.3%)
	- Negativo (36 pacientes)
PSA MEDIA:	8.59 (1-31) ng/ml

AP biopsia sistemática:	<ul style="list-style-type: none"> - Benignidad: 44 (29,1%) - PINAG: 11 (7.3%) - ASAP: 20 (13.2%) - Cáncer: 76 (50.3%)
AP nódulo:	<ul style="list-style-type: none"> - Benignidad: 89 (53.6%) - PINAG: 11 (6.6%) - ASAP: 8 (4.8%) - Cáncer: 58 (34.9%)
Porcentaje de cilindros positivos en nódulo:	74,23% (20-100%).

BENIGNIDAD		AP BIOPSIA SISTEMÁTICA			
		PINAG	ASAP	CÁNCER	
AP BIOPSIA NÓDULOS	BENIGNIDAD	28	3	8	14
	PINAG	0	0	2	6
	ASAP	3	0	3	2
	CÁNCER	4	3	0	42

Según los resultados de los nódulos, se obtiene que los PIRADS 3 presentan 11% de diagnóstico de cáncer de próstata, 49,20% y 92.85, los PIRADS 4 y 5, respectivamente. Con la realización de biopsia en "abanico", la carga tumoral de la biopsia de los nódulos alcanza el 74% de los cilindros.

CONCLUSIONES. La realización de un protocolo establecido en la realización de las biopsias de próstata permite una mayor rentabilidad diagnóstica, aportando más datos para la evaluación del cáncer de próstata tanto a nivel terapéutico como pronóstico.

C-1.3 ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA Y CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL PARA EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENALES DE TAMAÑO INTERMEDIO

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

INTRODUCCIÓN. La litiasis urinaria representa una patología importante en la práctica urológica. Su volumen y ubicación determinan el mejor manejo para resolverla.

OBJETIVO. Comparar la efectividad y seguridad de la Nefrolitotomía Percutánea (NLP) y la Cirugía Retrógrada Intrarrenal (CRIR) para el tratamiento de litiasis renales entre 1 y 3cm.

MÉTODOS. Se realiza estudio prospectivo, no aleatorizado en 128 pacientes con litiasis renal entre 1 y 3cm tratados en nuestro centro entre 2015 y 2019; a 85 se les realizó CRIR y a 43 NLP. Se evalúan y comparan edad, sexo, IMC, composición, localización, Unidades Hounsfield (UH) y tamaño litiásico, tiempo quirúrgico, complicaciones, estancia hospitalaria, tasa de éxito tras el procedimiento y necesidad de procedimientos auxiliares. Para la comparación de resultados se utilizó la prueba T de Student, Wilcoxon y Chi-cuadrado ($p=0.05$).

RESULTADOS. No existen diferencias según edad, sexo e IMC. Tampoco en las UH, localización y composición de las litiasis, pero si en el tamaño de éstas, siendo mayor el tamaño en las NLP (2.2cm vs 1.6cm). El tiempo quirúrgico fue menor en el grupo de CRIR (92.5 minutos) que en el de NLP (181.79 minutos). El grupo de NLP tuvo

mayor estancia hospitalaria (4.39 días) que el grupo de CRIR (2.65 días), siendo significativo ($p < 0.05$). Respecto a las complicaciones, encontramos un 89.41% de procedimientos libres de complicaciones para CRIR frente a un 74.42% en la NLP, siendo significativo ($p = 0.027$). Se observaron 9 complicaciones en el grupo de CRIR (10.59%): 3 complicaciones grado 1 de Clavien-Dindo (3 ITU), 3 grado 2 (una transfusión y dos sepsis) y 3 grado 3 (una colocación de catéter JJ, dos drenajes de hematoma y absceso). Observamos 11 complicaciones en el grupo de NLP (25.58%): 6 complicaciones grado 1 (3 ITU, dos hematuria, un hematoma), 4 grado 2 (una transfusión y tres sepsis) y 1 grado 3 (drenaje hematoma). No existen diferencias en la tasa libre de litiasis entre ambas técnicas quirúrgicas (88.24% CRIR vs 86.05% NLP), requiriendo procedimientos auxiliares en 5 y 6 pacientes respectivamente.

CONCLUSIONES. La NLP y la CRIR presentan similar eficacia para el tratamiento de litiasis de tamaño intermedio. La CRIR es una opción segura, requiere corta estancia hospitalaria y presenta menos complicaciones; pudiendo considerarse como alternativa a la NLP en litiasis renales de hasta 3cm.

C-1.4 DISTANCIA ANOGENITAL Y LONGITUD DE LOS DEDOS DE LA MANO COMO BIOMARCADOR ANDROGÉNICO PRENATAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL CÁNCER DE PRÓSTATA

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

INTRODUCCIÓN. El cáncer de próstata constituye la patología neoplásica más frecuente en el varón. Numerosos biomarcadores han sido estudiados para predecir el desarrollo y severidad de este tipo de neoplasia.

OBJETIVO. Evaluar la asociación entre la distancia anogenital (DAG) y la longitud de los dedos de la mano, como biomarcador androgénico prenatal y el riesgo de padecer cáncer de próstata.

MATERIAL Y MÉTODOS. Desarrollamos un estudio de casos y controles, con casos incidentes de cáncer de próstata, en hombres que acudieron a la consulta ambulatoria de urología entre 2018 y 2019, a los cuales se les realizó examen físico urológico, determinación de PSA y tacto rectal. Aquellos con indicación, se les realizó biopsia prostática transrectal. A un total de 94 pacientes se les realizó biopsia, 49 casos y 45 controles, todos confirmados por biopsia de próstata. Se midieron dos variantes de DAG [del ano a la base posterior del escroto (DAG_{AS}) y del ano a la inserción dorsal del pene (DAG_{AP})] y la longitud del segundo y cuarto dedo.

Las variables continuas se compararon utilizando la prueba T de Student, y cuando presentaban más de dos categorías el análisis de la varianza ANOVA. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Los análisis se llevaron a cabo con IBM SPSS 22,0.

RESULTADOS. No fueron encontradas diferencias significativas entre las medias de la DAG_{AS} de los casos y controles (45,95 vs 44,77; $p = 0,6$), respectivamente; ni de las medias de las DAG_{AP} (122,52 vs 126,20; $p = 0,28$). De igual forma, al analizar las medias de la longitud de los dedos, tampoco encontramos diferencias significativas entre los casos y los controles (2o dedo: 95,78 vs 97,90; $p = 0,18$; 4o dedo: 100,33 vs 102,33 ; $p = 0,23$). Se evaluaron las diferencias en las DAG y la longitud de los dedos por grupo de riesgo según la clasificación de Gleason y de la ISUP, no encontrando diferencias significativas, a excepción de la longitud de los dedos en la clasificación ISUP ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES. En nuestro medio y en nuestra muestra a pesar de no haber encontrado diferencias significativas se puede deber a un error de tipo beta, por lo que se debería ampliar el tamaño de la muestra en investigaciones futuras.

C-1.5 INFRAESTADIAJE DEL CARCINOMA VESICAL NO MUSCULO INVASIVO (CVNMI)

Marín Martínez, FM., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Romero Bobadilla, ER., García Porcel, V., Oñate Celdrán, J., García Escudero, D., Sanchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez Parra JD., Guzmán Martínez- Valls, PL
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

El riesgo de persistencia tumoral y de infraestadiaje de los CVNMI que infiltran la lamina propia (T1), después de una Resección Transuretral de Vejiga (RTUV), se ha reportado entre 51-58% y 8-11% respectivamente, incluyendo aquellos con músculo detrusor presente en la muestra. Es por esto, que en casos seleccionados se indica una segunda RTUV pudiendo incrementar la supervivencia libre de recurrencia, mejorar la respuesta a BCG y aportar información pronóstica.

OBJETIVOS. Determinar la tasa de persistencia e infraestadiaje del CVNMI que infiltra la lamina propia (T1).

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de enero 2017 a septiembre 2019, incluimos todos los pacientes intervenidos de segundas RTUV de forma consecutiva por resección incompleta, T1 y aquellos sin muscular, n: 67. Registramos la tasa de persistencia y de infraestadiaje de los T1. Estadísticos: descriptivos, tasas.

RESULTADOS. Descriptivo

Característica		N	Media (Desv. Típica)	%
Edad		67	69,38 (10,9)	
Sexo	Hombre	60		89,55
	Mujer	7		10,44
Fumador	No	18		26,86
	Exfumador	11		16,41
	Sí	26		38,8
Causa 2. RTUV	T1	67		100
	No muscular	9		13,43
	Incompleta	2		2,98
Grado	Bajo	13		19,40
	Alto	44		65,67
	1	6		8,95
	2	4		5,97
Número de tumores	1	31		46,26
	2	13		19,40
	3	11		16,41
	4	5		7,46
	5	3		4,47
Crecimiento	Papilar	40		59,70
	Mixto	17		25,37
	Sólido	7		10,44
Persistencia		11		16,41
Infraestadiaje		2		2,9

La media de edad fue de 69,38 (10,9), el 100% se realizó segunda RTUV por T1 presentando una persistencia de enfermedad del 16,41% y una tasa de infraestadiaje del 2,9%.

CONCLUSIONES. En nuestro medio tenemos una tasa de persistencia e infraestadiaje por debajo de estudios publicados, debemos tomar en cuenta que la técnica quirúrgica, la calidad de la resección (presencia de muscular), evaluación histológica y la estadificación influyen en los resultados.

C-1.6 IMPACTO PSICOLÓGICO Y SEXUAL DE LA CIRUGÍA DE HIPOSPADIAS A LARGO PLAZO

*Marín Martínez, FM., Zambudio Carmona, G., Guirao Piñera, MJ., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Romero Bobadilla, ER., García Porcel, V., Oñate Celdrán, J., García Escudero, D., Sanchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdelvira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez Parra JD., Guzmán Martínez- Valls, PL.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

INTRODUCCIÓN. En la cirugía de hipospadias, diferenciar entre cirugía funcionalmente necesaria y estéticamente viables es importante para la toma de decisiones terapéuticas. La edad para la reparación primaria suele ser de 6 a 18 (24) meses. El seguimiento a largo plazo es necesario hasta la adolescencia para detectar complicaciones tardías. Los sistemas de puntuación actuales tienen deficiencias en cuanto a los resultados informados por los pacientes, los resultados a largo plazo y la función sexual.

OBJETIVO. Determinar el impacto estético, funcional y psicosexual de la cirugía de hipospadias en la adultez.

MATERIALES Y MÉTODOS. Realizamos un estudio descriptivo en pacientes adultos intervenidos de forma consecutiva de hipospadias en HUVA entre 1976-1996, a quienes se realizó entrevista vía telefónica enfocada en el aspecto funcional, estético y psicosexual.

RESULTADOS. De 566 pacientes intervenidos logramos contactar a n:100 pacientes con una edad media 29 (15.5) años, que fueron intervenidos a los 28,3(5,8) meses de edad. El 73% fueron distales y 27% proximales. En el 30% el meato no es ortotópico, 10% presenta fístula, 18% presenta algún grado de estenosis y 52% presenta curvatura. El 13% siente haber tenido desventajas en su vida sexual. Consideran su pene diferente en: tamaño (19%), forma glande (17%), curvatura (14%), cicatrices (10%) y orificio más bajo (7%). La satisfacción sexual fue valorada en 8,9 en una escala del 1 al 10. Los proximales presentan mayores problemas de eyaculación: 42% frente al 11% de los distales. El 68% de los proximales desearían mejorar frente al 20% de los distales, en apariencia (17%), tamaño (11%) y forma de orinar (11%).

CONCLUSIONES. La obtención de resultados a largo plazo es difícil. El objetivo primario de la cirugía de hipospadias por parte del cirujano es, la funcionalidad. Éste puede ser diferente a las expectativas del paciente adolescente y adulto, que en nuestra muestra impresiona ser la estética el aspecto más valorado en este grupo etéreo.

C-1.7 COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS DEL TRASPLANTE PANCREATO-RENAL Y SU INFLUENCIA EN LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS INJERTOS

Vidal Crespo, Natalia; López González, Pedro Ángel; López Cubillana, Pedro; Moreno Alarcón, Cristóbal; Llorente Viñas, Santiago; Martínez Muñoz, Rocío; Rull Hernández, Javier; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia; Escudero Bregante, Félix; Fernández Garay, Juan Carlos; Martínez Gómez, Gloria; Nicolás Torralba; Jose Antonio; Prieto González, Antonio; Rigabert Montiel, Mariano; Server Pastor, Gerardo; Tornero Ruiz, Jesus Ignacio; Gómez Gómez, Guillermo Antonio

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El trasplante de páncreas-riñón simultáneo (TPRS) es el tratamiento gold-standard para pacientes con nefropatía diabética terminal. El objetivo de este estudio es valorar la influencia de las complicaciones postquirúrgicas en los resultados a largo plazo del TPRS.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo de 39 TPRS realizados entre los años 2000 y 2018. La gravedad de las complicaciones se clasificó mediante la escala Clavien-Dindo modificada. Se estudió la influencia de las complicaciones postoperatorias en los resultados a largo plazo. Para ello se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y test de Log-rank, y análisis multivariante mediante regresión de Cox.

RESULTADOS. La edad media de los receptores fue 36 años (rango 14-47), 22 (56,4%) de ellos eran mujeres. Las complicaciones Clavien-Dindo IIIa o mayor fueron 18 (46,2%) pancreáticas y 14 (35,9%) renales. Las complicaciones vasculares supusieron la pérdida del injerto. Hubo tres muertes (7,7%) relacionadas con el trasplante.

La supervivencia de los pacientes a 1, 5, 10 y 15 años fue de 89%, 87%, 83,9%; y 83,9%; la de los injertos renales fue de 87%, 81,4%, 73,6% y 66,3%; y la de los injertos pancreáticos de 81,1% 81,1%, 75,2%, 65,4%, respectivamente. El retraso inicial en la función del injerto (RFI) influyó de forma significativa en los resultados. La supervivencia a los 10 años para riñones con RFI y sin ella fue de 57,7% y 81,8% respectivamente ($p=0,01$). Para el páncreas, fue 28,6% con RFI; y 77% sin RFI ($p<0,0001$). El resto de complicaciones no influyeron en la supervivencia. El análisis multivariante mostró que el único factor estudiado que afectó de forma significativa a la supervivencia del injerto fue el RFI (coeficiente β del riñón: 21,2, $p=0.008$; coeficiente β del páncreas: 8,55, $p<0.0001$)

CONCLUSIONES. El TPRS se trata de una cirugía con un alto número de complicaciones. En nuestra serie estas complicaciones no afectaron a los resultados a largo plazo. La supervivencia de los injertos sólo se vio influida por la presencia de RFI tras el trasplante.

C-1.8 PROPORCIÓN DE PT0 TRAS CISTECTOMÍA RADICAL

García Porcel, V.J.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; Bobadilla Romero, E.R.; Jimenez Parra, J. D.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D., Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La resección transuretral de vejiga (RTUv) permite el estudio histopatológico y el estadiaje del carcinoma vesical, siendo terapéutica en aquellos tumores no músculo invasivos (<T2). Por su parte, la cistectomía radical es el tratamiento de elección del carcinoma vesical músculo invasivo (≥T2) no metastásico. La bibliografía reporta un 10% (rango: 5-20) de piezas de cistectomía sin evidencia de tumor (pT0) y adjunta como posibles causas; la quimioterapia neoadyuvante, una correcta resección endoscópica o el diagnóstico anatomopatológico erróneo. Aunque las implicaciones e importancia del estadio pT0 aun no están claros, el pronóstico de será generalmente favorable.

OBJETIVO. Análisis descriptivo de la proporción de pT0 en piezas de cistectomía radical en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo que incluye a n=150 pacientes consecutivos intervenidos de cistectomía radical por tumor vesical músculo invasivo (Febrero 2006 - Septiembre 2019) en el Hospital Reina Sofía de Murcia. Se ha registrado y evaluado a los pacientes con resultado de pT0 post-cistectomía.

RESULTADOS. De 150 pacientes, 135 (90%) varones, con una media de edad de 66,05 años, se obtuvieron 150 piezas quirúrgicas. Los resultados post-cistectomía fueron; pT0: 15 (10%), pT1: 14 (9,3%), pT2: 43 (28,7%), pT3: 46 (30,7%), pT4: 28 (18,7%), pTa: 4 (2,7%). De los 15 casos de pT0, ninguno presentó ganglios positivos en el estudio y el seguimiento medio de estos pacientes fue de 56,9 meses con una proporción de recidivas del 0%.

