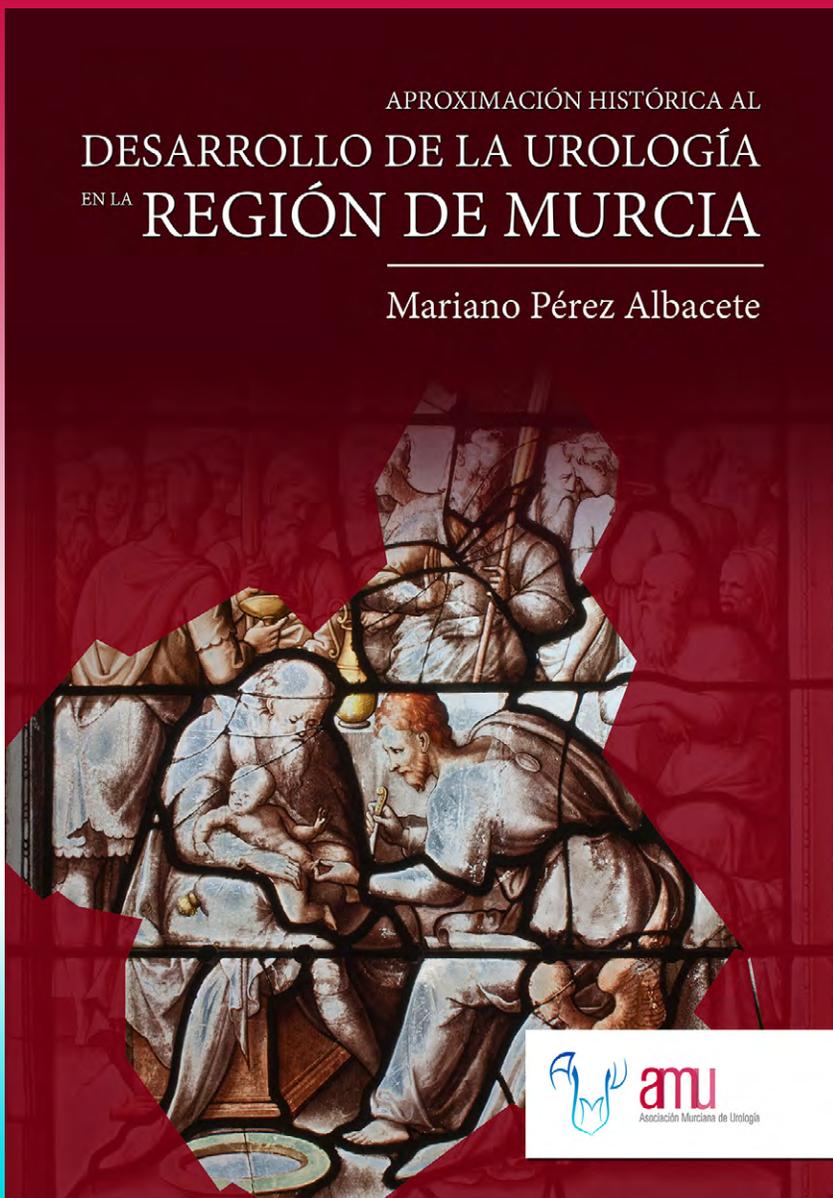


APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL
DESARROLLO DE LA UROLOGÍA
EN LA REGIÓN DE MURCIA

Mariano Pérez Albacete



JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU 2020

PRESIDENTE:

Ramón Laiglesia Cabrerizo

VICEPRESIDENTE:

Juan Moreno Avilés

SECRETARIO:

Leandro Reina Alcaina

TESORERO:

Emilio Izquierdo Morejón

VOCAL DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS:

Antonio Rosino Sánchez

VOCALES:

Raúl Montoya Chinchilla

REPRESENTANTE DE LOS MÉDICOS RESIDENTES:

Emny Rochell Bobadilla Romero

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:

*Aproximación Histórica al desarrollo
de la Urología en la Región de Murcia
Circuncisión. Vidriera del Palacio de Chantilly (París)
Foto Dr. Pérez Albacete*

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 XXVI Congreso de la Asociación Murciana de Urología _____	5
Programa científico _____	7
Comunicaciones presentadas _____	11
Premios de la AMU de 2020 _____	37
Premio Server Falgás año 2020 "Uso de pinza peneana circular para tratar la incontinencia urinaria masculina" _____	39
Aproximación histórica al desarrollo de la urología en la Región de Murcia _____	43

Queridos compañeros.

Esta nueva Junta Directiva de la AMU, quiere ante todo saludaros, desearos que os encontréis bien tanto vosotros como vuestras familias, ya que estamos viviendo un tiempo convulso y bastante desconocido a priori debido a la pandemia por Coronavirus a la que nos hemos visto sometido en este último año 2020 y actual 2021.