CONCLUSIONES. La proporción de pT0 tras cistectomía radical en nuestro centro (10%) se sitúa en consonancia con los resultados publicados en la bibliografía (5-20%). La justificación para estos hallazgos, dado el no empleo de quimioterapia neoadyuvante en nuestro medio, podría entenderse por la aplicación de una correcta técnica durante las RTUs vesicales o por los errores en el diagnóstico histopatológico.

La ausencia de recidiva durante el seguimiento de estos pacientes aboga por el buen pronóstico que presentan, si bien no están exentos de riesgo y los factores implicados aun esta por definir.

C-1.9 ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE EN TRATAMIENTO CON ESQUEMA LATITUDE: EXPERIENCIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA

Nedelcu, R.G.; Guardiola Ruiz, I.; Cao Avellaneda, E.; Montoya Chincilla, R.; Rivero Guerra, A.; Feliciangeli Moreno, E.; Rodriguez Tardido, A.; Sala Lafuente, L.G.; Cachay Ayala, M.E.; Jiménez Penick, F.J.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.

Complejo Hospitalario Unversitario de Cartagena.

OBJETIVOS. El adenocarcinoma de próstata metastásico sensible a la deprivación androgénica es una enfermedad de alta agresividad y rápida evolución a resistencia a la castración. La deprivación hormonal es el tratamiento principal aceptado y puede conseguir control de los pacientes de menor carga tumoral. El ensayo LATITUDE demostró mejora de la supervivencia en este grupo de pacientes tras la asociación con el acetato de abiraterona y prednisona.

Criterios para inclusión - tumores prostáticos histológicamente confirmados con metástasis, estado general ECOG ≤2, y al menos dos de los tres criterios siguientes: Gleason score ≥8 y/o ≥3 lesiones en gammagrafía ósea y/o presencia de metástasis viscerales.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos una ampliación del estudio previo, que consiste en una revisión retrospectiva sobre 7 pacientes con CPHS metastásico tratados según protocolo LATITUDE, entre 2017 y 2019 en Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.

Se recogen datos respecto a características clínicas y analíticas previas al inicio de tratamiento, tolerancia, respuesta y progresión, comparándose con el análisis final de los datos del estudio LATITUDE.

RESULTADOS. Presentamos nuestros resultados en forma de tabla:

	CARTAGENA	LATITUDE
Edad	70.9 (10.1)	67.3 (8.5)
PSA inicial	221	N.D.
Gleason	<7 (0%)	<7 (1%)
	7 (14.3%)	7 (2%)
	>7 (85.7%)	7 (97%)
Numero metástasis óseas	<3 (0%)	<3 (2%)
	≥3 (100%)	≥3 (98%)

Extensión ósea	100%	97%
Extensión ganglionar	57%	47%
Extensión pulmonar	14%	12%
Extensión hepática	14%	5%
ECOG	0-1 (100%)	0-1 (44%)
	2 (0%)	2 (56%)
Dolor (EVA / OMS)	0-1 (57%)	0-1 (50%)
	2-3 (43%)	2-3 (22%)
	>4 (0)	>4 (29%)
Tratamiento previo	HT (100%)	HT (>99%)
	RT (14%)	RT (3%)

Situación actual	Cambio a DOX - 29%
	Abiraterone - 71%
Tiempo de protocolo medio	15,8 meses
PSA actual (%descenso)	4.93 (93.5%)
Progresión radiológica	Si - 29%
	No - 71%

CONCLUSIONES. Los resultados iniciales obtenidos en nuestro Centro pueden ser considerados similares a los publicados. No obstante, el escaso número de pacientes y el corto tiempo transcurrido desde su aceptación de uso clínico son limitantes para conclusiones consistentes.

C-1.10 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD MICCIONAL EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN

Nedelcu, R.G.; Guardiola Ruiz, I.; Cao Avellaneda, E.; Montoya Chincilla, R.; Rodriguez Tardido, A.; Sala Lafuente, L.G.; Jiménez Penick, F.J.; Cachay Ayala, M.E.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J. Complejo Hospitalario Unversitario de Cartagena.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. En los últimos años, la comercialización de nuevos tratamientos para los pacientes en fase de resistencia a la deprivación androgénica ha focalizado el interés de los urólogos. Cuando se evalúa un tratamiento, su eficacia (medida por supervivencia global u otros marcadores subrogados) y la mejora en la calidad de vida han sido los factores más importantes (medida principalmente por los efectos adversos).

El objetivo del estudio es conocer el patrón miccional de los pacientes con cáncer de próstata resistentes a la castración (CPRC) en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se han estudiado 21 pacientes CPRC tratados en la consulta de Oncología del servicio de urología del Hospital Santa Lucía durante el año 2019. Se han analizado los datos del cuestionario IPSS, así como otros datos demográficos y de la situación oncológica.

RESULTADOS. La edad media de los pacientes fue 82 años. El valor medio de PSA fue 24,2 ng/dl. El acetato de abiraterona fue el fármaco asociado a la terapia de deprivación androgénica en 12 pacientes y la enzalutamida en 9. En el 66% de los pacientes estudiados, no se habían realizado maniobras para el control del tumor primario antes del estadio CPRC. En el resto, 5 pacientes habían recibido radioterapia, en uno se había realizado prostatectomía radical con radioterapia adyuvante y en otro paciente el diagnóstico se realizó tras una RTU de próstata. El 71,4% de los pacientes no necesitaban ningún tipo de derivación urinaria. Tres pacientes precisaban sonda vesical y 2 eran portadores de nefrostomía bilateral.

Los resultados del cuestionario IPSS por ítem fueron:

PUNTACIÓN MEDIA	APARTADO
1,1	TENESMO
1,8	MICCIÓN <2 horas
0,9	ESTRANGURIA
1,9	URGENCIA
3,5	CHORRO FLOJO
1,2	PRENSA
2,9	NICTURIA
11,9	IPSS
2,1	IPSS QoL

CONCLUSIONES. La puntuación global obtenida la calidad de vida asociada, se sitúan dentro del intervalo de intensidad moderada/baja. No existe un síndrome mayoritario en todos los pacientes, siendo en algunos pacientes más alterado el patrón de vaciado y en otros el de llenado. La derivación urinaria por patrón muy alterado se ha encontrado en un porcentaje bajo de los pacientes.

Comunicaciones. Mesa 2

C-2.1 TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR. NUESTRA EXPERIENCIA

Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.M.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.R.; García Poncel, V; Jiménez Parra, JD; Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; García Escudero, D.; Valdevira Nadal, P.; Morga Egea, J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. Los tumores del tracto urinario superior(TUS) son infrecuentes, representan el 5-10% de los carcinomas uroteliales.

Hoy día, la nefroureterectomía(NU) con resección del rodete vesical es el tratamiento de elección. La NU laparoscópica muestra mejores resultados perioperatorios pero su eficacia oncológica ha sido discutida.

Al igual ocurre con la elección del abordaje del uréter distal suponiendo un reto ya que no existe una técnica claramente superior desde el punto de vista oncológico.

OBJETIVO. Comparar la evolución de pacientes con tumor del TUS según la cirugía y el abordaje distal del uréter. Estudio de la recurrencia vesical y de los factores que puedan influir en la evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de 85 pacientes tratados por tumores del TUS (Enero 2006-Agosto 2019).

Se recogieron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y patológicas, tratamiento realizado, complicaciones y evolución.

Análisis descriptivo mediante Chi cuadrado y análisis de supervivencia. SPSS statistics v-21.

RESULTADOS. La edad media fue de 70,3 años. Predominó el sexo masculino (78,8%) y la relación con el tabaco(60%). Estado físico preoperatorio más frecuente ASA II y III (43,5 y 47,1%).

El 71,8% consultó por hematuria y el 90,6% fue diagnosticado con URO-TC. El 30,6% había presentado antecedente de tumor vesical.

Predominan los tumores de pelvis (71,8%) y de lado derecho (60%).

En el 56,6% la cirugía fue laparoscópica. En cuanto al abordaje distal: desinserción endoscópica (43,5%), rodete vesical abierto (21,2%), NU subtotal (34,1%) y rodete laparoscópico (1,2%). El tiempo quirúrgico promedio fue 315min.

29 pacientes (34%) presentaron recurrencia vesical.

No encontramos asociación entre historia previa de tumor vesical ni técnica de abordaje distal con la recurrencia vesical posterior. Vemos una tendencia a la asociación entre el tumor vesical previo y mortalidad cáncer-específica ($p=0,059$). Encontramos asociación entre el abordaje del uréter y la mortalidad cáncer-específica.

La supervivencia es del 61,2% (52 pacientes) en un tiempo de seguimiento promedio de 46 meses (4-156).

CONCLUSIONES. Los tumores del TUS siguen siendo una entidad poco frecuente.

En nuestros resultados, el antecedente de tumor vesical y la técnica del abordaje distal no parecen influir en la recurrencia vesical, sin embargo los grupos no son homogéneos y la muestra es corta.

Son necesarios estudios prospectivos para obtener resultados más fiables.

C-2.2 RESULTADOS DE SEGUNDAS BIOPSIAS SIN LESIONES PIRADS ≥ 3 EN RMMP

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

INTRODUCCIÓN. Ante la ausencia de lesiones PIRADS ≥ 3 podría obviarse la realización de la biopsia. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de las biopsias de próstata realizadas a pacientes con RMmp de próstata sin lesiones PIRADS ≥ 3 .

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo descriptivo. Analizamos los resultados de segundas biopsias sin lesiones PIRADS ≥ 3 en la RM, en el periodo comprendido entre 2015 y 2019.

RESULTADOS. 36 pacientes son válidos para este estudio. Se analizan las siguientes variables: PSA, edad, tacto rectal, volumen prostático y resultados de biopsia previa.

La edad (x) es de 65 años (51-79). El PSA (x) es de 8ng/mL (1-30) y el 6% presentaban tacto rectal sospechoso. El volumen prostático(x) es de 72,4 cc (21-120). En biopsia previa el 15% presentaban benignidad, el 9% PINAG, el 26% ASAP y el 50% cáncer en VA. Comparamos los resultados de la biopsia previa respecto a la biopsia actual:

	Cáncer 30%	No cáncer 70%
BIOPSIA DE PRÓSTATA PREVIA		
- Benigna	18%	13%
- PINAG	9%	8,5%
- ASAP	36,5%	22%
- Cáncer	36,5%	56,5%

De los 11 pacientes con biopsia positiva, 10 presentaron cáncer de próstata grado ISUP 1 (8 de ellos con afectación de un solo cilindro (73%) y 2 con afectación de >3 cilindros (18%)), ninguno presentó invasión perineural. Un paciente (9%) presentó cáncer de próstata grado ISUP 2 con afectación de 6 cilindros e invasión perineural.

A estos 3 últimos pacientes se les realizó prostatectomía radical coincidiendo grado ISUP de la pieza con el de la biopsia sistemática.

CONCLUSIONES. Con una RM sin lesiones PIRADS ≥ 3 la probabilidad de tener un cáncer significativo es menor del 10%, incluso pacientes con diagnóstico previo de cáncer o ASAP.

C-2.3 TASA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN LAS BIOPSIAS DIRIGIDAS CON FUSIÓN COGNITIVA

*Marín Martínez, FM., Molina Hernández, O., Artes Artes, M., Romero Bobadilla, ER., García Porcel, V., Oñate Celdrán, J., García Escudero, D., Sanchez Rodríguez, C., Sempere Gutiérrez, A., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez Parra JD., Guzmán Martínez- Valls, PL.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

INTRODUCCIÓN. La biopsia prostática sistemática guiada por ultrasonido transrectal (TRUS-SB), está limitada por la incapacidad de distinguir el cáncer de próstata (CAP) del tejido benigno. En consecuencia, repetir la TRUS-SB demuestra rendimientos de 10-25%. Las guías aconsejan realizar resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) cuando persiste la sospecha de CAP a pesar de TRUS-SB negativo, seguido de biopsia dirigida (BD) de regiones sospechosas de cáncer (CSR).

OBJETIVO. Determinar la tasa de detección de CAP en las BD con fusión cognitiva.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de enero 2017 – octubre 2019, total de n: 49 pacientes se les realizó mpRMN y TRUS-SB + BD con fusión cognitiva de forma consecutiva, registramos la tasa de detección (TD) de CAP, su relación con la densidad de PSA y el tamaño tumoral. Estadísticos utilizados: Descriptivos (media, desviación estándar (SD) y porcentajes), Prueba T, Anova.

RESULTADOS. Un total de 49 pacientes se les realizó TRUS-SB + BD con fusión cognitiva, la edad media fue de 67,24 (SD 7,25), volumen prostático medio de 78,55 (SD 42,12), PSA 10,16 (SD 5,07), media de biopsias previas 2,41(SD 0,57), la mpRMN reportó 25(51 %) pacientes con lesiones Pirads 4 y 24(49%) Pirads 3, la media de tamaño de CSR 11,81(SD 4,5). La tasa de detección general de CAP fue de 40,8 %. El volumen tumoral (VT) en el grupo que se detectó CAP es mayor que el VT del grupo que no se detectó CAP de forma significativa (X: 17,85 (12,52) vs 13,41 (7,16) p=0,02).

CONCLUSIONES. En nuestro centro tenemos una tasa de detección de CAP cuando combinamos la biopsia prostática sistemática mas la fusión cognitiva de un 40,8 % y de CAP clínicamente significativo de 20,40%. El volumen tumoral se relaciona con la detección del CAP, debemos tomar en cuenta que lesiones pequeñas que pueden dificultar la detección.

C-2.4 ¿QUÉ FACTORES EN LESIONES PIRADS 3 Y 4 SE ASOCIAN A CÁNCER DE PRÓSTATA EN SEGUNDAS BIOPSIAS?

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

INTRODUCCIÓN. Las lesiones PIRADS 4 y PIRADS 3 no siempre se asocian a una neoplasia. El objetivo de este trabajo es conocer qué factores pueden orientar a un mayor riesgo de neoplasia en las lesiones 3 y 4 para así poder tomar mejores decisiones respecto a la toma de biopsia.

MATERIAL Y METODOS. Estudio observacional retrospectivo. Se analizan lesiones PIRADS 3 y 4 a partir de segundas biopsias, en el periodo 2015-2019. Mediante análisis multivariante analizamos la relación entre biopsia positiva con las siguientes variables: localización, tamaño y PIRADS del nódulo en RM, alteraciones ecográficas en la zona del nódulo y resultados de la biopsia previa.

RESULTADOS. Son válidos para este estudio 127 nódulos. 72 nódulos (57%) son PIRADS 3 y 55 nódulos (43%) son PIRADS 4.

	Cáncer (N 30) 24%	No Cáncer (N 97) 76%	p
AP previa			
Benignidad	14%	86%	0,006
PINAG	33%	67%	
ASAP	12%	88%	
Cáncer	45%	55%	
PIRADS			0,02
3	11%	89%	
4	40%	60%	
Tamaño(x)	11mm	9,4mm	0,1
Localización			0,3
ZP	29%	71%	
ZT	15%	85%	
CA	40%	60%	
Alteraciones ecográficas	69%	31%	0,78

De las biopsias positivas, el 33% de los PIRADS 4 fueron ISUP \geq 3 mientras que en las lesiones PIRADS 3 todos fueron ISUP \leq 2.

Biopsias positivas	PIRADS3 (N 8) 11%	PIRADS4 (N 22) 40%
ISUP 1	50%	54%
ISUP 2	50%	14%
ISUP 3		23%
ISUP 4		5%
ISUP 5		5%

CONCLUSIONES. no hay claros parámetros clínicos y/o radiológicos, salvo el grado PIRADS, que permitan predecir la positividad de un nódulo. Los PIRADS 4 se asocian a histologías más desfavorables.

C-2.5 ACETATO DE ABIRATERONA Y DOCETAXEL COMO TRATAMIENTO DEL CANCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO HORMONOSENSIBLE DE INICIO. NUESTRA EXPERIENCIA

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

INTRODUCCIÓN. La aparición de nuevos fármacos como Acetato de Abiraterona (AA) y Docetaxel (DOC) para el tratamiento de primera línea del cáncer de próstata metastásico hormonosensible (CaPmHS) ha supuesto grandes beneficios en cuanto a supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP).

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio retrospectivo en el que se incluyen un total de 26 pacientes diagnosticados de CaPmHS que recibieron estos tratamientos(AA:22 y DOC:4). Con una mediana de seguimiento de 14 meses(0,7-51,9), analizamos variables como PSA, grado ISUP y ECOG al inicio; número de metástasis óseas/viscerales; progresión al tratamiento; efectos adversos; cirugía/RT paliativa; número de ingresos y carga tumoral(criterios CHARTED).

Usamos el test Chi-cuadrado para el análisis univariante, la Regresión de COX para el multivariante y las curvas de Kaplan-Meier para supervivencia.

RESULTADOS. Población (mediana/rango): Edad 69 años(53-84); PSA al diagnóstico 76,5ng/ml(5-4146). Grado ISUP 2(11,5%), 3(3,8%), 4(34,6%), 5(50%). Se encontraron metástasis viscerales en 3 pacientes(11,5%). Suspendieron el tratamiento por reacciones adversas 6 pacientes(23,1%). El 73,1% cumplían criterios de alta carga y el 50% precisó cirugía/RT paliativa. El 38,5% de los casos progresaron y fallecieron 7 pacientes(26,9%).

Los pacientes que recibieron DOC presentaron peor ECOG(ECOG 1:50%; 2:50%), frente a los tratados con AA(ECOG 0:50%; 1:50%); p=0,002. También presentaron más metástasis viscerales(50% VS 4,5% respectivamente; p=0,009) y mayor mortalidad(75% VS 18,2% respectivamente; p=0,018).

No se encontraron diferencias significativas en cuanto a volumen tumoral(75% VS 72,7% de pacientes de alta carga; p=0,925) y progresión(50% VS 36,4%; p=0,565) en los dos grupos de tratamiento(DOC VS AA).

La mediana de SG fue de 42 meses(AA 34 y DOC 42; p=0,711) y la mediana de SLP de 19,9 meses(AA 24,4 y DOC 5,3; p=0,134).

La presencia de metástasis y los ingresos durante el tratamiento son factores de riesgo independientes de progresión(p=0,013, OR=17 y p=0,029, OR=5 respectivamente).

CONCLUSIONES. En nuestro centro, ambos tratamientos son efectivos y seguros, coincidiendo con los datos que encontramos en la literatura. Los pacientes con metástasis viscerales o que requieren ingresos durante el tratamiento tienen mayor riesgo de progresión.

C-2.6 ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL VARÓN. NUESTRA EXPERIENCIA.

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

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

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo con datos recogidos desde Octubre de 2013 a Noviembre de 2019. Las variables empleadas fueron: edad, etiología de la IU, tonicidad del esfínter, resultado del estudio urodinámico (EUD) y PAD test precirugía, tamaño del manguito, estancia hospitalaria (días), eficacia (< 1 compresa/día) y complicaciones.

RESULTADOS. Se implantaron un total de 32 EsUA (29 AMS 800 y 3 ZEPHYR) en 30 pacientes. La edad media fue de 69 años (28-83). La causa más frecuente de incontinencia fue la prostatectomía radical (73,3%), seguida de la cirugía desobstructiva de próstata (16,6%), la radioterapia (6,6%) y el origen neurológico (3,3%). La mediana del PAD test fue de 980cc (300-2500cc). Un 60% de los pacientes presentaban un esfínter incompetente en la uretroscopia y el 72% un resultado de incontinencia de esfuerzo pura en el EUD. La mediana del tamaño del manguito empleado fue de 4 cm (3,5-5,5). La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días (2-4). Entre las complicaciones destacan: 3 pacientes presentaron una RAO tras retirada de sonda (1 de ellos precisó colocación de cistocath); 2 pacientes presentaron extrusión del manguito uretral y uno de la bomba escrotal; y otros 2 presentaron infección del dispositivo. Con una mediana de seguimiento de 52 meses (5-103), la eficacia del EsUA (<1 compresa/día) fue del 87% (26/30).

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

C-2.7 ¿DÓNDE ENCONTRAMOS MÁS DIFICULTADES PARA CUMPLIR EL CONCEPTO TRIFECTA?

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

INTRODUCCIÓN. mediante el concepto TRIFECTA (márgenes negativos, tiempo de isquemia caliente (TIC) ≤ 25 minutos y ausencia de complicaciones) podemos evaluar los resultados de la nefrectomía parcial.

MATERIAL Y MÉTODOS. estudio observacional retrospectivo. Analizamos en las nefrectomías parciales laparoscópicas realizadas desde 2012 a 2019 la tasa de TRIFECTA y su relación con las características anatómicas del tumor.

RESULTADOS. son válidos para este estudio 62 pacientes. La edad(x) es de 64 años (43-89). La indicación es en el 16% imperativa. El 68% tienen TIC≤ 25 minutos. Presentan ausencia de complicaciones el 80%. En el 91% tenemos márgenes libres de tumor. Cumplen TRIFECTA el 56%.

	TRIFECTA	SI (56%)	NO (44%)	p
PADUA				
Bajo		68%	32%	NS
Medio		43%	57%	
Alto		33%	67%	
RENAL				
Bajo		76%	24%	0.005
Medio		31%	69%	
Alto		25%	75%	
C-INDEX				
<2		38%	62%	NS
>2		59%	41%	

ANÁLISIS MULTIVARIANTE- TRIFECTA	SI (56%)	NO (44%)	p
T1a	66%	34%	NS
T1b	44%	56%	
T2	0	100%	
>50% fuera	61%	39%	NS
<50% fuera	46%	54%	
Endofítico	63%	34%	
No interpolar	62%	38%	NS
Atraviesa línea polar.	55%	45%	
>50% atraviesa línea	50%	50%	
Seno y sistema colector			0.012
≥7mm	70%	30%	
Entre 4 y 7 mm	100	0	
≤4 mm	24%	76%	
Lateral	66%	34%	NS
Medial	31%	69%	
Anterior	60%	40%	NS
Posterior	54%	46%	
Hilio renal	0	100%	NS

CONCLUSIONES. a mayor proximidad al seno y sistema colector, más riesgo tendremos de no conseguir TRIFECTA. De las 3 puntuaciones nefrométricas, solo la RENAL ha mostrado utilidad para predecir TRIFECTA en nuestra serie.

C-2.8 ANÁLISIS COMPARATIVO DE TRATAMIENTOS EXTERNOS PARA LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA

Guardiola Ruiz, I.; Montoya Chinchilla, R.; Saura Carrasco, M.C.; Caballero González, Á. ; Nedelcu, R.G.; Cao Avellaneda, E.; Jiménez Penick, F.J.; García Espona, C.; Cachay Ayala, M.; Sal Lafuente, L.; Rodríguez Tardido, A; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.

Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena

INTRODUCCIÓN. La incontinencia urinaria (IU) deteriora la calidad de vida de los pacientes que la padecen. Actualmente existen diversos tipos de tratamientos externos, pero hay poca evidencia que justifique el uso de uno frente al resto, por lo que nuestro objetivo es analizar comparativamente tres de los dispositivos más usados en la práctica diaria: absorbentes, pinza y colector peneanos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un ensayo clínico controlado, no aleatorizado, fase tres, durante junio-agosto 2019 en el Hospital Santa Lucía, tamaño muestral 19. Se emplearon tres métodos externos para la IU, considerando absorbentes como control, y pinza y colector como tratamientos a comparar, usándose cada uno durante 1 semana.

Analizamos variables pre-tratamiento objetivas y post-tratamiento subjetivas (libido, dolor peneano, comodidad, satisfacción) y objetivas (lesiones cutáneas). Analizamos la preferencia de tratamiento tras el estudio. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS.

RESULTADOS. La mayoría de los pacientes estudiados sufren IU secundaria a cirugías prostáticas. Un 63.1% se negaron a usar el colector. Entre las tres técnicas estudiadas, sólo se encontraron diferencias significativas en la aparición de lesiones genitales, siendo más frecuente en el grupo de absorbentes. Tras el estudio, el 68.4% prefirieron continuar con absorbentes, mientras que el 21.1% eligió una combinación de tratamientos, siendo la más escogida absorbentes-pinza. Sólo un 10.5% cambió a la pinza como tratamiento único. El 64.7% abandonaron el uso de la pinza tras el estudio, debido, entre otros motivos, a molestias peneanas por presión del dispositivo y persistencia de la IU.

La ausencia de aleatorización, el tamaño muestral reducido y la pérdida inesperada de datos en el grupo de tratamiento con colector han supuesto limitaciones en el desarrollo del estudio.

CONCLUSIONES. Tras conocer otros medios de tratamiento externo para la IU, un 21.1% ha modificado su actitud frente a la misma, complementando el uso de absorbentes con la pinza, y un 10.5% empleando la pinza como tratamiento único. Una gran proporción de pacientes han mostrado una reticencia inesperada al uso de colector. Los absorbentes son el tratamiento con más lesiones genitales, aunque sigue siendo el preferido entre los pacientes.

C-2.9 USO DE PINZA PENEANA CIRCULAR PARA TRATAR LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA

Guardiola Ruiz, I.; Montoya Chinchilla, R.; Saura Carrasco, M.C.; Caballero González, Á. ; Nedelcu, R.G.; Cao Avellaneda, E.; Jiménez Penick, F.J.; García Espona, C.; Cachay Ayala, M.; Sal Lafuente, L.; Rodríguez Tardido, A.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.

Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena

INTRODUCCIÓN. La incontinencia urinaria (IU) es un problema médico con gran impacto en la vida diaria de los pacientes. La mayoría de ellos emplean métodos absorbentes, que reduce notablemente su calidad de vida. Por ello surge la necesidad de nuevas opciones terapéuticas. El objetivo del estudio es conocer la valoración global de una pinza peneana circular de nuevo desarrollo (Harex®), incluyendo aspectos clínicos y económicos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un ensayo clínico fase dos, multicéntrico a nivel nacional durante julio-agosto 2019, con tamaño muestral de 65 pacientes. Se exponen los resultados de los 19 pacientes aportados por la Región de Murcia (Hospital Santa Lucía).

Se empleó el dispositivo Harex® durante una semana. Mediante encuesta escrita, se analizaron diferentes variables, entre ellas, los gastos mensuales en tratamiento para la IU, el conocimiento previo de otros métodos para la IU, la valoración personal y aportación de posibles mejoras de la pinza. Se ha realizado un estudio descriptivo de las variables.

RESULTADOS. Todos nuestros pacientes empleaban absorbentes como método previo, y el 89% de los pacientes desconocía otras opciones. El 72% gasta hasta 30€ mensuales en absorbentes. Los aspectos de la pinza que más han apreciado son la mejora en la higiene genital (29%) y la comodidad del dispositivo (21%). Lo peor valorado fue la dificultad de ajuste al pene. El 63% consideró algo/mucho mejor la pinza, en comparación con absorbentes. Respecto al nivel de satisfacción global, el 47% expresó que estaba satisfecho/muy satisfecho con el dispositivo, aunque el 21% manifestó que no estaba nada satisfecho.

Las limitaciones principales del estudio son el bajo tamaño muestral (porción de estudio multicéntrico) y que la mayoría de variables analizadas son subjetivas, lo que implica una menor validez de los resultados.

CONCLUSIONES. Gran parte de los pacientes con IU desconocen otros métodos para intentar mejorar su calidad de vida. La pinza peneana Harex® ha resultado una opción interesante para más de la mitad de los pacientes. Es importante facilitar información a los pacientes para que puedan valorar otras opciones de tratamiento y amplíen sus conocimientos en este tipo de dispositivos.

C-2.10 FACTORES PREDICTORES DE COMPLICACIONES TRAS BIOPSIA RENAL ECODIRIGIDA

Bobadilla Romero, E.R.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; García Porcel, V.; Jiménez Parra, J.D.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sánchez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez, P.L

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. La biopsia renal es una herramienta útil en el diagnóstico de patologías nefrológicas. La complicación más frecuente es el sangrado, entre los factores que se han asociados están la hipertensión arterial (HTA) y las cifras elevadas de creatinina. Algunos autores sugieren que el sexo femenino es un factor de riesgo.

OBJETIVO. Identificar factores predictores de complicaciones tras las biopsia renal ecodirigida.

MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo. Los datos fueron obtenidos mediante la revisión de la historia clínica electrónica de los pacientes sometidos a una biopsia renal en el periodo de enero del 2010 a diciembre 2019. Se utilizó estadística analítica para determinar la relación de las variables con las complicaciones. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, HTA, creatinina, INR, diferencia de hemoglobina pre y post biopsia, número de pases y cilindros. Las complicaciones fueron definidas como la disminución de hemoglobina >1 g/dl, la aparición de hematomas, hematuria, fiebre, entre otras.

RESULTADOS. Un total de 165 pacientes fueron sometidos a biopsia renal en el periodo establecido, 62 mujeres (37,57%) y 103 hombres (62,4%), la edad media fue de $51,3 \pm 17,43SD$. Hubo sangrado (definido como disminución

de hemoglobina >1 g/dl) en el 20,6% de los casos sin la necesidad de intervención. Las variables que mostraron una correlación estadísticamente significativa al sangrado fueron HTA y el sexo femenino mostrando un riesgo correspondiente RR=1,1 para HTA y RR= 1,3 para el sexo femenino. La creatinina, el número de pases y cilindros no se correlacionó con un mayor riesgo de complicación.

CONCLUSIONES. la biopsia renal percutánea ecodirigida es un procedimiento seguro pero no exento de complicaciones. En este estudio se identificó el sexo femenino y la HTA como los principales factores predictores de sangrado.

C-2.11 ¿ES POSIBLE PREDECIR LA AFECTACIÓN GANGLIONAR EN PACIENTES CON TUMOR VESICAL MUSCULOINFILTRANTE (CVMI)? PROPUESTA DE MODELO PREDICTIVO EN BASE A DATOS PREVIOS A CISTECTOMÍA EN NUESTRO CENTRO

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El CVMI es una importante causa de morbimortalidad siendo la metástasis ganglionar uno de los aspectos pronósticos de mayor relevancia. Su afectación puede condicionar la necesidad y/o indicación de tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes complementarios al quirúrgico. Debido a esto, se propone evaluar un modelo predictivo de afectación ganglionar previo a la cistectomía radical, con el fin de optimizar un posible tratamiento neoadyuvante.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se seleccionaron retrospectivamente 114 pacientes intervenidos de cistectomía radical con linfadenectomía ileobtuatriz ampliada secundaria a CVMI entre 2010-2019 en nuestro centro. Para el análisis, se tomaron en cuenta variables demográficas, hallazgos de la RTUv, TAC y variables analíticas como creatinina y ratio Neutrófilos/Linfocitos (RNL) prequirúrgicos. Fueron excluidos pacientes con menos de 12 ganglios en la pieza de AP. Se realizó un análisis de regresión logística binaria y se presenta un modelo con las variables clínicas significativas.

RESULTADOS. Cumplieron criterios de inclusión 62 casos, 44 (71%) fueron N0 y 18 (29%) N+. 5 pacientes N+ presentaron datos de invasión linfovascular (InvLV) en AP de RTU y 3 N0. Así mismo, presentaron CIS 4 paciente N+ vs 13 N0. Se realizó TC previo a la cistectomía en 60 pacientes (42 cN0 vs 18 cN+).

Se diseñó un modelo predictor de afectación ganglionar ($X^2 = 16,05$, $p = 0,003$) que presenta una sensibilidad y especificidad de 41,2% y 94,7%, respectivamente. Se objetivaron como variables significativas adversas, la presencia de RNL superior a 2,35 (corte obtenido mediante curva ROC) (OR 5.28, 1,14-24,28-IC95%, $p = 0,032$) y la presencia de InvLV en la muestra de RTUv (OR 8,9, 1,08-73-IC95%, $p = 0,042$). Tanto las lesiones en fondo (OR 0,19, 0,04-0,85 IC95%, $p = 0,035$) y los valores de creatinina >0,94 (OR 0,19, 0,04-0,89 IC95%, $p = 0,03$), resultaron protectores frente a la afectación metastásica ganglionar.

CONCLUSIONES. En nuestra serie, ha sido posible obtener variables pre cistectomía para evaluar el riesgo de afectación ganglionar en pacientes con CVMI.