No podíamos imaginar hace algo más de un año desde el último congreso celebrado en el Hospital Morales Meseguer y el recambio de la última Junta Directiva de la AMU, todo lo que nos iba a suceder y todo lo que iba a suponer en nuestras vidas familiares, profesionales y de toda índole. Algunos hemos sufrido esta tormenta en el seno familiar, algunos puede que hayan perdido algún ser querido, nuestra más sincera amistad, comprensión y cariño. Todos nos hemos visto afectados en el terreno profesional como urólogos, nuestros servicios hospitalarios, se han visto sacudidos por la pandemia. Las consultas programadas han tenido que ser suspendidas, las intervenciones quirúrgicas programadas también suspendidas, las plantas de hospitalización transformadas y nuestro quehacer diario cambiado.

Las primeras medidas adoptadas por las autoridades sanitarias fueron de "guerra". El hospital se paralizó por momentos, se transformaron las plantas de hospitalización en unidades Especiales Covid, con aislamiento de los pacientes, prohibición de entrada a familiares, y todo bajo una escasez extrema de recursos asistenciales. Las UCIS se llenaron de pacientes críticos, se precisaron ampliar las unidades críticas a las UCIS médicas, alas URPAS, en incluso en algunos hospitales se utilizaron los quirófanos como zonas de asistencia a pacientes críticos. Igualmente, los profesionales dedicados a tratar enfermedades infecciosas, se vieron sobrepasados, los servicios de Medicina Interna fueron reestructurados y se organizaron equipos de reten en los facultativos que podían ser esenciales, Cirujanos, Anestelistas y Ginecólogos. A los urólogos se nos ofreció la posibilidad de ayudar a nuestros compañeros médicos y de urgencias, y algunos así lo hicieron. Inmediatamente nos planteamos la asistencia de nuestros pacientes urológicos, y se nos ofreció por parte de las autoridades sanitarias y a través de los servicios informáticos la posibilidad del teletrabajo y de la tele asistencia, con todo lo que eso conllevaba. Hemos vivido tres olas epidémicas y actualmente estamos en una cuarta ola.

Todo ello nos ha llevado a un gran reto, un reto en principio de improvisación, posteriormente a un reto de superación, pero hemos estado a la altura de las circunstancias y lo seguimos estando.

La Urología Murciana ha superado las barreras que se han ido presentando, hemos seguido trabajando, contactando con nuestros pacientes, operando todo la cirugía urgente y oncológica, hemos aprendido a operar con escafandras, hemos cambiado la hospitalización por CMA en los procesos que se han podido cambiar, nos hemos desplazado a operar a centros concertados, libres de Covid en aquellas patologías que hemos podido, hemos mantenido reuniones telemáticas con otros servicios, se han seguido haciendo reuniones de trabajo y cursos de forma telemática y a veces presenciales, guardando las medidas de seguridad marcadas por las autoridades, en fin, nada nos ha parado en el cumplimiento de nuestro deber y de nuestra vocación, es por ello por lo que yo personalmente creo, debemos sentirnos orgullosos de ser médicos y de ser urólogos.

Esta séptima Junta Directiva de la AMU, nos planteamos en un principio y como no podía ser de otra manera el abordar, el cómo realizar nuestro Congreso anual, si sería factible el poder realizarlo o no, el realizarlos de una forma virtual o presencial, el cómo comunicar a todos los compañeros, la manera de presentar sus trabajos en el mismo, en incluso lo más importante, que todos los esfuerzos que la urología murciana realiza, no caiga en saco roto, en el desánimo. Nunca hemos tenido un reto tan grande, y es por ello, por ese afán de superación, por lo que decidimos, planificar el congreso de forma presencial, con todas, las limitaciones posibles, pero los trabajos que los servicios estaban haciendo sobretodo realizados por los residentes, eran preciso valorarlos, apoyarlos y sobretodo premiarlos. Nuestros urólogos en formación se lo merecen.

Los trabajos como se ha indicado en la convocatoria, serán evaluados por el comité científico, se agruparán cuando sea posible, sobre todo si pertenecen al mismo servicio, con el fin de al contar con menor número de trabajos, disponer de más tiempo para la exposición y discusión. Que todo el esfuerzo no sea un mero “pasar por el atril”, sino un foro de discusión a aprovechamiento, donde haya un verdadero enriquecimiento, y esperemos que así sea.

Vamos a suprimir en un principio los actos lúdicos, muy a pesar nuestro, con la esperanza de que el año próximo podamos recuperar la normalidad.

Solo nos resta desde esta Junta Directiva agradeceros vuestra participación, vuestro esfuerzo, dedicación y ánimo para seguir trabajando en estos tiempos convulsos. Todas las sugerencias que tengáis a lo largo de este tiempo, podéis enviarlas a esta Junta, animaros a visitar la Página de nuestra Asociación, donde intentaremos que la misma este al día con toda la información disponible al momento.