C-2.12 ANÁLISIS DE RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DEL TAC PREVIA A CISTECTOMÍA EN PACIENTE CON CARCINOMA VESICAL MÚSCULO INVASIVO (CVMI), EN NUESTRO CENTRO

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El CVMI es una importante causa de morbimortalidad. Actualmente, se utiliza ampliamente el TAC para estadiaje tumoral; importante para pronóstico y elección del tratamiento. La evidencia actual indica que el TAC tiene una sensibilidad entre 48%-87% y especificidad baja para valoración de afectación ganglionar y una sensibilidad entre 55%-92% para valorar extensión extravesical. Dada la importancia del estadiaje tumoral previo a la cistectomía se propone evaluar la rentabilidad diagnóstica del TAC en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se seleccionaron retrospectivamente 114 pacientes intervenidos de cistectomía radical con linfadenectomía ileobtuatriz ampliada secundaria a CVMI y con TAC previo, entre 2010-2019 en nuestro centro. Se excluyeron pacientes con menos de 12 ganglios en la pieza de AP. Se evaluó la concordancia diagnóstica entre el TAC y la anatomía patológica en cuanto a extensión extravesical (T3a o mayor) y afectación ganglionar (N+) mediante tablas cruzadas.

RESULTADOS. Se incluyeron 60 casos, 42 (70%) N0 y 18 (30%) N+. De estos 32 (53,3%) presentaron cT3 o mayor y 13 (21,7%) presentaron cN+ en el TAC previo a la cistectomía.

Se obtuvo que el TAC para el estadiaje de cT3 o mayor presenta una sensibilidad de 59% y especificidad de 69%, VPP 71% y VPN 56%. Por otro lado, para la evaluación de ganglios positivos se obtuvo una sensibilidad de 22%, especificidad de 21%, VPP 31% y VPN 70%.

Tabla 1. Concordancia en estadiaje T3 o mayor				
		T3 o mayor en AP		
		No	Si	Total
T3 o mayor en TAC	No	18	14	32
	Si	8	20	28
Total		26	34	60

Tabla 2. Concordancia en estadiaje N+				
		N+ en AP		
		No	Si	Total
N+ en TC	No	33	14	47
	Si	9	4	13
Total		42	18	60

CONCLUSIONES. En nuestra serie, se ha encontrado que el TAC presenta una sensibilidad comparada a la literatura para evaluar enfermedad extravesical. Sin embargo, en el caso de la afectación ganglionar se encuentra por debajo de lo descrito en la literatura.

C-2.13 ANALISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON CANCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO DE DEBUT

Jiménez Peralta, D. Pardo Martínez, A. Muñoz Guillermo, V. Barragán Gamero, M. Barragán Flores, W.A. Barceló Bayonas, I. Rivero Guerra, A. Carrillo George, C. Cruces De Abia, F. Pietricica, BN. Izquierdo Morejón, E. Rosino Sánchez, A. Tudela Pallares, J. González-Billalabeitia, E. Fernández Aparicio, T. Hospital Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO. análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata (CaP) metastásico de debut (NMD) en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. análisis retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CaP NMD durante los últimos 5 años en nuestro centro. Se recogen características demográficas, anatomía patológica y puntuación gleason, estadio del tumor, tipo de metástasis al diagnóstico, valores de PSA al diagnóstico y del nadir. Así mismo, se obtiene el tipo de tratamiento inicial, la presencia de resistencia a la castración (CPRC), y por último si el paciente ha fallecido y la causa del exitus.

RESULTADOS. durante el periodo analizado, se obtienen 53 pacientes con una mediana de edad de 75 (47-89) años. Con una mediana de seguimiento de 19 meses, 24 pacientes han fallecido, con una mediana de supervivencia de 19 (0,1-89) meses. Un paciente (1,9%) presentó un gleason 10 al diagnóstico, 79,2% (42 pacientes) presentaban un gleason 9, 3 (5,7%) gleason 8 y 4 (7,5%) gleason 7. En el estudio de extensión se observa que 23 pacientes (43,4%) presentan un tumor avanzado (T4), 21 (39,7%) localmente avanzado (T3) y 6 (11,3%) tumor localizado y 37 pacientes (69,8%) tenían afectación ganglionar regional. En cuanto a las metástasis, el 62,3% presenta afectación ganglionar extrapélvica, 92,5% afectación ósea, 5 pacientes (9,4%) pulmonar y 3 (5,7%) hepática. El tratamiento inicial fue la terapia de deprivación androgénica en 49 pacientes y 2 pacientes se les realizó orquiectomía. Así mismo, el 18,9% recibió radioterapia local (IMRT). 4 individuos recibieron docetaxel y 7 abiraterona en etapa de hormonosensibilidad. Del total de pacientes, 30 (56,6%) evolucionaron a CPRC en un tiempo medio de 14 meses.

CONCLUSIONES. se describen las características clínicas y patológicas de los pacientes con CaP NMD de los últimos 5 años en nuestro centro.

C-2.14 ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La prostatectomía radical es un procedimiento frecuente dentro de los servicios de Urología. Es una técnica que está en constante evolución tanto en sus indicaciones como en la técnica quirúrgica. El objetivo de este estudio es valorar la tasa de complicaciones en los procedimientos realizados durante los años 2017 y 2018.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisan 104 casos de las cuales resultan válidos para este estudio 100 procedimientos. Definimos como postoperatorio normal entre otras la ausencia de necesidad de transfusión o antibióticos, tolerancia en las primeras 48 horas y débito de drenaje mayor 100 ml un máximo de 3 días. Se evaluaron las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias inmediatas y diferidas mediante la escala Clavien-Dindo.

RESULTADOS. Del total de procedimientos 79 fueron mediante abordaje laparoscópico frente a 21 por vía abierta. 48 asociaron linfadenectomía. Los procedimientos fueron realizados por 10 cirujanos aunque un cirujano realizó algo más de la mitad de ellos.

Se detectaron un 3% de complicaciones intraoperatorias siendo la más frecuente la colocación de catéter doble jota seguida por problemas hemorrágicos.

Durante el postoperatorio inmediato un 27% presentó algún tipo de complicación, incluidas aquellas hemorrágicas-transfusión, infecciosas, urinarias y vasculares y de la herida quirúrgica. El grupo más frecuente de complicaciones fue de tipo infeccioso (13%) con Clavien máximo II, seguidas por las urinarias (8%), considerando débito prolongado de drenaje y urinoma, con únicamente dos casos Clavien III y 5 casos Clavien I. Los pacientes con complicaciones de tipo hemorrágico (7%) fueron el único grupo con un grado IV de severidad (3 casos).

Dos casos requirieron de reintervención y uno precisó de procedimientos terapéuticos mínimamente invasivos. La estancia media fue de 3,67 días (IC 3,2-4,2) con una media de días de drenaje de 1,61 (IC 1,1-2,13).

No se hallaron diferencias estáticamente significativas en cuanto a complicaciones o estancia entre abordaje abierto y laparoscópico, aunque los grupos no resultan totalmente comparables ya que las linfadenectomías ampliadas se realizaron preferentemente vía laparoscópica.

CONCLUSIONES. Las tasas de complicaciones grado III y IV de Clavien-Dindo en la prostatectomía radical son bajas lo que supone una baja morbilidad asociada de este procedimiento.

C-2.15 PROCEDIMIENTOS ENDOUROLÓGICOS EN SESIÓN ÚNICA: NUESTRA EXPERIENCIA

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Dados los buenos resultados de los procedimientos endourológicos bilaterales no simultáneos nos proponemos con este estudio analizar tanto la seguridad como eficacia de los procedimientos endourológicos bilaterales en sesión única realizados en nuestro centro para el tratamiento de litiasis renoureterales.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión retrospectiva desde abril de 2010 hasta diciembre de 2019 de 22 procedimientos bilaterales, RIRS y/o URSC.

Se analizan las variables demográficas habituales, comorbilidades, características de la litiasis (localización, masa litiásica, densidad en UH), y variables intra y postoperatorias (tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria). Se empleó la clasificación de Satava para las complicaciones intraoperatorias y la de Clavien-Dindo para las postoperatorias. Para el estudio estadístico se empleó el software SPSS v 20.

RESULTADO. Del total de procedimientos (44) el 22 fueron URSC bilaterales, 12 RIRS bilaterales y los 10 restantes RIRS combinadas con URSC. La carga litiásica media fue 23,4 mm (IC 39,16-7,64) en las RIRS y del 4,59 mm (IC 6,75-2,43) en las URSC. La densidad litiásica fue similar para ambos procedimientos. La localización renal más frecuente fue pelvis y otros grupos caliciales (41,17%) seguida de las localizadas en múltiples grupos caliciales (23,53%). La localización ureteral predominante fue el uréter distal (40,74%). El tiempo quirúrgico medio por procedimiento fue de 107 minutos (rango 29-208).

En 7 de 44 procedimientos (6 pacientes) se apreciaron complicaciones intraoperatorias grado 1-2 de Satava. Complicaciones postoperatorias se identificaron en 5 casos, todas de naturaleza infecciosa y máximo Clavien II. La estancia media fue de 1,91 días (rango de 0 a 7).

La tasa global libre de litiasis fue del 68,2%.

CONCLUSIÓN. Los procedimientos endourológicos bilaterales en sesión única resultan seguros y eficaces por lo que son una alternativa a considerar en estos casos.

Videos

V-01 ABORDAJE POSTERIOR EN LA NEFROURETERECTOMÍA, CONSIDERACIONES ONCOLÓGICAS

Natalia Vidal Crespo, Cristóbal Moreno Alarcón, Rocío Martínez Muñoz, Javier Rull Hernández, Laura Aznar, Alicia López Abad, Mariano Rigabert Montiel, Guillermo Gómez Gómez
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

RESUMEN. Presentamos el caso de un varón de 63 años fumador activo de unos 40 cigarrillos/día desde hace más de 40 años que presenta macrohematuria con uretrocistoscopia normal y citología por lavado con células uroteliales atípicas. Mediante Uro-TAC es diagnosticado de tumor urotelial en tracto urinario superior izquierdo multifocal, de unos 2 cm ubicado en pelvis renal y otro de aproximadamente 1 centímetro ubicado en uréter distal. Se describe la técnica de nefroureterectomía mediante abordaje retroperitoneoscópico y durante el vídeo se muestran ejemplos de la evidencia actualizada sobre la necesidad de ureterorenoscopia previa, el beneficio del clampaje precoz de vasos renales antes de manipular la vía urinaria, las ventajas del abordaje extraperitoneal y el manejo del uréter distal/rodete vesical.

V-02 FISTULORRAFIA LAPAROSCÓPICA CON INTERPOSICIÓN DE EPIPLON EN FÍSTULA VESICO-VAGINAL

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

OBJETIVO. Presentar un caso de fístula vesico-vaginal tratada quirúrgicamente mediante abordaje laparoscópico realizando fistulorrafia con interposición de epiplon.

MÉTODO. Mujer de 38 años, remitida desde Ginecología por fístula vesico-vaginal tras cesárea dónde hubo apertura vesical y corrección de la misma. A la exploración física se objetiva orificio y salida de orina por vagina. La cistografía es compatible con fístula vesico-vaginal, y en la uretrocistoscopia se observa orificio en retromeato izquierdo de 1-2cm de diámetro. Se decide tratamiento quirúrgico. A pesar de presentar la paciente ligadura de trompas bilateral, ésta desea mantener su útero. Presentamos nuestra técnica quirúrgica para la resolución del caso.

RESULTADO. Realizamos fistulorrafia laparoscópica con interposición de epiplon. En un primer tiempo quirúrgico se realiza uretrocistoscopia y cateterización de ambos meatos ureterales y de orificio fistuloso. A continuación se realiza vaginoscopia sin apreciar el orificio fistuloso. En un tercer tiempo, mediante abordaje laparoscópico se abre y libera vejiga hasta la fístula, explorando la misma, que está ubicada en el cuello uterino. Se cierra la vejiga y el trayecto fistuloso. Por último se interpone epiplon en el área y se coloca drenaje. Duración de la intervención: 210 minutos. Pérdida hemática: <100ml. Drenaje retirado a las 48 horas. Alta al 3er día postoperatorio. La sonda vesical fue retirada a las tres semanas. Tras un año de seguimiento la paciente se encuentra asintomática.

CONCLUSIÓN. La resolución por vía laparoscópica de la fístula vesicovaginal es perfectamente factible y segura, con mínimas complicaciones y con altas tasas de éxito.

V-03 SHUNT PROXIMAL PARA EL MANEJO DEL PRIAPISMO DE BAJO FLUJO REFRACTARIO

Vidal Crespo, Natalia; Rigabert Montiel, Mariano, Fernández Garay, Juan Carlos; Martínez Muñoz, Rocío; Rull Hernández, Javier; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia, Escudero Bregante, Jose Félix; López Cubillana, Pedro; López González, Pedro Ángel; Martínez Gómez, Gloria; Moreno Alarcón, Cristóbal; Nicolás Torralba; Jose Antonio; Prieto González, Antonio; Server Pastor, Gerardo; Tornero Ruiz, Jesus Ignacio; Gómez Gómez, Guillermo Antonio
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El priapismo de bajo flujo supone una urgencia urológica, que requiere de actuación temprana para evitar las consecuencias de la isquemia prolongada sobre el pene y sus estructuras. El manejo inicial es conservador con drenaje de cuerpos cavernosos, junto a inyecciones intracavernosas de fármacos alfa adrenérgicos, cuando solo el drenaje no es suficiente. Con estas maniobras, aproximadamente la mayoría de los pacientes suelen responder. En aquellos que no, es necesario el tratamiento quirúrgico mediante la creación de shunts.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de un varón de 37 años, sin ningún antecedente médico de interés, y que no refería ingesta de sustancias tóxicas ni medicamentosas, que acudió a nuestro hospital por erección prolongada dolorosa de 20h de evolución, no asociada a estímulo sexual.

Tras la extracción de gasometría de cuerpos cavernosos se comprobó el origen isquémico del priapismo. Inicialmente, manejo médico con drenaje y lavado de cuerpos cavernosos, sin obtener respuesta. Se procedió a inyección intracavernosa de 1mg de fenilefrina en dosis de 200mcg/5 minutos, sin lograr detumescencia. Posteriormente shunts distales percutáneos, mediante técnica de Winter inicialmente, y Ebbehoj, de nuevo sin respuesta. Finalmente, dada la ausencia de respuesta a todos los tratamientos previos y la larga evolución del priapismo se decide la realización de shunt proximal mediante técnica de Quackle (shunt cavernoesponjoso).

RESULTADOS. Tras la realización del shunt proximal, se logra detumescencia peneana. El paciente fue dado de alta al día siguiente y no presentó ninguna complicación postquirúrgica. Actualmente presenta disfunción eréctil como secuela del episodio, que no ha respondido a tratamiento médico y se encuentra en lista de espera quirúrgica para implante de prótesis peneana.

CONCLUSIONES. El objetivo de tratamiento de los pacientes con priapismo es lograr la detumescencia y preservar la función eréctil. La derivación carverno-esponjosa proximal con técnica de Quackle es una alternativa fiable y eficaz para el priapismo de origen isquémico en el que las medidas iniciales de tratamiento médico y quirúrgico han fallado.

V-04 CISTECTOMÍA PARCIAL Y LINFADENECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE URACO

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

INTRODUCCIÓN. El adenocarcinoma de uraco es poco frecuente, predominando en sexo masculino. Para su diagnóstico disponemos de los criterios de Wheeler o los de Mostofi. Para el estadiaje disponemos del sistema de Sheldon o el de la Clínica Mayo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de un paciente con sospecha de adenocarcinoma de uraco al que se realiza cistectomía parcial y linfadenectomía laparoscópica.

RESULTADOS. Hombre de 52 años. En estudio por hematuria se evidencia lesión en cúpula vesical secretora de moco realizándose RTUv en septiembre 2019 (AP: adenocarcinoma de tipo mixto, mucinoso y entérico, con presencia de células en anillo de sello), compatible tanto con los criterios de Wheeler como con los de Mostofi con adenocarcinoma de uraco.

En TC presenta en pared vesical anterosuperior formación quística con calcificación en cáscara, sugerente de quiste uracal degenerado. No extensión linfática o visceral a distancia (estadio IIIa según criterios de Sheldon y estadio I según Clínica Mayo).

En octubre 2019 se realiza cistectomía parcial con resección hasta ombligo y linfadenectomía iliobturatriz bilateral. Los resultados anatomopatológicos fueron carcinoma de uraco con células en anillo de sello pT3N0M0, márgenes quirúrgicos libres, N0.

CONCLUSIONES. Aunque el adenocarcinoma de uraco es poco frecuente, debemos sospecharlo en lesiones localizadas en cúpula vesical. Para su diagnóstico y estadiaje correcto debemos seguir criterios específicos para esta entidad. El tratamiento quirúrgico de elección es la cistectomía parcial con onfalectomía y linfadenectomía iliobturatriz bilateral.

V-05 EXPERIENCIA INICIAL EN CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA MÁS DERIVACIÓN URINARIA INTRACORPÓREA

*Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.M.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.R.; García Poncel, V; Jiménez Parra, J.D; Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; García Escudero, D.; Valdelvira Nadal, P.; Morga Egea, J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu Garcia, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía*

INTRODUCCIÓN. El tratamiento de elección de los tumores de vejiga músculo-infiltrante sigue siendo hoy día la cistectomía radical con derivación urinaria.

Sin embargo, el desarrollo de nuevas técnicas y abordajes (Laparoscopia/Robótica) en los últimos años ha conseguido depurar el procedimiento y perfeccionar cada día más la técnica con muy buenos resultados tanto oncológicos como funcionales.

La opción totalmente intracorpórea es técnicamente demandante y compleja, por lo que es mandatorio que se realice en centros con experiencia en cirugía laparoscópica.

OBJETIVO. Mostrar nuestra experiencia y describir, paso a paso, la técnica de la cistectomía radical laparoscópica con preservación de diuresis (disección de uréteres en último lugar) más linfadenectomía pélvica bilateral, con derivación urinaria intracorpórea con conducto ileal tipo Bricker, llevada a cabo en casos seleccionados durante este último año.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos los casos de 6 pacientes varones diagnosticados de tumor vesical infiltrante tras RTU Vesical, con estudios de extensión negativos, a los que se les propuso como tratamiento la realización de Cistoprostatectomía radical + Linfadenectomía Ilio-obturatoria bilateral + Derivación urinaria laparoscópicas.

RESULTADOS. Edad media: 65,5 años (55-73).

Intervención quirúrgica realizada sin incidencias en todos los casos.

Duración media de la cirugía: 460 min (400-600).

Estancia media hospitalaria: 9 días (5-13).

Resultados anatomopatológicos definitivos: Carcinoma urotelial sólido vesical múltiple, estadios pT2-4, N0-1, M0, R0.

CONCLUSIONES. La cistectomía radical laparoscópica obtiene resultados oncológicos superponibles a la cirugía abierta con la diferencia de contar con todas las ventajas del abordaje mínimamente invasivo resaltando una recuperación postoperatoria excelente y por tanto, acortando la estancia hospitalaria.

Se puede mantener la diuresis hasta la finalización de la misma como clásicamente se realizaba en la cistectomía radical abierta.

V-06 NEFROURETERECTOMÍA DERECHA CON RODETE VESICAL COMPLETAMENTE LAPAROSCÓPICOS

Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.M.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.R.; García Poncel, V; Jiménez Parra, JD; Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; García Escudero, D.; Valdelvira Nadal, P.; Morga Egea, J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu Garcia, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. La nefroureterectomía (NU) radical con escisión de rodete vesical es el tratamiento de elección en los tumores uroteliales del tracto urinario superior (TUS) de alto riesgo.

Hoy día, la elección para el abordaje del uréter distal (abierto, laparoscópico, robótico, transvesical o endoscópico) supone un reto ya que no existe una técnica claramente superior desde el punto de vista de los resultados oncológicos.

OBJETIVO. Describir el manejo laparoscópico del uréter distal en la nefroureterectomía radical laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de una NU radical derecha con abordaje laparoscópico de uréter intramural y rodete vesical.

Paciente varón de 46 años remitido a Consultas tras episodio de hematuria y diagnosticado tras cistoscopia normal y URO-TC que objetivó hidronefrosis derecha grado II con defecto de relleno intraluminal de unos 5cm de longitud, no completamente obstructiva, compatible con tumor urotelial.

Se decide nefroureterectomía derecha con rodete vesical completamente laparoscópica más instilación intravesical de MMC perioperatoria.

Mediante un abordaje transperitoneal se realiza decolación derecha y exposición de riñón. Los pasos principales a realizar son la identificación y disección del uréter con clipado precoz para evitar diseminación a vejiga y disección caudal del mismo.

Se completa Nefrectomía derecha y tras cambio de posición se continúa con la disección ureteral y del plano paravesical, identificando uréter intramural, apertura del detrusor, punto de referencia previo a tallar el parche vesical y disección de éste, sutura del defecto vesical, embolsado de la pieza y extracción en bloque.

RESULTADOS. Duración de la intervención: 230 min. Postoperatorio sin complicaciones

Estancia hospitalaria: 3 días

Retirada de sonda vesical a los 13 días.

Resultado definitivo anatomopatológico: Uréter con carcinoma urotelial de bajo grado (pT1,R0).

CONCLUSIONES. Según nuestra experiencia, el abordaje laparoscópico del uréter distal permite realizar una resección completa del uréter intramural y parche vesical, asegurando un cierre vesical bajo visión directa, sin necesidad de realizar un tiempo endoscópico y disminuyendo la morbilidad de la incisión ilioinguinal.

El abordaje óptimo del uréter distal y el rodete vesical en NU está abierto a debate, no habiéndose desarrollado estudios prospectivos comparando las diversas técnicas.

Es necesario individualizar la elección del abordaje quirúrgico en función de cada caso.

V-07 LINFADENECTOMÍA DE RESCATE EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA CON RECIDIVA GANGLIONAR

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

INTRODUCCIÓN. La linfadenectomía de rescate, en pacientes seleccionados con cáncer de próstata, es una opción de tratamiento ante la recidiva ganglionar. El objetivo es disminuir la carga tumoral, retrasar la progresión y así poder posponer tratamiento con hormonoterapia y sus efectos secundarios.

MATERIAL Y METODOS. Paciente de 61 años intervenido de prostatectomía radical laparoscópica con linfadenectomía ileobutriz bilateral en septiembre de 2014. AP: adenocarcinoma de próstata Gleason 7(3+4) pT3a NO. MO. PSA postoperatorio indetectable.

En 2016 PSA 0.13 ng/ml recibiendo IMRT sobre lecho prostático (70Gy) y cadenas ganglionares ileopélvicas (56Gy) con descenso de PSA a 0.04 ng/ml en mayo 2017. Posteriormente ascenso progresivo de PSA hasta 0.83ng/ml en mayo 2019. TC y GGO negativos. PET-TAC PSMA: dos focos adenopáticos dudosos en territorio de iliaca primitiva derecha e izquierda.

RESULTADOS. Se realiza linfadenectomía de rescate en julio 2019. Debido al antecedente de RT colocamos catéteres ureterales bilaterales. Colocación de trócares intraperitoneales y liberación de adherencias. Se realiza linfadenectomía bilateral comenzando por lado izquierdo, abarcando desde iliaca interna y externa hasta grandes vasos distales y región presacra. Destaca en territorio de iliaca interna izquierda tejido ganglionar fibroso adherido a grandes vasos. En territorio obturatriz, encontramos tejido cicatricial sin claro tejido linfoide. El postoperatorio transcurre sin incidencias retirándose catéteres y siendo alta al cuarto día.

AP: adenocarcinoma metastásico en 1 de los ganglios linfáticos aislados en linfadenectomía derecha.

CONCLUSIONES. es importante informar a pacientes con recidiva ganglionar a los que se les va a realizar una linfadenectomía de rescate que ésta muy probablemente sea parte de un tratamiento multimodal.

V-08 REZUM

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

INTRODUCCIÓN. La hiperplasia prostática benigna es un trastorno asociado con la edad y cada vez más común en quinta y sexta década de la vida. Existe un amplio abanico de posibilidades para su manejo como son los alfa-bloqueantes, la fitoterapia y la cirugía abierta o endoscópica. Dentro de las opciones endoscópicas podemos distinguir entre técnicas clásicas como la resección transuretral de próstata (RTU-p) y otras más modernas como el HOLEP y la fotovaporización láser, pero todas ellas requieren anestesia general o espinal, ingreso hospitalario y se asocian a complicaciones como sangrado.

El REZUM® es una técnica mínimamente invasiva que no requiere ingreso hospitalario y se puede realizar con sedación.

MATERIALES Y MÉTODOS. Presentamos un paciente de 63 años con STUI severos (IPSS 30), con alteración de parámetros flujométricos y próstata de 30cc. Entre los antecedentes personales destaca Fibrilación auricular anticoagulado con Sintrom y disfunción sistólica de ventrículo izquierdo.

Se inicia tratamiento farmacológico sin éxito, por lo que se ofrece cirugía desobstructiva. Debido al alto riesgo quirúrgico del paciente se ofrece REZUM® como técnica mínimamente invasiva.

RESULTADOS. Se realiza REZUM®, que consisten en inyección intraprostática de vapor de agua, lo que provoca necrosis del tejido posteriormente. Como técnica mínimamente invasiva permite intervenir a los pacientes sin anestesia general, de forma rápida y sin prácticamente efectos secundarios, por lo que se va de alta el mismo día portador de sonda vesical, retirándose al séptimo día.

Al mes y medio de la cirugía el paciente presenta una mejoría en el IPSS de 23 puntos.

CONCLUSIONES. Actualmente las guías clínicas indican con un grado de recomendación fuerte ofrecer vaporización transuretral bipolar en plasma de la próstata como alternativa a la RTU en el manejo quirúrgico del STUI moderado/severo en hombres con un tamaño prostático de 30-80 gramos.

En pacientes de alto riesgo quirúrgico puede considerarse una opción eficaz con pocas complicaciones asociadas.

V-09 URETERORRENOSCOPIA ANTERÓGRADA COMO TRATAMIENTO DE LITIASIS URETERAL EN PACIENTE CON NEOVEJIGA

Jiménez Peralta, D. Pardo Martínez, A. Muñoz Guillermo, V. Barragán Gamero, M. Barragán Flores, W.A. Barceló Bayonas, I. Rivero Guerra, A. Carrillo George, C. Cruces De Abia, F. Pietricica, BN. Izquierdo Morejón, E. Rosino Sánchez, A. Romero Hoyuela, A. Hita Villaplana, G. Fernández Aparicio, T. Hospital Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO. describir la técnica en el manejo de la litiasis ureteral en un paciente con neovejiga.

Descripción del caso y método: varón de 57 años con antecedentes de neoplasia vesical infiltrante (pT2N0M0) intervenido de cistectoprostatectomía radical + linfadenectomía ilioobturatriz bilateral con sustitución vesical tipo Studer laparoscópica en 01/2017, perforación de neovejiga y posterior evisceración en 02/2018 y fístula neovesicoileal resuelta con tratamiento conservador.

Consulta el 05/07/2019 por cuadro compatible con CRU derecho complicado, colocándose nefrostomía ipsilateral. Tras intento de quimiolisis directa se programa LEOC, tras la cual presenta nuevo CRU, objetivando persistencia de la litiasis en TAC.

El 20/09/2019 se realiza URS anterógrada, en posición de galdakao y entrada con URS flexible con vaina ureteral a través de nefrostomía previa. Se extraen los fragmentos litiásicos con cesta N-gage y se expulsa uno milimétrico a la neovejiga, sin objetivar fragmentos ureterales residuales. No precisa colocación de catéter JJ.

RESULTADOS. Estancia hospitalaria de 2 días. Se confirma ausencia de litiasis en pielografía, retirándose posteriormente la nefrostomía. El paciente continúa asintomático y sin litiasis residual hasta el día de hoy.

CONCLUSIÓN. El manejo endoscópico de la litiasis ureteral en pacientes con derivación urinaria no está claramente definido. Existen descritos en la literatura casos mediante acceso retrógrado y anterógrado, ambos con buenas tasas de resolución. El acceso retrógrado supone un desafío por la dificultad de identificar el orificio ureteral. Describimos el caso y la técnica del tratamiento anterógrado para el tratamiento de litiasis ureteral en paciente con derivación urinaria. En nuestra experiencia, el acceso anterógrado es factible, seguro y efectivo para el tratamiento de litiasis ureterales que no responden al tratamiento médico.

V-10 REPARACIÓN QUIRÚRGICA DE EXTRUSIÓN DE PRÓTESIS MALEABLE DE PENE CON LESIÓN URETRAL ASOCIADA

Jiménez Peralta, D. Pardo Martínez, A. Muñoz Guillermo, V. Barragán Gamero, M. Barragán Flores, W.A. Barceló Bayonas, I. Rivero Guerra, A. Carrillo George, C. Cruces De Abia, F. Pietricica, BN. Izquierdo Morejón, E. Rosino Sánchez, A. Romero Hoyuela, A. Hita Villaplana, G. Fernández Aparicio, T. Hospital Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO. Describir el manejo quirúrgico de dicha complicación

Descripción del caso y método: paciente de 72 años, alérgico a penicilinas. Intervenido de prostatectomía radical abierta en octubre 2018 por neoplasia prostática. Posteriormente, disfunción eréctil sin respuesta a tratamiento médico o inyecciones intracavernosas.

Se coloca prótesis maleable de pene el 30/09/2019, cursando postoperatorio sin incidencias. Consulta a las 7 semanas PO tras notar chasquido y uretrorragia tras manipulación forzada lateral de la prótesis. No refiere fiebre o exudado purulento uretral. A la exploración, se objetiva edema en glándula y el cilindro izquierdo de la prótesis mal posicionado. Se realiza uretroscopia objetivando perforación en cara lateral izquierda de uretra distal y extrusión de la prótesis.

Se realiza bajo anestesia raquídea, la denudación del pene hasta la base, apertura longitudinal de la fascia de Buck y desinserción del cuerpo cavernoso izquierdo de la base del glándula. Posteriormente, apertura longitudinal del cuerpo cavernoso izquierdo y extracción de la prótesis maleable, objetivando el defecto descrito, sin observarse otros defectos

más distales. Se realiza cierre del defecto con 2 puntos en bolsa de tabaco, comprobando estanqueidad. Cierre longitudinal del cuerpo cavernoso y la fascia de Buck, con instilación intracavernosa de rifampicina. Posteriormente se realiza apertura ventral de la uretra hasta objetivar el defecto, confirmando también adecuada posición del cilindro derecho. Se refrescan los bordes de la úlcera y se cierra en 2 planos. Se procede a meatoplastia y colocación de sonda vesical de 16Ch.

El paciente se encuentra actualmente asintomático, pendiente de recolocación de nuevo cilindro.

RESULTADOS. estancia hospitalaria de 8 horas, durante los cuales se completa ciclo antibiótico con vancomicina y gentamicina. Sin incidencias durante su estancia y siendo dado de alta con antibiótico oral 10 días más y sonda vesical 1 mes.

CONCLUSIÓN. Las complicaciones tras colocación de prótesis de pene son infrecuentes, y en su mayoría se deben a infección, aunque existen casos descritos de extrusión en la literatura. Describimos el caso de un paciente con extrusión de un cilindro de prótesis maleable con perforación uretral asociada, así como la técnica quirúrgica para su reparación.

Pósteres

P-01 POST-HOC ANÁLISIS DEL ESTUDIO GP/C/05/PRO DE LEUPRORELINA DEDOT 22.5 MG EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Gemma Gambús, MD, PhD; Mayte Vázquez, PhD; Josep Garcés, PhD; Rosa M^a Sanahuja, MS; Antonio Parente, PhD GP-PhARM

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El uso continuado de los análogos LHRH en pacientes con cáncer de próstata permite disminuir y mantener los niveles de testosterona < 0,5ng/mL. Sin embargo, varios estudios (p.ej. post-hoc análisis PR-7) han correlacionado una mejor supervivencia específica del cáncer y tiempo de progresión de PSA con una supresión de testosterona <0,2ng/mL, más similar a la obtenida con la castración quirúrgica. No obstante, otros estudios no han llegado a demostrar esta correlación (p.ej. post-hoc análisis ICELAND).

En el estudio GP/C/05/PRO la formulación de leuprorelina depot 22,5mg (Lutrate®) ha demostrado ser eficaz en suprimir los niveles de testosterona. Sin embargo, el diseño del estudio no pretendía evaluar la correlación entre los niveles de testosterona y los indicadores de progresión.