Un fuerte abrazo y todo el ánimo de esta Junta Directiva



Presentación

Lorca a 14 de abril de 2021

Queridos Compañeros:

Es innegable que en el último año hemos vivido tiempos realmente duros para la urología de nuestra región. Quizás no sería descabellado decir que nunca antes, al menos en la historia reciente de nuestra especialidad, nos habíamos enfrentado a una forma de trabajar como la que todavía hoy día estamos viviendo. El miedo y la incertidumbre han sido nuestro caballo de batalla durante mucho tiempo y nuestra vocación el arma más letal para combatirlo. Al inicio de la pandemia luchamos con escasos recursos mientras nos aplaudían desde los balcones, tuvimos que pasar de trabajar en consultas y salas de espera masificadas a transformar el hospital en territorio hostil y desértico mientras nos imponían el teletrabajo por causa de fuerza mayor en una disciplina médico-quirúrgica que es eminentemente práctica.

Tuvimos miedo por nuestra salud y por la de nuestras familias, hemos tenido que adaptar o suspender nuestra importante labor quirúrgica habitual para dar prioridad a pacientes oncológicos que no podían esperar y a la vez siempre hemos estado a disposición de nuestra gerencia y de compañeros para colaborar en primera línea de batalla junto a aquellas especialidades que han requerido nuestra ayuda cuando estaban desbordadas. Lamentablemente todos tenemos en mente a compañeros sanitarios, amigos o familiares que han pasado la enfermedad o que, por desgracia, ya no están con nosotros, pero a pesar de todo creo que podemos sentirnos orgullosos de nuestra profesión y de nuestra capacidad de superación. Palabras como resiliencia han enriquecido nuestro vocabulario en los últimos meses y es que el ser humano es capaz de crecer ante la adversidad, hemos salido fortalecidos de esta situación tan compleja y hemos aprendido de nuestros errores y apreciado los pequeños detalles. Todavía hoy seguimos sufriendo el colapso de las listas de espera quirúrgicas debido a embestidas que la enfermedad nos ha dado en diferentes ocasiones, si bien es cierto que la vacunación masiva deja ver un rayo de esperanza para poder recuperar la ansiada normalidad a corto o medio plazo.

En este contexto de cierta recuperación, y una vez que el personal sanitario de nuestra región ya ha sido inmunizado contra la enfermedad, la junta directiva de la Asociación Murciana de Urología decidió que teníamos la obligación de intentar organizar el XXVI Congreso regional de nuestra disciplina por lo que el 21 y 22 de mayo de 2021 se fijó finalmente como la fecha para la celebración presencial del evento y el servicio de urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca asumimos el reto y la responsabilidad de su planificación. Y decimos esto último porque es la primera vez que se organiza la reunión en el seno de una pandemia. Todos aquellos urólogos que deseen asistir a la reunión pueden tener la tranquilidad de que se tomarán todas las medidas necesarias de protección individual y de aforo que nos marquen las autoridades competentes en el momento de la celebración del congreso que este año tendrá lugar en el salón de actos del Hospital Rafael Méndez de Lorca. Lamentablemente se suspenderá todo el programa social que tradicionalmente veníamos realizando y nos limitaremos a desarrollar el contenido científico.

Nos ha sorprendido gratamente la gran cantidad de trabajos que se han remitido desde casi todos los hospitales de la región y es digna de mención la gran labor que ha desempeñado el comité científico para su revisión y calificación. Me es grato comentar aquí que, gracias a la inestimable ayuda de todos mis compañeros, hemos confeccionado un programa variado y de gran calidad que incluirá las tradicionales mesas de comunicaciones orales y de vídeos.

Queremos dar voz a nuestros pacientes representados en la Asociación Murciana de Cáncer de Próstata (ANCAP) a través de una ponencia que llevará a cabo el nuestro compañero Antonio Prieto (Hospital Vir-

gen de la Arrixaca) y no hemos querido olvidarnos de la historia de nuestra especialidad con la presentación de la reciente publicación "Aproximación histórica al desarrollo de la Urología en la Región de Murcia" que correrá a cargo de su autor, Mariano Pérez Albacete. Por último se desarrollarán dos interesantes mesas redondas: una de puesta al día en cáncer de próstata y otra dedicada a la cirugía reconstructiva de la uretra, esta última coincidiendo con la novedosa y reciente publicación de las primeras guías de la Asociación Europea de Urología dedicadas a esta subespecialidad. No faltará el tradicional examen de residentes ni la celebración de la asamblea anual de la AMU para todos aquellos socios que deseen participar.

Desde aquí me gustaría animaros a participar en esta vuestra reunión y destacar una vez más la gran labor que ha desarrollado la Asociación Murciana de Urología, el comité científico y todos los miembros del servicio para que el XXVI Congreso de la AMU sea una realidad. Sin más, solo me queda agradecer de corazón la gran acogida y disposición que todos los ponentes y moderadores han manifestado a la hora de colaborar de forma desinteresada en el desarrollo de un sugerente programa científico que espero sea del agrado de todos y todas. Saludos.