El objetivo de este post-hoc análisis es evaluar y comparar los niveles de testosterona del estudio GP/C/05/PRO según el método estadístico utilizado en los post-hoc análisis de ICELAND y PR-7.

MATERIAL Y MÉTODOS. El estudio GP/C/05/PRO fue un fase III, abierto, multicéntrico, en donde 163 pacientes con cáncer de próstata recibieron dos administraciones trimestrales de Lutrate®. Los niveles de testosterona se evaluaron en los primeros 6 meses de tratamiento: días 28, 84 y 168.

Los pacientes se estratificaron en 3 subgrupos según sus niveles de testosterona (mínimo, mediana y máximo) estuvieran ≤0,2ng/mL, entre 0,2 y 0,5ng/mL o >0,5 ng/dL.

RESULTADOS

Estudio/ Duración tratamiento	GP-C-05-PRO			ICELAND			PR-7		
	6 meses (meses 0-6)			12 meses (meses 6-18)			12 meses (meses 0-12)		
N pacientes	161			345			626		
Porcentaje de pacientes estratificado en cada subgrupo									
Subgrupo	≤0,2	0,2-0,5	>0,5	≤0,2	0,2-0,5	>0,5	≤0,2	0,2-0,5	>0,5
Mínimo	98,8%	1,2%	0,0%	90,1%	9,6%	0,3%	78,1%	20,6%	1,3%
Mediana	93,2%	6,2%	0,6%	83,5%	15,7%	0,9%	52,7%	42,3%	5,0%
Máximo	71,4%	26,7%	1,9%	74,5%	22,6%	2,9%	27,3%	49,5%	23,2%

CONCLUSIONES. La gran mayoría de los pacientes alcanzaron niveles por debajo 0,2 ng/mL ya desde el inicio del tratamiento con Lutrate.

Teniendo en cuenta las diferencias entre los 3 estudios, la supresión de testosterona obtenida con Lutrate fue similar o superior a la de los estudios PR-7 o ICELAND.

P-02 CASO DE MANEJO ENDOUROLÓGICO MEDIANTE DILATACIÓN CON BALÓN DE LA ESTENOSIS URETERAL TRAS FRACASO DE OTRAS MEDIDAS

*García Porcel, V.J.; Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; Bobadilla Romero, E.R.; Jimenez Parra, J. D.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia)*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La estenosis ureteral (EU) es una entidad relativamente infrecuente que puede desembocar en una anulación renal de no tratarse. Sus principales etiologías pueden ser clasificadas en extrínsecas (neoplasias, fibrosis retroperitoneal, traumas, iatrogenia) e intrínsecas (litiasis, radiación, neoplasias, iatrogenia). El creciente interés en esta patología deriva del amplio abanico de opciones terapéuticas que ofrece, desde la clásica reparación quirúrgica abierta hasta maniobras mínimamente invasivas como la endourología, la laparoscopia o la cirugía robótica.

OBJETIVO. Presentar un caso de manejo endouroológico de estenosis ureteral mediante dilatación con balón.

MATERIAL Y MÉTODOS. Varón de 55 años hipertenso y con antecedentes de varios episodios de cólico nefrítico, en seguimiento urológico por litiasis renoureterales bilaterales y uréter retrocavo derecho que condiciona una uropatía obstructiva.

- 1ª intervención: Ureterectomía segmentaria + Transposición ureteral derecha laparoscópica.
En revisiones sucesivas se objetiva hidronefrosis y litiasis renales derechas secundarias a estenosis residual en el área anastomótica.
- 2ª intervención: RIRS + Ureterotomía endoscópica derecha + Catéter JJ derecho.
Revisión posterior con hidronefrosis derecha persistente y litiasis en cáliz y uréter proximal derechas.
- 3ª intervención: Dilatación endoscópica de estenosis ureteral con balón de 8mm a 18 Bares de presión durante 3 minutos + Laserfragmentación de litiasis + Catéter JJ derecho.

RESULTADOS. Última revisión tras retirada de catéter JJ derecho con paciente asintomático y sin evidencia de estenosis ureteral.

CONCLUSIONES. La estenosis ureteral es una patología infrecuente, pero en auge, con importantes repercusiones en la función renal de no tratarse. El desarrollo de la endourología ofrece una alternativa para tener en cuenta en este tipo de enfermedad. La dilatación con balón es una adecuada opción terapéutica en pacientes seleccionados, con buenos resultados, técnicamente sencilla y segura.

P-03 LEIOMIOSARCOMA ESCROTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

INTRODUCCIÓN. Los tumores malignos mesenquimales (sarcomas) representan el 2% de los tumores urológicos. El leiomioma corresponde al 10-20% de estos tumores. Su localización en genitales es infrecuente, originándose el 95% de estos en cordón espermático, epidídimo o testes. El origen cutáneo en escroto es excepcional, pudiendo derivar del músculo pilorector del folículo piloso, o de la musculatura de los vasos subcutáneos.

OBJETIVO. Presentar un caso de leiomioma escrotal y las ideas clave derivadas de este.

MATERIAL Y MÉTODOS. Varón de 63 años exfumador (90 paquetes/año) y sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que acude a Consulta por bultoma escrotal de 1 año de evolución.

- E.F.: masa en hemiescroto izquierdo independiente de gónadas.
- Ecografía: lesión en piel de hemiescroto izquierdo de 35 mm con pared y contenido compatible con serohematoma encapsulado.

Se propone cirugía, realizándose exéresis de lesión con anatomía patológica que informa de leiomioma moderadamente diferenciado de bajo grado.

Se comenta caso en Sesión de Oncología y se realiza estudio de extensión con TC que descarta enfermedad a distancia por lo que se opta por una actitud conservadora con revisiones periódicas y TC de control.

RESULTADOS. Revisiones posteriores con paciente asintomático y TC de control sin hallazgos.

CONCLUSIONES.

- Los leiomiomas son infrecuentes, pero deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de una masa escrotal por su potencial gravedad.
- Suelen presentarse y ser manejados como lesiones benignas, lo cual puede tener repercusiones en su pronóstico.
- El tratamiento ideal es la resección con márgenes de seguridad. La linfadenectomía está indicada en aquellos pacientes con alta sospecha de invasión linfática.
- La radioterapia pre o postoperatorio mejora el control local de la enfermedad en la mayoría de pacientes. El papel de la quimioterapia es aun controvertido.
- El pronóstico es generalmente bueno en ausencia de recurrencia local, cuyo principal factor de riesgo es la presencia de márgenes afectos en la pieza quirúrgica.
- Debe aplicarse un seguimiento a largo plazo por el riesgo de recurrencia local / metástasis a distancia de aparición tardía.

P-04 QUISTE EPIDERMOIDE INTRATESTICULAR: CLÍNICA Y MANEJO DIAGNÓSTICO

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

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. El quiste epidermoide es un tumor testicular benigno muy poco frecuente.

El 95% de las masas testiculares son de naturaleza maligna, por lo que toda masa intratesticular será considerada maligna hasta que no se pueda demostrar lo contrario.

OBJETIVO. Presentación de un caso de tumor testicular derecho de apariencia benigna.

MATERIAL Y MÉTODOS. Tras el desarrollo de este caso, se revisa la literatura referida a la clínica, diagnóstico diferencial y manejo clínico de tumor testicular con sospecha de benignidad.

Se trata de un varón de 20 años que acude a nuestras consultas por bultoma testicular derecho que presenta desde hace unos 10 años, sin dolor asociado y sin cambios desde su aparición.

EF: Bultoma de unos 3 cm, pétreo, localizado en polo inferior de teste derecho.

Marcadores tumorales (B-HCG, AFP, LDH): Dentro de la normalidad.

ECO: Lesión testicular derecha inespecífica (27x17mm), sin registro Doppler y con calcificaciones de distribución concéntrica (capas de cebolla) que podría corresponder con quiste epidermoide.

Se indicó biopsia intraoperatoria y tumorectomía por vía inguinal.

RESULTADOS. Con incisión inguinal derecha, se realizó tumorectomía tras resultado de biopsia incisional intraoperatoria que confirmó la sospecha diagnóstica de quiste de inclusión epidermoide benigno (láminas de queratina anucleadas sin rasgos atípicos).

Postoperatorio sin complicaciones.

CONCLUSIONES. El quiste epidermoide es un tumor testicular raro de características benignas. Su clínica se asemeja a la de cualquier tumoración testicular, que son con más frecuencia malignas y, aunque puede tener una presentación característica en pruebas de imagen (ecografía y resonancia magnética), el diagnóstico definitivo debe ser histológico.

La realización de biopsia intraoperatoria nos permite el empleo de técnicas quirúrgicas conservadoras y seguras, evitando orquiectomías innecesarias.

P-05 OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: NUESTRA EXPERIENCIA APLICANDO EL ENSAYO LATITUDE

Molina Hernández, O.; Marín Martínez, F.M.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.R.; García Poncel, V; Jiménez Parra, JD; Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; García Escudero, D.; Valdevira Nadal, P.; Morga Egea, J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu García, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN. El ensayo LATITUDE demostró un aumento en la supervivencia global y supervivencia libre de progresión radiológica en pacientes con cáncer de próstata hormono-naïve de debut metastásico (mCPHN) tratados con Acetato de Abiraterona. Existe escasa experiencia con datos de vida real en el tratamiento de este grupo de pacientes.

OBJETIVO.

Comorbilidades	
	% (nº)
HTA	41,7(5)
E. Cardiovascular	8,3(1)
Diabetes	33,3(4)
Dislipemia	66,7(8)
Epilepsia/Demencia	0
ERC	16,7(2)

Analizar nuestra experiencia inicial con Abiraterona en pacientes con CPHN de debut metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisaron retrospectivamente los pacientes mCPHN que reunían criterios del ensayo LATITUDE e iniciaron tratamiento con Abiraterona (Dic 2017-Nov 2019).

Se obtuvo una muestra de **12 pacientes**. Se analizaron variables demográficas y clínicas pre-tratamiento y durante el seguimiento. De igual manera se analizó la tasa de respuesta bioquímica, la progresión clínica y/o radiológica, así como los efectos adversos (EA) relacionados con el tratamiento.

RESULTADOS

	Nuestra serie	LATITUDE
Edad, media(rango)	71,5(55-82)	68
PSA, mediana(rango)	4,8(0,1-1000)	
ECOG, %		
0	41,7	50
1	50	22
2	8,33	
Gleason >7,%	100	98
Metástasis,%		
Óseas	100	97
Hepáticas/pulmonares	16,7	17
Ganglionares	16,7	47

El seguimiento promedio es de 7,9 meses (3-25 meses).

Permanecen con tratamiento 9 pacientes. Un paciente presentó alteración de las enzimas hepáticas, normalizando los valores tras bajada de tratamiento a mitad de dosis y vuelta a dosis óptima confirmando estabilización de parámetros.

Buenos controles de Glucemias, valores de Fosfatasa alcalina y LDH y evolución del PSA satisfactoria durante el tratamiento.

Discontinuidad de tratamiento en un paciente (Síndrome de compresión medular) y 3 pacientes que fueron exitus.

CONCLUSIONES. La Abiraterona en pacientes con CPHN de alto riesgo y de debut metastásico se ha mostrado eficaz en lograr una respuesta bioquímica precoz y mantenida en el 75% de nuestros pacientes y con un perfil de seguridad y tolerabilidad del fármaco similar al que presenta en el CPRCM1.

P-06 HERIDA PENETRANTE PENEANA POR ARMA DE FUEGO

Vidal Crespo, Natalia; Rigabert Montiel, Mariano; Martínez Muñoz, Rocío; Rull Hernández, Javier; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia, Escudero Bregante, Jose Félix; Fernández Garay, Juan Carlos; López Cubillana, Pedro; López González, Pedro Ángel; Martínez Gómez, Gloria; Moreno Alarcón, Cristóbal; Nicolás Torralba; Jose Antonio; Prieto González, Antonio; Server Pastor, Gerardo; Tornero Ruiz, Jesus Ignacio; Gómez Gómez, Guillermo Antonio Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los traumatismos penetrantes de los genitales externos son relativamente infrecuentes, especialmente entre la población civil. Por lo general no suelen ser amenazantes para la vida. Alrededor de un 40-60% de las lesiones penetrantes del tracto genitourinario afectan a los genitales externos, y de estas, hasta el 35% se corresponden con heridas por arma de fuego.

MATERIAL Y MÉTODOS. Presentamos el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias tras heridas múltiples por arma de fuego en circunstancias desconocidas. Presenta fractura abierta conminuta de fémur como principal lesión. A la exploración, afectación del glande por el trayecto del proyectil, con destrucción de tercio distal del glande y de uretra distal. Se realizó estabilización de la fractura con fijación externa. A nivel peneano, se realiza Friedrich de herida glandar, sutura con puntos sueltos de neomeato y reconstrucción del glande.

RESULTADOS. Tras la cirugía, el paciente no presentó complicaciones postquirúrgicas a nivel peneano. Se retiró sonda vesical en el día +15 tras la intervención. Desde entonces adecuada calidad miccional, sigue revisiones en consulta con flujometrías normales y sin desarrollo de otras secuelas.

CONCLUSIONES. Aunque depende de la extensión de la lesión, este tipo de traumatismos suelen requerir de manejo quirúrgico inmediato. Se debe asegurar la preservación del todo el tejido viable posible, y derivación urinaria en aquellos casos en los que la uretra también se vea afectada. Los resultados a largo plazo van a depender de la extensión de la lesión. Debe realizarse un seguimiento estrecho posterior para descartar la aparición de complicaciones, siendo las principales complicaciones la disfunción eréctil y estenosis uretrales.

P-07 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN EL VARÓN MEDIANTE DISPOSITIVO ATOMs

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

INTRODUCCIÓN. La incontinencia urinaria (IU) de esfuerzo en el varón constituye un problema de salud común en nuestra práctica diaria, principalmente como consecuencia de una cirugía prostática. En la actualidad disponemos del dispositivo ajustable hidráulico tipo ATOMs que permite abordar esta patología obteniendo una mejoría significativa en la calidad de vida del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión de los sistemas ATOMs implantados en nuestro centro (Enero2013 - Noviembre2019). Se colocaron 20 mallas suburetrales tipo ATOMs. Se analizan características del paciente: edad, cirugías previas, Rt, clínica. Estudio de la incontinencia: PAD-test, estudio urodinámico, cistoscopia y valoración del esfínter. Cirugía y calibre de la almohadilla, estancia hospitalaria, complicaciones, fecha de revisión, valoración clínica y reajustes.

RESULTADOS. La edad media fue de 62.1 años. El 100% de los pacientes habían sido intervenidos (75% prostatectomía radical, 20% a RTU de próstata). El 30% habían sido radiados. La clínica más frecuente fue la IU de esfuerzo pura (65%) seguida de IU mixta (35%). Se clasificó en incontinencia moderada (<400g en PAD test) a 13 pacientes e incontinencia severa (>400g, R 500-1000g) a 7. El 75% se realizó un EUD diagnosticando al 40% de IUE pura y al 46% de IUM. La cistoscopia mostró hipotonía del esfínter en 6 pacientes y estenosis en 3. El 80% recibió tratamiento previo: rehabilitación del suelo pélvico y anticolinérgicos. El volumen medio administrado en el dispositivo

fue de 7.5mL (R6 – 10). Estancia media de 2 días. Un único paciente presentó dolor e ITU que requirió reingreso. La media de revisión fue al mes mostrando persistencia de sintomatología en 3 pacientes. El 20% han requerido un recalibrado del esfínter, el 50% dos o más. La media de tiempo hasta el recalibrado fue de 10,4 meses.

CONCLUSIONES. El tratamiento de la incontinencia del varón mediante la implantación del sistema ATOMs en nuestro centro, confiere muy buenos resultados, tolerancia y comodidad para el reajuste en ausencia de complicaciones graves. Es importante una selección adecuada para obtener los mejores resultados, siendo útil en pacientes con Rt previa.

P-08 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN EL TRASPLANTE RENAL EN EDAD AVANZADA

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

INTRODUCCIÓN. El envejecimiento progresivo de la población y la escasez de órganos ofertados ha llevado a modificar los criterios exigidos para la donación, aceptándose en la actualidad riñones procedentes de pacientes subóptimos. Por ello el objetivo de este estudio es analizar las complicaciones postoperatorias presentes en una muestra de pacientes trasplantados en nuestro centro, comparando los resultados en función de la edad del donante.

MATERIAL Y MÉTODOS. Realizamos un estudio observacional retrospectivo, incluyendo una muestra de pacientes trasplantados renales de donante cadáver entre Enero 2008 y Diciembre 2012 en nuestro centro, con un periodo de seguimiento entre 5 y 10 años. Para conocer la morbilidad hemos analizado la estancia hospitalaria, el número de reingresos y la necesidad de transfusión o de biopsia postimplante. También hemos registrado las complicaciones postoperatorias Clavien 3 o superior. Todas las variables han sido comparadas en función de la edad del donante(> o igual 60 años y < 60 años).

RESULTADOS. Se realizaron un total de 254 trasplantes renales, de los cuales 178 (70%) procedían de un donante < 60 años. Ninguna de las diferencias encontradas entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas: fistula urinaria(p=0.277); estenosis ureteral(p=0.617); linfocele(p=0.58); hematoma(p=0.494); trombosis arterial(p=0.111); trombosis venosa(p=0.162); estenosis arterial(p=0.897); retraso en la función inicial del injerto(p=0.166); rechazo agudo/crónico(p=0.921 y p=0.495 respectivamente); necesidad de transfusión(p=0.160); necesidad de biopsia(p=0.536); estancia hospitalaria(p=0.120); pielonefritis(p=0.408) y reingresos(p=0.846).

CONCLUSIONES. En nuestro medio, el trasplante renal de donante cadáver añoso (>60 años) es una opción terapéutica aceptable y segura, que no implica un incremento significativo de las complicaciones postoperatorias y morbilidad asociada con respecto a los implantes de injertos procedentes de donantes más jóvenes.

P-09 FÍSTULA VESICO-CUTÁNEA CON CARCINOMA VESICAL DE CÉLULAS ESCAMOSAS

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

INTRODUCCIÓN. El carcinoma vesical de células escamosas es una entidad poco frecuente, el principal factor de riesgo es ser portador de un catéter intravesical permanente, los pacientes con lesión medular tienen un riesgo aumentado de padecerlo, y en la mayoría de los casos se diagnostica en etapas avanzadas.

PRESENTACIÓN DEL CASO. Presentamos el caso de un paciente de 63 años parapléjico desde los 40 años, portador de sonda suprapúbica permanente desde 2013. Litiasis renales recurrentes con múltiples intervenciones, varios episodios de sepsis urinaria y úlcera sacra de evolución tórpida. En el último ingreso se consigue realizar sondaje vesical, al retirar la sonda suprapúbica se observa una masa de características sospechosas que se biopsia. La anatomía patológica informa de carcinoma de células escamosas queratinizante, moderadamente diferenciado. Tras estos hallazgos se realiza estudio de extensión con TC toraco-abdominal con contraste que informa neoformación vesical y extensión ganglionar de la enfermedad. El paciente presenta astenia, sarcopenia y dolor mal controlada. Se le informa de su situación, entendiendo el estado avanzado de su enfermedad, y se decide cuidados paliativos en su domicilio.

DISCUSIÓN. El cáncer de vejiga es la neoplasia maligna más frecuente del tracto urinario. Aunque el carcinoma urotelial es el más frecuente, 90-95% de los casos, existen otras modalidades como el carcinoma de células escamosas. Se puede encontrar asociado a esquistosomiasis endémico del Medio Oriente y sudeste asiático. Existe otro tipo, no asociado a esquistosomiasis, más frecuente en nuestro medio, que se ha relacionado con lesiones en la médula espinal, asociado al uso de un catéter intravesical permanente.

Ambos tipos se tratan con cistectomía radical, el uso de terapias neoadyuvantes y adyuvantes no está bien definido. Suelen asociarse a un mal pronóstico, progresando la enfermedad rápidamente.

CONCLUSIONES. El hallazgo de un carcinoma de células escamosas en el trayecto fistuloso vesico-cutáneo tras un sondaje suprapúbico debe sospecharse en los pacientes que presentan los factores de riesgo antes mencionados para poder realizar una vigilancia estrecha, ya que suele diagnosticarse en un estadio avanzado asociándose a un pronóstico nefasto como en el caso de nuestro paciente.

P-10 EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES INTRA Y POSTOPERATORIAS EN NEFROLITECTOMÍA PERCUTÁNEA

Jiménez Peralta, D. Pardo Martínez, A. Muñoz Guillermo, V. Barragán Gamero, M. Barragán Flores, W.A. Barceló Bayonas, I. Rivero Guerra, A. Carrillo George, C. Cruces De Abia, F. Pietricica, BN. Izquierdo Morejón, E. Rosino Sánchez, A. Romero Hoyuela, A. Hita Villaplana, G. Fernández Aparicio, T. Hospital Universitario Morales Meseguer

OBJETIVO. Evaluar la tasa de complicaciones intra y postoperatorias tras nefrolitectomía percutánea (NLP) en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. se realiza un análisis retrospectivo de las NLP desde enero de 2015 hasta octubre de 2019 para tratamiento de litiasis renales. Se han recogido características de los pacientes y comorbilidades como variables preoperatorias, así como antecedente de CRU complicado, derivación urinaria y urocultivo previo. Así mismo, se recogieron las características de las litiasis y como variables intraoperatorias se tienen en cuenta la presencia de catéter previo, lateralidad, técnica (NLP vs Miniperc), tiempo quirúrgico, así como las complicaciones intraoperatorias según la clasificación de Satava. Como variables postoperatorias se incluyen las complicaciones según clasificación Clavien-Dindo, así como estancia hospitalaria, alteración de función renal y sangrado, reingreso hospitalario 1 mes tras la cirugía y consulta en urgencias en los siguientes 6 meses, ambos como complicación tardía tras la cirugía.

RESULTADOS. Se incluyen 78 procedimientos en 39 hombres y 35 mujeres con una mediana de edad de 51 (26-89) años. A todos los pacientes se les aplicó el protocolo de profilaxis antibiótico de nuestro centro. No se observó una relación estadísticamente significativa entre las variables pre y perioperatorias con la tasa de complicaciones intraoperatorias ni con el desarrollo de sepsis. Esto podría deberse a la baja tasa de estos eventos en nuestra serie (8 casos -10,3%- Satava 1 y 2 respectivamente). En cuanto a complicaciones postoperatorias, se observó que la colocación de catéter JJ se asocia con complicaciones clavien-dindo 1 y con consultas en urgencias. Así mismo, las litiasis complejas se asocian con mayor frecuencia a fragmentos residuales.

CONCLUSIONES. la nefrolitectomía percutánea es una técnica segura, con una baja tasa de complicaciones intra y postoperatorias, así como de riesgo de sepsis en nuestra serie. La complejidad de las litiasis se relaciona con la presencia de litiasis residuales, y la colocación de catéter JJ se relaciona con mayor requerimiento de analgesia y consultas en urgencias.

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

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

Servicio de Urología.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN.

La vejiga hiperactiva es una entidad clínica con una elevada prevalencia, que se define como la urgencia miccional asociada con aumento de la frecuencia urinaria y nicturia relacionada o no con incontinencia de urgencia. Esta provoca un deterioro significativo de la calidad de vida de los pacientes, con un impacto negativo sobre el bienestar emocional y las actividades cotidianas y de relación con los demás.

Se considera vejiga hiperactiva refractaria a la ausencia de respuesta a tratamiento médico con anticolinérgicos y/o agonistas beta3. En este punto, una alternativa de tratamiento es la toxina botulínica, que actúa a nivel de la unión presináptica vesical inhibiendo la liberación de acetilcolina, provocando una denervación química temporal con pérdida de la contracción muscular, y que ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de esta patología mejorando la sintomatología y la vida de los pacientes.

El objetivo del presente trabajo consiste en evaluar el resultado, complicaciones y repercusión de la calidad de vida en pacientes con vejiga hiperactiva refractaria después de la aplicación intravesical de Toxina botulínica tipo A.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realiza un estudio prospectivo de 85 pacientes que presentan vejiga hiperactiva refractaria a tratamiento médico, y en los que se realizó inyección intravesical de toxina botulínica tipo A entre 2016 y 2018 en el Hospital General Reina Sofía de Murcia.

El procedimiento se realiza de forma ambulatoria en las consultas externas de Urología. Previa instilación endovesical de lidocaína (20ml al 1%) más bicarbonato (30ml al 14%) treinta minutos antes del procedimiento, se realiza la aplicación intravesical de 100 unidades de toxina botulínica bajo visión cistoscópica en 20 lugares diferentes en la pared vesical, en la profundidad de la capa muscular.

Fueron recogidos datos epidemiológicos como el sexo del paciente, su edad, su índice de masa corporal, y si presentaban algún antecedente neurológico, psiquiátrico, quirúrgico pélvico o diabetes mellitus. También se revisaron las complicaciones surgidas tras el procedimiento y los resultados de los cuestionarios OAB-V8 (Vejiga hiperactiva), ICIQ-SF (Incontinencia urinaria) y el Cuestionario de Salud SF-36 (Calidad de vida) antes y después de la aplicación del tratamiento.

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa EPIDAT versión 4.2. Para la comparación de resultados se utilizó la prueba T de Student para datos apareados o Wilcoxon. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

RESULTADOS.

En la tabla 1 se describen las principales características demográficas y clínicas de la población. Destaca que el 71.75% son mujeres, con una edad media de 65.4 años y un IMC de 30.04. Aproximadamente el 20% de los pacientes presentaban diabetes mellitus o tenían algún antecedente neurológico; y casi el 50% presentaba también algún antecedente psiquiátrico o quirúrgico pélvico.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas

VARIABLES	FREC.	PORCENT.
Mujer	61	71.75
Hombre	24	28.24
DM	20	23.53
A. neurológicos	16	18.82
A. psiquiátricos	35	41.18
A. pélvicos/quirúrgicos	44	51.76
	MEDIA	DESV. TÍPICA
	65.4	15.15
	30.04	6.38
Edad		
IMC		

Respecto a las complicaciones, resumidas en la tabla 2, la más frecuente fue presentar un residuo postmiccional elevado en el 16.47% de los pacientes, seguida de un urocultivo positivo en el 9.41%. La puntuación media de la escala visual analógica del dolor fue de 3.46. No se observaron diferencias en cuanto al sexo y las complicaciones ($p>0.05$).

Tabla 2. Complicaciones

VARIABLES	FREC.	PORCENT.
Urocultivo+	8	9.41
RAO	1	1.18
RPM>100	14	16.47
Auto cateterismos	2	2.35
Hematuria importante	0	0
	MEDIA	DESV. TÍPICA
	3.46	2.2
Puntuación EVA		

Los cambios en los parámetros de los cuestionarios al mes postaplicación, en comparación con la valoración preaplicación fueron estadísticamente significativos para el cuestionario OAB-V8 e ICIQ-SF, pero no para el Cuestionario de Salud SF-36. Esto se resume en la tabla 3 y en la gráfica 1. Si se divide por sexo y edad (≤ 50 años o >50 años), también encontramos diferencias significativas en el resultado de los Cuestionarios OAB-V8 e ICIQ-SF ($p < 0.05$), pero no para el Cuestionario de Salud SF-36 ($p > 0.05$).

Tabla 3. Resultados de los cuestionarios

	PRE-BOTOX		POST-BOTOX		p
	MEDIA	DESV. TÍPICA	MEDIA	DESV. TÍPICA	
Escala OAB-V8	31.53	6.34	18.89	7.79	0.000
Cuestionario ICIQ-SF	16.47	5.64	9.22	6.49	0.003
Cuestionario Salud SF-36	55.45	6.75	56.46	6.58	0.309

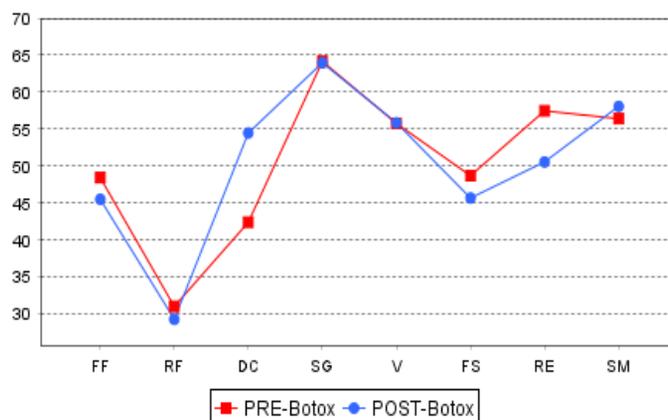
Gráfica 1. Resultados de los cuestionarios

Los resultados del Cuestionario de Salud SF-36 según dimensiones se resume en la tabla 4 y gráfica 2. Las dimensiones más afectadas fueron la función física y social y el rol físico y emocional. No se aprecian diferencias en cuanto a sexo y edad (≤ 50 años o >50 años), a excepción del rol emocional, que afectó más a mujeres y a una edad < 50 años.

Tabla 4. Resultados del Cuestionario de Salud SF-36 según dimensiones

	PRE-BOTOX		POST-BOTOX		p
	MEDIA	DESV. TÍPICA	MEDIA	DESV. TÍPICA	
Función física	48.45	33.70	45.52	34.65	0.540
Rol físico	31.03	40.45	29.31	41.23	0.794
Dolor corporal	42.41	30.08	54.48	24.29	0.046
Salud general	64.17	12.83	63.97	12.63	0.660
Vitalidad	55.76	11.54	55.86	10.01	0.238
Función social	48.71	11.74	45.69	10.71	0.440
Rol emocional	57.47	47.89	50.57	50.09	0.585
Salud mental	56.41	9.28	58.07	9.776	0.381

Gráfica 2. Resultados del Cuestionario de Salud SF-36 según dimensiones



Aproximadamente, un 71.76% de los pacientes refirió mejoría tras la aplicación de la toxina botulínica.

CONCLUSIONES.

Los cuestionarios clínicos son un instrumento sencillo y de gran utilidad para la evaluación de los síntomas e impacto sobre la calidad de vida. En los Cuestionario OAB-V8 e ICIQ-SF encontramos diferencias significativas, pero no en el Cuestionario de salud SF-36. Hay que tener en cuenta que el Cuestionario-SF ICIQ mide también el impacto en la calidad de vida, y que el Cuestionarios de Salud SF-36 puede estar influenciado por otras patologías.

La aplicación intravesical de toxina botulínica es un procedimiento seguro y bien tolerado, con mínimas complicaciones, que reduce episodios de urgencia y de incontinencia urinaria, mejorando la calidad de vida de los pacientes, por lo que es un tratamiento adecuado para la vejiga hiperactiva refractaria.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez M Rosa Lucía, González S Rocío, Elizalde V Víctor Manuel. Calidad de vida como respuesta al tratamiento intravesical con toxina botulínica tipo A, en el síndrome de vejiga hiperactiva refractaria a tratamiento convencional. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2016 Feb; 81(1): 9-14.
- David E. Rapp, Alvaro Lucioni, Erin E. Katz, R.Corey O'Connor, Glenn S. Gerber, Gregory T. Bales. Use of botulinum-A toxin for the treatment of refractory overactive bladder symptoms : an initial experience. Urology. 2004. Volume 63, Issue 6, 1071 - 1075.
- Duthie JB, Vincent M, Herbison GP, Wilson DI, Wilson D. Botulinum toxin injections for adults with overactive bladder syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12.
- Durán-Ortiz S, García-Herrera DA, Pérez-Hernández BO, Pérez-Zavala R, León SR. Aplicación intravesical de toxina botulínica y su repercusión en la calidad de vida de pacientes con lesión medular y vejiga neurogénica. Experiencia institucional. Revista Mexicana de Urología. 2017 nov-dic; No. 6,77(6):453-463.
- Po-Fan Hsieh, Hung-Chieh Chiu, Kuan-Chieh Chen, Chao-Hsiang Chang, Eric Chieh-Lung Chou. Botulinum toxin A for the Treatment of Overactive Bladder. Toxins, 2016, 8, 59.

PREMIO Mariano Tomás 2019 al mejor examen de médico residente 2019
Ana Vilches Costas. Servicio de Urología del Hospital Universitario Reina Sofía.