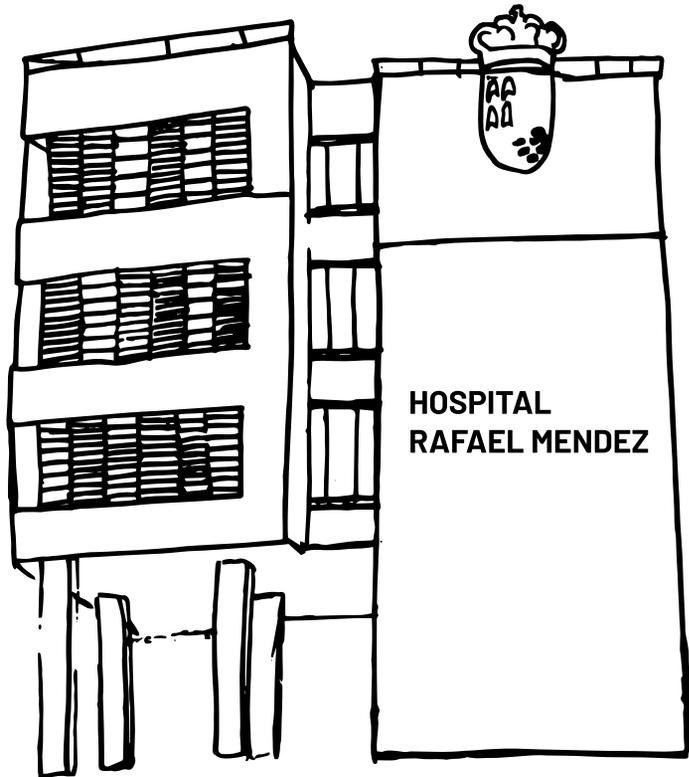
José Carlos Ruiz Morcillo

Coordinador del Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez

XXVI Congreso de la Asociación Murciana de Urología

21 y 22 de Mayo de 2021

Salón de Actos del Hospital Rafael Méndez. Lorca



PROGRAMA

VIERNES 21 MAYO 2021

15:50 h. Entrega de documentación

16:00 - 17:30 h. Mesa Comunicaciones 1:

Moderadores: Dr. Harold Martínez (Hospital Rafael Méndez).

Dra. Gloria Martínez Gómez (Hospital Virgen de la Arrixaca).

17:30 - 18:00 h. Descanso

18:00 - 18:15 h. ANCAP. Asociación regional de Cáncer de próstata.

Ponente: Dr. Antonio Prieto (Hospital Virgen de la Arrixaca)

18:15h - 19:00 h. Mesa de Comunicaciones 2. Vídeos

Moderadores: Dr. José Carlos Ruiz (Hospital Rafael Méndez).

Dr. Carlos García (Hospital Santa Lucia).

19:00 - 20:00 h. Mesa Redonda. “Puesta al día en Cáncer de Próstata”

Moderadora: Dra. Beatriz La Iglesia (Hospital Rafael Méndez):

- *Múltiples opciones, diferentes escenarios en cáncer de próstata hormono sensible metastásico. ¿Cómo elegir?.* Ponente: Dr. Pedro Ángel López (Hospital Virgen de la Arrixaca).

- *Análisis de nuestra experiencia en cáncer de próstata resistente a castración no metastásico.*
Ponente: Dra. Beatriz Honrubia (Hospital Los Arcos del Mar Menor).
- *Inhibidores de PARP en cáncer de próstata. Lo que hay que saber.* Ponente: Dr. Silverio Ros. Servicio de Oncología. (Hospital Virgen de la Arrixaca).

SÁBADO 22 MAYO 2021

8:30 - 8:45 h. Inauguración oficial del XXVI Congreso de la AMU

Dr. Enrique Casado.
Gerente del Área III de salud.
Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo.
Presidente de la Asociación Murciana de Urología
Dr. José Carlos Ruiz Morcillo.
Coordinador del Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez.

08:45 - 10:15 h. Mesa de comunicaciones 3:

Moderadores: Dr. Andrei Bitsunov (Hospital Rafael Méndez).
Dra. Gloria Doñate (Hospital Los Arcos del Mar Menor).

10:15 – 11:00 h. Mesa de comunicaciones 4. Vídeos

Moderadores: Dra. Arancha Pardo (Hospital Rafael Méndez).
Dr. Pedro López Cubillana (H. Virgen de la Arrixaca).

11:00 - 11.30 h. Descanso

11:30 - 12:15 h. Mesa de comunicaciones 5

Moderadores: Dr. Pablo Velilla. (Hospital Rafael Méndez).
Dr. Antonio Romero (H. Morales Meseguer).

12:15 - 12:30 h. Presentación de la publicación: “Aproximación Histórica al desarrollo de la Urología en la Región de Murcia”

Ponente: Dr. Mariano Pérez Albacete

12:30 - 13:30 h. Mesa Redonda. “ Puesta al día en el tratamiento de la estenosis corta de uretra bulbar”

Moderador: Dr. José Carlos Ruiz Morcillo (Hospital Rafael Méndez)

- *¿Existe actualmente evidencia sólida para el tratamiento endoscópico de las estenosis cortas de uretra bulbar?*
Ponente: Dra. Paula Samper. Hospital Vega Baja de Orihuela.
- *Nuevas técnicas quirúrgicas en uretroplastia bulbar ¿Moda o realidad?*
Ponente: Dr. Bogdan Pietricica. Hospital Morales Meseguer.
- *¿Sabemos evaluar el éxito de una uretroplastia?*
Ponente: Dr. Félix Campos Juanatey. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.

13:30 - 13:35 h. Informe de producción científica en nuestro ámbito urológico en el último año

13:35 - 14:05 h: Reunión Asamblea y examen Residentes

COMITÉ ORGANIZADOR

HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ

Presidente:

Dr. José Carlos Ruiz Morcillo

Secretario:

Dr. Leandro Reina Alcaina

Vocales:

Dr. Andrei Bitsunov Bitsunova

Dr. Manuel Segura Sánchez

Dra. Beatriz La Iglesia Lozano

Dr. Harold Martínez Peralta

Dra. Arancha Pardo Martínez

Dr. Pablo Velilla Asurmendi

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Antonio Rosino Sánchez

Vocales:

Dr. Raúl Montoya Chinchilla

Dr. Pablo Velilla Asurmendi

Dr. Julián Oñate Celdrán

Dr. Cristóbal Moreno Alarcón



Comunicaciones. Mesa 1

C-1.1 FACTORES PREDICTIVOS DE PRESENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES CON PIRADS 3 Y 4 EN RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA

Muñoz Guillermo, V.; Rosino Sánchez, A.; Girela Baena, E.*; Olalla Muñoz, J.R.*; Pardo Martínez, A.**; Jiménez Peralta, D.; Barragán Gamero, M.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; 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.

Servicio de Urología y Radiología*: Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez (Lorca)**

INTRODUCCIÓN. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) de próstata es una herramienta al diagnóstico de cáncer de próstata. Los casos PIRADS 3 y 4 pueden significar un desafío discernir en los que pueden presentar neoplasia.

OBJETIVO. Analizar los factores que nos pueden ayudar a predecir la presencia de neoplasia en el nódulo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a segundas biopsias de próstata guiados bajo RMmp desde enero de 2014 hasta noviembre de 2020. Se incluyen los casos con resultados PIRADS 3 y 4. La realización de la biopsia se realiza bajo un protocolo establecido junto con urología y radiología para una mayor optimización de la biopsia.

RESULTADOS. Se analizan 156 pacientes sometidos a biopsia guiada bajo RMmp con un total de 225 nódulos. 130 nódulos fueron clasificados como PIRADS 3 (57,8%) y 95 como PIRADS 4 (42,2%). La edad media fue 65,7 años (46-89) con un PSA medio de 8,09 ng/ml (0,33-31). La tasa de cáncer en PIRADS 3 es 15,38% y de 46,31% en PIRADS 4. La densidad de PSA (PSAD) presentó una media de 0,16 ng/ml² en caso de PIRADS 3, y de 0,22 ng/ml² en PIRADS 4. Una mayor PSAD mostró una relación estadísticamente significativa en los casos de PIRADS 3 con cáncer ($p < 0.05$), misma relación se objetivó en los casos PIRADS 4 ($p < 0.05$). La localización de los nódulos no presenta una relación estadísticamente significativa cuando se analizó los grupos PIRADS por separado. Sin embargo, en conjunto la presencia de nódulo en zona transicional presenta un factor protector de cáncer con una OR 0,382 IC 95% (0,201-0,724).

PIRADS	PSAD (ng/ml ²)	Anatomía del nódulo	
		No cáncer	Cáncer
3	< 0,15	67 (85,9%)	11 (14,1%)
	≥0,15	34 (79,1%)	9 (20,9%)
4	< 0,15	35 (64,8%)	19 (35,2%)
	≥0,15	14 (36,8%)	24 (63,2%)
TOTAL	< 0,15	102 (77,3%)	30 (22,7%)
	≥0,15	48 (59,3%)	33 (40,7%)

CONCLUSIONES. La PSAD y la localización de los nódulos en RMmp puede mejorar la predicción en los casos de PIRADS 3 y 4 con resultados indeterminados y ayudar a la selección de pacientes con segundas biopsias.

C-1.2 ¿ES NECESARIO LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA SISTEMÁTICA EN LOS PACIENTE CON PIRADS 5 IDENTIFICADOS EN RESONANCIA MAGNÉTICA?

Muñoz Guillermo, V.; Rosino Sánchez, Pardo Martínez, A.**; Ortiz Morales, C.M.; Sánchez, A.*; Jiménez Peralta, D.; Barragán Gamero, M.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; 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.