Enseñanza y práctica médicas en Murcia

En este curso académico de 2019/20 celebramos el cincuenta aniversario del inicio de la docencia en la recién creada Facultad de Medicina de Murcia, acontecimiento que nos induce a repasar, de modo somero, las vicisitudes que ha tenido el conocimiento de la ciencia médica, su enseñanza y su práctica a lo largo de los años en nuestra capital, así como las acciones llevadas a cabo para conseguir disponer de Universidad.

La ciudad de Murcia, fundada por el emir Abderramán II en el 825, se llegó a convertir, bajo el dominio árabe, en un centro cultural de gran importancia, en el que vieron la luz grandes personalidades del saber, incluido el de la Medicina, en la que sobresalen el judío **Abraham-Musa-Phia** (s. XII), médico, arquitecto y teólogo autor de un “Tratado de Fitoterapia”; el conocido como **Ben Schaid**, A. Ahmad Ben Ahmad Ben Abdelmalek Abu Amer (Murcia, 1004/Córdoba, 1048) escribió de un “Antidotario” (tratado sobre la composición de los medicamentos), el más antiguo del mundo hispano-árabe; **Mohamed Ben Abdelselan** (Murcia, s. XIII) médico y traductor quien efectuó “Correcciones a la obra de Joannitius” al tratado “De febribus ac Tumribus mixtis” de Avicena, y al de “De Medicina Theorica”, de Averroes; el llamado **Aba Abdalla Enb Araca**, Mohamad Ben Abraham Ben Ahmad Alabasi (Murcia, s. XIII/Granada, 1337), médico, aritmético y geómetra, que enseñó Medicina en Granada y, sobre todo, **Al Ricotí**, Mohamed Ben Ahmed Abubequer (Ricote, Murcia, s. XIII/Granada) al que Pio Tejera define como “doctísimo y esclarecido médico murciano, consumado en varias ciencias y artes” (José Miguel Sáez Gómez, Carlos López Fernández, Pedro Marsset Campos, Juan Francisco López Sánchez «Diccionario Biográfico y Bibliográfico de la Ciencia y la Medicina en la Región de Murcia», Universidad de Murcia, Editum, 2016).

En 1243 Murcia se incorpora a la corona de Castilla y hace su entrada en ella el todavía Infante don Alfonso (Toledo, 1221/Sevilla, 1284) quien halló una floreciente ciudad con un elevado nivel cultural “que se animó a mantener y aprovechar” en palabras del profesor Torres Fontes, para lo que creó el **Estudio General**, una madraza o studium público en la que se enseñaban Humanidades y Artes y entre ellas la Medicina, tanto a cristianos como a musulmanes y a judíos lo que, en aras de adquirir conocimientos, condujo a una convivencia sin distinción de raza o religión (Torres Fontes «La cultura en Murcia en el reinado de Alfonso X el Sabio», Murgetana, 14, 1960).

Alfonso X, con su gran inteligencia, supo aglutinar a su alrededor a las personas más cualificadas y de mayor saber para sacar adelante sus proyectos; entre ellos a **Al Ricotí** que desplegaba en Murcia sus conocimientos como profesor de Medicina, Geometría, Lógica y Filosofía, en latín, árabe y romance, en el Estudio General, por lo que el rey Sabio lo protegió, le conservó sus derechos y su condición social y le ofreció ser su médico de cámara. Llegó Al Ricotí en los estudios de Medicina a formar una escuela a la que acudían de numerosos lugares a escuchar sus enseñanzas y tuvo discípulos que fueron luego muy reconocidos y servidores de emires. Para Díez de Revenga, Alfonso X encontró en Al Ricotí “el intelectual adecuado para personificar en él la fusión de culturas, el proyecto más directamente conducido por el monarca” (Francisco Javier Díez de Revenga «Alfonso X el Sabio y la enseñanza medieval en Murcia», Murgetana, 1992 (85):111-118).

La llegada en 1266 de la Orden Dominica de Predicadores y la instauración de su Estudio de Lenguas Orientales, árabicas y hebrea, Escritura, Teología y Apologética cristiana, con la finalidad de preparar a los frailes predicadores, e indirectamente en convertir al cristianismo a los musulmanes, hicieron que los intelectuales de esta religión emigrasen al reino Nazarita de Granada, entre ellos Al Ricotí.

En 1272 año en el que Alfonso X el Sabio, fundó el **Estudio General**, y aunque no prosperó en el tiempo, es la fecha que la actual Universidad murciana considera como la de su constitución y que figura en su escudo bajo el lema “Universitas Studiorum Murciana Anno MCCLXXII”.



Estableció Alfonso X el Sabio, en su **Fuero Real** de 1255, la figura del “Físico” que, para ejercer, debía demostrar sus conocimientos y ser aprobado por el alcalde del lugar quien le extendía una “**carta testimonial**”, como prueba de su saber, primer registro del ejercicio médico. Desde el siglo XII la práctica **médica** en España se lograba en las **escuelas monásticas** como la de Guadalupe y desde el siglo XIII en las **Universidades** cuando dispusieron de cátedras de Físicos, en Montpellier (entonces de la Corona de Aragón), Salamanca, Valladolid y, **más adelante**, Alcalá de Henares. Recogimos en un trabajo anterior la evolución de los médicos del periodo de la Baja Edad Media que ejercieron en Murcia (M. Pérez Albacete. «De Historia quirúrgica murciana», *Bol. Asoc Murciana de Urología* 2003 (10): 20-24).

Juan II de Castilla (1405/1454) nombra por Real Decreto a los **Alcaldes Mayores Examinadores**, para evidenciar la preparación de quienes deseaban practicar la Medicina, medida modificada y ampliada por los **Reyes Católicos** con la **Institución del Protomedicato** en 1477, que comprobaba su aptitud mediante examen.

Felipe II (1527/1598) incrementa de modo considerable el poder del Protomedicato con una **Pragmática**, en **1588**, en la cual le otorga el dirigir la enseñanza de la Medicina, de la Cirugía y de la Farmacia, además de señalar las pruebas a las que debían ser sometidos los aspirantes a ejercerlas.

Centrados en la historia médica murciana encontramos, a lo largo de los años posteriores, varios intentos de establecer escuelas de estudios médicos, llevados a cabo en más de los casos por los propios sanitarios ejercientes en la ciudad, así como los intentos de crear en ella una Universidad.

El Estudio General fue decayendo con el tiempo, sostenido en parte por el municipio hasta el siglo XVI fecha en la que el Obispo de la diócesis de Cartagena, Esteban de Almeida, funda un segundo Colegio en 1563, regido por los jesuitas, y al que Fernando VI (1713/1759) concedió el título de Colegio Real que cesó tras la expulsión de los miembros de la Orden.

En 1592 el Obispo Sancho Dávila y Toledo (1546-1625), acorde con las recomendaciones del Concilio de Trento, instituye en Murcia otro centro docente, el Colegio-Seminario de San Fulgencio, aprobado por el Papa Pablo V en 1614, centrado en la enseñanza de las humanidades, lo que elevó el nivel cultural de la Murcia barroca ayudado con la celebración de tertulias literarias (María Concepción Ruiz Abellán «La Universidad de Murcia. Desde la “madrissa medieval” a la Universidad Contemporánea», Murgetana, 1988; 77).

El **Dr. D. Alonso de Espejo** (Alhama, ca.1543/Murcia, ca.1622), establecido en Murcia hacia 1565, ejerció como médico de presos del Santo Oficio; en su testamento de 15 de junio de 1622 recoge su deseo de crear una Fundación con el fin de promover una Facultad de Medicina con un legado que imponía la condición de que, en el momento en el que contara la ciudad con Universidad, sus fondos se destinaran a dicha Facultad (Arch. General de la Región de Murcia, Protocolos Notariales, NOT, 2098) y (Diccionario Biográfico de la Ciencia y la Medicina en la Región de Murcia vol. I, pág.452). El Dr. Espejo tiene rotulada una calle a su nombre detrás del hospital de Morales Meseguer.

En 1693 **José García Hidalgo** (Villena, 1645/Madrid, 1717), pintor formado en Murcia, editó “Principios para estudiar el nobilísimo y real arte de la pintura, con todo y partes del cuerpo humano” que constituye realmente un atlas de anatomía artística, que, según sus palabras, “solo interesa a los cirujanos”.

Juan Jiménez de Molina (Murcia, 1708/1761), conocido como Doctor D. Juan, comenzó su carrera en Murcia en 1708; médico titular del Cabildo de la Santa Iglesia Catedral y de la fundación del Dr. Alonso Espejo, sostuvo a sus expensas y dirigió una Academia o **Escuela de Medicina en Murcia** de la que salieron aventajados discípulos como Pedro Palomero Hurtado, médico que ejerció en 1730, Diego Martín Fortún y Juan Damián Albornoz. Escribió «La verdad triunfante» y «Cartilla Phisiológica Galénico Espagírica» en los que se pone de manifiesto su visión humoral de la enfermedad (Pio Tejera y R. de Moncada «Ensayo de un diccionario biográfico y bibliográfico de la literatura en Murcia», Vol. I, pág. 287).

En 1749 los médicos murcianos **Basilio Rodríguez Blanes, José Asas y Sebastián Martínez Quesada**, formados en la Universidad de Valencia, proponen constituir una “**escuela de Medicina en Murcia**”, proyecto dependiente de una libranza económica del Ayuntamiento murciano, que no se concedió, al esgrimir el consistorio que no se contaba con un número de sanitarios suficientes (Actas capitulares del Concejo de Murcia, 18 de enero y 1 de febrero de 1749).

En 1758 se reúnen los médicos murcianos y redactan una «Memoria de varios médicos, cirujanos y boticarios sobre el establecimiento de una nueva Academia Medica», la **Academia Médica de San Rafael**, con el propósito de agrupar y completar la formación de los profesionales y de apoyar su labor científica con la actualización y la difusión de conocimientos en beneficio de la salud pública.

En 1759 **Tomás Mira y Cánovas** era cirujano aprobado por el Real Protomedicato, que había ejercido anteriormente en el hospital de Alicante y que, tres años antes de acudir a Murcia, fue primer cirujano del Hospital Real de Cartagena; quirurgo con gran preparación y cultura, dominaba el latín además del inglés y del francés, favoreció el proyecto y *ofreció el Hospital para hacer anatomías, experimentos y operaciones a los enfermos y cadáveres de dicho Hospital* (Actas capitulares del Concejo de Murcia, martes 24 de enero de 1759). La loable intención de los profesionales de Murcia fracasó al no encontrar los necesarios apoyos, aunque se mantuvo vigente hasta 1772 (Pérez Albacete, M.: «El Hospital de San Juan de Dios de Murcia». *Bol. Asoc. Murc. Urol.*, 2005; X, 12: 24-31 y *Bol. Asoc Murc. Uro.* 2006; XI, 13: 27-35).

Estudian los profesores Sáez Gómez y Marsset Campos a los sanitarios que ejercen en Murcia capital en el siglo XVIII, en el que, según el censo de Floridablanca de 1787, la población era de 63839 habitantes. El número de sanitarios inscritos en el Ayuntamiento a lo largo del periodo fue de 163 sangradores, el 33,5%; 120 cirujanos, el 24,7%; 112 médicos, el 23,0%; 83 boticarios el 17,0% y 8 entre matronas, sacamuelas y saludadores; el promedio de tiempo de practica era estable entre los médicos y los sangradores, corto entre los cirujanos y el más prolongado el de los boticarios, por el carácter comercial de su profesión. El 43% de estos sanitarios procedían geográficamente de Murcia capital (José Miguel Sáez Gómez, Pedro Marsset Campos «Profesionales sanitarios en la Murcia del siglo XVIII. Número, evolución y distribución». *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y la Ciencia*, 1993, vol. XLV (2): 71-102).

La primera Academia de Medicina en España fue la fundada en Sevilla en 1697 por varios médicos, entre ellos Diego Mateo Zapata (Murcia, 1664/Madrid, 1745), doctor en Medicina por la Universidad de Alcalá de Henares, y una de las más preclaras inteligencias de la época que destacó en la renovación del saber científico rehuyendo el galenismo imperante en los estudios universitarios.

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia fue creada en 1811 por el médico Bartolomé Colomar, siguiendo la corriente establecida en otras ciudades; entre sus cometidos figura el de velar por la salud de la población y mantener al día los conocimientos médicos de los sanitarios.

En 1830 **Manuel Alarcón y Tornero** (Murcia, ca.1790/1859) recibió el encargo de la Real Academia de Medicina murciana, ordenado por el Gobierno y la Junta Suprema de Sanidad, de redactar un informe sobre *Los establecimientos destinados a la enseñanza de la Medicina, Cirugía y Farmacia, existentes en la provincia*, en el que hizo constar que en toda ella no hay ni Universidad ni una sola aula dedicada a la enseñanza de esas ciencias y añade que únicamente se puede aludir a la **enseñanza de la Medicina** a la que de modo oficial imparte en el Hospital Provincial, su hermano Judas Tadeo Alarcón y Tornero (Murcia, 1790/1865), quien, formado en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, fue nombrado catedrático de Cirugía para dar docencia y que él desempeñó de modo gratuito, aunque solo por espacio de dos años (Antonio Martínez «Historia del Hospital Provincial de Murcia (1837/1937)». Real Academia de Medicina de Murcia, 1999).

Surgen en estos años los primeros intentos de crear una Universidad en Murcia, promovida por el Ayuntamiento y la Real Sociedad Económica de Amigos del País, institución ésta establecida en 1776 por destacadas personalidades de la ciudad con apoyo oficial, con la intención de difundir los conocimientos científicos y sus avances y que implantó las llamadas “escuelas patrióticas” (José Miguel Sáez Gómez,

Carlos López Fernández «Medicina y Ciencia en la Historia de Murcia a través de sus protagonistas» en «Diccionario Biográfico y Bibliográfico de la Ciencia y la Medicina en la Región de Murcia», Universidad de Murcia, Editum, 2016). No se logró tener la Universidad y sí la instalación de un Instituto de Segunda Enseñanza (el tercero de España) en 1837, que se mantuvo gracias a los bienes de la desamortización de Mendizábal.

En 1840, periodo de libertad política, la Junta de Gobierno Provisional de Murcia, con amplios poderes, retoma la idea de crear una Universidad en la ciudad aprovechando los fondos del Instituto de Enseñanza e instituye la denominada **Universidad Literaria**, que tuvo solo un año de duración; se nombró una comisión para preparar las enseñanzas que se iban a impartir que fueron Filosofía, Latinidad, Matemáticas, Botánica, Leyes y **Medicina** de la que se establecieron cátedras de Anatomía, Fisiología y Afectos Internos y se designó a sus profesores: Serafín García Clemencín, José Escribano y José Echegaray, de cirugía.

La Universidad libre de Murcia (1869-1874) fue propuesta a la Corporación Municipal por Gonzalo Baño; aceptada la idea, se delegó a Juan de La Cierva, Manuel Illán y Pedro Martínez Masegosa para que estudiasen junto con la Excm. Diputación Provincial el medio de sufragarla y se pensó en utilizar los bienes de la desamortización clerical. Una vez aprobada, fue instalada en el Colegio de Teólogos de San Fulgencio, contó con las secciones de Filosofía y Letras, Derecho y Ciencias con suficiente autonomía docente y llegó a conferir el grado de doctor en 1871. La reforma de la enseñanza por Decreto de 1874 y la precaria situación económica de la institución clausuraron definitivamente el proyecto (Concepción Ruiz Abellán «La Universidad libre de Murcia (1869-1874)», Anales de la Universidad de Murcia, 1983; XLI (3-4): 323-376).

La instauración definitiva de la Universidad de Murcia fue debida a un inmenso clamor popular alentado por la prensa con sus artículos, en el que destaca el de Jara Carrillo en El Liberal y a la oportunidad de ser Ministro de Instrucción Pública D. Juan La Cierva y de Hacienda, García Alix, ambos murcianos; el 31 de marzo de 1915 se aprueba un Decreto con el establecimiento en Murcia de la Universidad con las Facultades de Derecho, de Filosofía y Letras y del primer curso preparatorio de la de Ciencias Médicas y Farmacia.

Hubo que esperar más de cincuenta años hasta que en 1968, tras una continua y persistente reclamación de las instituciones de la ciudad, especialmente de la Real Academia de Medicina y Cirugía, el Colegio de Médicos y la Diputación Provincial, se aprobó por Ley la docencia médica con la creación de la Facultad de Medicina.

Mariano Pérez Albacete