Servicio de Urología y Radiología**: Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez ** (Lorca).

INTRODUCCIÓN. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) mejora la rentabilidad en el diagnóstico de cáncer de próstata. La biopsia de próstata consiste en la toma sistemática de 12-16 cilindros y en la toma dirigida en casos de lesiones PIRADS ≥3. Asimismo, la mayoría de las lesiones PIRADS 5 implican cáncer de próstata, e incluso cáncer clínicamente significativo.

OBJETIVO. Evaluar la utilidad de la biopsia sistemática en los casos de PIRADS 5.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo de los paciente sometidos a biopsia sistemática y con PIRADS 5 en la RMmp desde enero de 2014 hasta noviembre de 2020. Se realiza biopsia sistemática y dirigida en todos los casos y bajo el mismo protocolo. Los datos obtenidos de la biopsia dirigida y sistemática son comparados entre ellos. Se realiza análisis estadístico empleando el test de chi cuadrado.

RESULTADOS. Se identifican 23 pacientes. La edad media de los pacientes es de 70 años (60-84). De los cuales, 16 (69,6%) presentaban biopsia previa y sólo dos casos de vigilancia activa (8.7%). El 91,3% de los casos presentaron cáncer en el nódulo presentando 18 pacientes grado ISUP ≥ 2 . En todos los casos la concordancia histopatológica de la biopsia dirigida con la biopsia sistemática fue del 100%. Posteriormente, 9 pacientes fueron sometidos a prostatectomía radical siendo el resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica ISUP ≥ 2 . El porcentaje de cilindros positivos en el caso de biopsia dirigida es de 88,89% (17-100%), y en el caso de biopsia sistemática del 21% (5-100%).

CONCLUSIONES. La biopsia sistemática en los casos de lesiones PIRADS 5 ofrece menor rentabilidad clínica, y podría omitirse, sobre todo, en presencia de una biopsia sistemática previa. Asimismo, la biopsia sistemática aporta poca información adicional respecto al grado ISUP.

C-1.3 EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL USO DE ABIRATERONA EN CPRCM Y CPHSM EN NUESTRO CENTRO

Barragán, W.A.; Rosino, A.; Muñoz, V.; Jiménez, D.; Barragán Gamero, M.; Sandoval J.M., Barceló Bayonas, I.; Rivero, A.; Carrillo, C.; Pietricica, B.; Izquierdo, E.; Cruces, F.; Romero, A.; Hita, G; Fernández, T.; Zafra M.; Domínguez V. Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN. El uso de Abiraterona está aprobada en Cáncer de Próstata Metastásico de debut (CPHSm) y Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRCm). Todo esto basado en resultado de ensayos clínicos. Sin embargo, es necesario evaluar su resultado en la práctica clínica diaria.

OBJETIVOS. Nuestro objetivo es evaluar los resultados de su uso en nuestro centro y valorar factores de riesgo de progresión al mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo retrospectivo observacional que incluyó pacientes con CPHSm y CPRCm que han recibido Abiraterona desde farmacia hospitalaria desde enero 2012 hasta diciembre 2020. Se evaluó tiempo libre de progresión en pacientes CPHSm, CPRCm 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea. Se definió como fecha de progresión la fecha de suspensión de Abiraterona por progresión bioquímica y/o radiológica. Se realizó regresión de Cox univariante y multivariante para evaluar variables asociadas a progresión.

RESULTADOS. Se identificaron 128 casos y se analizaron 94 casos que cumplieron criterios de inclusión. En el grupo de CPHSm se obtuvieron 18 (19.1%) casos, 48 (51.1%) CPRCm 1era línea y 28 (29.8%) CPRCm ≥ 2 línea. La mediana de PSA al inicio de tratamiento fue de 50.74, 75.16 y 102.26 ng/ml en cada grupo. 8 (44.40%) casos CPHSm, 20 (41.70%) CPRCm 1era línea y 9 (32.10%) CPRC ≥ 2 línea presentaron algún tipo de toxicidad asociada al tratamiento. Se suspendió el tratamiento debido a toxicidad en 1 (5.60%), 4 (8.3%) y 3 (10.70%) casos, respectivamente.

La mediana de seguimiento fue de 14 (CPHSm), 13 (CPRCm 1era línea) y 8 (CPRCm ≥ 2 línea) meses. Progresaron 7 (12.10%) casos en el grupo de CPHSm, 27 (46.6%) casos CPRCm 1era línea y 24 (41.4%) casos en CPRCm ≥ 2 línea. La mediana de progresión fue de 38 meses, 23 y 6 meses, respectivamente (Log Rank $X^2 = 12.99$, $p = 0.002$). En el análisis univariante en pacientes CPRC 1era línea, un PSA > 5 se relacionada con mayor riesgo de progresión (RR 5.47, $p = 0.02$), al igual que una FA elevada (RR 6.75, $p < 0.001$). Por otro lado, la toxicidad durante el tratamiento se relaciona con un RR de 0,39 ($p = 0.002$) de progresión a Abiraterona. Únicamente la FA elevada mantuvo significancia estadística en el análisis multivariante (RR 4,57, $p = 0.006$). No se encontraron factores relacionados con mayor/ menor riesgo de progresión en los otros grupos.

CONCLUSIONES. En nuestra serie, los resultados de supervivencia libre de progresión son similares a los presentados en ensayos clínicos previos. La fosfatasa alcalina elevada al inicio del tratamiento puede ser un factor predictor de menor tiempo a progresión en pacientes CPRC 1ra línea.

C-1.4 EVALUACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS DE ABIRATERONA EN PACIENTES CPHSM Y CPRCM EN NUESTRO CENTRO

Barragán Flores, W.; Rosino A.; Muñoz V.; Jiménez D.; Barragán Gamero M.; Sandoval J.M., Barceló I.; Rivero A.; Carrillo C.; Pietricica B.; Izquierdo E.; Cruces F.; Romero A.; Hita G; Fernández T.; Zafra M.; Domínguez V. Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN. En base a los resultados de ensayos clínicos se considera que Abiraterona tiene un perfil de efectos secundarios aceptable en pacientes con Cáncer de Próstata Metastásico de debut (CPHSm) y Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRCm). Sin embargo, estos resultados pueden ser diferentes en la práctica clínica diaria.

OBJETIVOS. Evaluar la aparición de efectos adversos por uso de Abiraterona en pacientes con CPHSm y CPRCm en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo retrospectivo observacional que incluyó pacientes con CPHSm y CPRCm que han recibido Abiraterona desde farmacia hospitalaria desde enero 2012 hasta diciembre 2020. A partir de su historia clínica se obtuvo aparición de efectos adversos, tipo de efecto adverso, modificación de tratamiento y/o suspensión de tratamiento por efecto adverso. Se realizó test de Ji Cuadrado para comparar proporciones entre grupos y Test de Fisher si no cumplía condiciones para Ji Cuadrado.

RESULTADOS. Se identificaron 128 pacientes y se analizaron 94 casos que cumplieron criterios de inclusión. En el grupo de CPHSm se obtuvieron 18 (19.1%) casos, 48 (51.1%) CPRCm 1era línea y 28 (29.8%) CPRCm ≥ 2 línea. 8 (44.40%) casos CPHSm presentaron algún tipo de efectos adversos, 20 (41.70%) casos CPRCm 1era línea y 9 (32.10%) casos CPRC ≥ 2 línea. Los eventos adversos más comunes en CPHSm fueron edemas (16.70%) e HTA (16.70%). En CPRCm 1era línea, HTA (16.70%). Y en CPRC ≥ 2 línea edemas (10.70%). Se suspendió el tratamiento debido a toxicidad en 1 (5.60%), 4 (8.3%) y 3 (10.70%) casos, respectivamente. Los efectos adversos grado ≥ 3 reportados fueron edemas (CPHSm), hepatotoxicidad, cardiotoxicidad y vasculares (CPRCm 1era línea y CPRC ≥ 2 línea). 1 paciente en cada grupo CPRC 1era línea y CPRC ≥ 2 línea, suspendió el tratamiento por disgeusia con gran afectación de su calidad de vida.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas de efectos adversos entre grupos de tratamiento CPRCm, CPRCm 1era línea y CPRC ≥ 2 línea ($p= 0.63$). Se hizo un análisis estratificado por cada grupo de tratamiento y la proporción de eventos adversos por edad (<70 vs ≥ 70 años) sin encontrar diferencias significativas: CPRCm ($p= 0.37$), CPRCm 1era línea ($p= 0.49$) y CPRC ≥ 2 línea ($p= 0.34$).

CONCLUSIONES. Abiraterona tiene una baja tasa de efectos adversos graves y es bien tolerada. No parece existir una diferencia en término de efectos adversos según la indicación en el inicio de tratamiento con Abiraterona.

C-1.5 ¿EXISTE RELACIÓN ENTRE EL USO DE ESTATINAS Y LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO?

*Artés Artés, Miriam; Marín Martínez, Florencio Manuel; Bobadilla Romero, Emny Rochell; García Porcel, Víctor; Alcón Cerro, Pablo; Sánchez Rodríguez, Carlos; Jimenez Parra, Jose David; Oñate Celdrán, Julian; García Escudero, Damian, Molina Hernández, Olimpia; Sempere Gutiérrez, Andrés; Morga Egea, Juan Pedro; Valdelvira Nadal, Pedro; Andreu García, Angel; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luís.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

INTRODUCCIÓN. El cáncer de próstata (CP) constituye la patología neoplásica más frecuente en el varón. Se ha descrito un beneficio entre el uso de estatinas como tratamiento antidislipémico y la supervivencia en pacientes con CP metastásico en tratamiento hormonal.

OBJETIVO. Analizar la supervivencia en pacientes con CP metastásico tratados con estatinas de forma concomitante a su tratamiento neoplásico (abiraterona o enzalutamida).

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza estudio retrospectivo. Se incluyen pacientes diagnosticados de CP metastásico que inician tratamiento con abiraterona o enzalutamida entre enero de 2014 y julio de 2020. Se registraron datos clínicos como la edad, Gleason y presencia de metástasis, tratamiento con estatinas, tipo de tratamiento para el CP y resultado de parámetros analíticos. Se analizó la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) en relación con los factores descritos anteriormente, realizándose un análisis de supervivencia (Kaplan-Meier y regresión de Cox) y la respuesta de PSA >30% o >50% a los 3 y 6 meses. Las variables continuas se compararon utilizando la prueba U de Mann Whitney, y las categóricas con el Chi² o Test de Fisher. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo. Los análisis se llevaron a cabo con IBM SPSS 22.0.

RESULTADOS. Un total de 75 pacientes fueron incluidos. La media de edad de 76 años, de los cuales 28 (37.33%) fueron tratados concomitantemente con estatinas. No encontramos una relación estadísticamente significativa entre el uso de estatinas y la respuesta de PSA a los 3 meses; pero si a los 6 meses (>30%, $p=0.006$ y >50%, $p=0.028$). Tampoco observamos diferencias significativas con el uso de estatinas y la SG y SLP. El uso de estatinas no presentó en el análisis univariable un resultado estadísticamente significativo, pero si la FA ($p=0.004$) y LDH ($p=0.003$).

CONCLUSIONES. El uso concomitante de estatinas con el tratamiento antineoplásico en pacientes con CP metastásico no ha mostrado un aumento de la SG y SLP, pero si una relación en la respuesta del PSA >30% y >50% a los 6 meses del inicio del tratamiento. Serían necesarios realizar más estudios y ampliar el tamaño de la muestra para estudiar mejor esta relación.

C-1.6 USO DEL PET-PSMA PARA DIAGNÓSTICO DE RECIDIVA TUMORAL. PEQUEÑA EXPERIENCIA CON LOS TRES PRIMEROS CASOS

Yago Giménez, Pablo^a; Mas Pascasio, Carlos^b; López Cubillana, Pedro^a; López Abad, Alicia^a; Aznar Martínez, Laura^a; Vidal Crespo, Natalia^a; Rull Hernández, Javier^a; Martínez Gómez, Gloria^a; López González, Pedro Ángel^b; Rodríguez Locarno, Tomás Enrique^c; Cao Avellaneda, Enrique^a; Moreno Alarcón, Cristóbal^b; Fernández Garay, Juan Carlos^a; Server Pastor, Gerardo^a; Prieto González, Antonio^a; Nicolás Torralba, Jose Antonio^a; Tornero Ruiz, Jesús Ignacio^a; Rigabert Montiel, Mariano^a; Escudero Bregante, Félix^a; Gómez Gómez, Guillermo Antonio^a.

^a Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

^b Departamento de Urología de la Universidad de Murcia.

^c Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. Uno de los problemas con los que nos encontramos en el seguimiento de los pacientes con Cáncer de Próstata (CaP) tras tratamiento radical, ya sea quirúrgico o radioterápico, es la recidiva bioquímica (RB) entendida como valores crecientes de Antígeno prostático específico (PSA) >0,2 ng/ml en prostatectomías radicales o >2ng/ml en tratamiento radioterápico. Hay que reevaluar al paciente ante la posibilidad de recidiva tumoral y las técnicas de las que disponíamos no alcanzaban a tener la sensibilidad y especificidad óptimas. Es en este contexto surge el PET-PSMA como prueba revolucionaria.

OBJETIVO. Realizar una revisión de las indicaciones del PET-PSMA y exponer nuestra experiencia inicial con el uso del PET-PSMA.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura con relación a las indicaciones y ventajas del uso del PET-PSMA para el diagnóstico de recidiva localizada ante pacientes con Recidiva bioquímica. Y se expone nuestra experiencia con los tres primeros pacientes en los que se ha realizado la técnica.

RESULTADOS. El PET-PSMA ha mostrado en los estudios realizados una sensibilidad y especificidad superior a otras pruebas diagnósticas para estos casos y se aceptó en diciembre de 2020 por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) como método diagnóstico de recidiva de CaP en RB.

Hasta la fecha actual se ha realizado el PET-PSMA en tres pacientes que se encontraban en RB tras prostatectomía radical. De los tres pacientes que presentamos, en un paciente fue claramente positivo el estudio en un ganglio inguinal con un PSA de 0,2. Otro paciente fue claramente negativo sin captación con PSA >2 . Y el tercer paciente fue dudosamente positivo en la unión uretero-vesical que captaba claramente contraste con un PSA de 1,84, al estar tan cerca de la vejiga eran necesarias otras pruebas adicionales para completar el diagnóstico

CONCLUSIÓN. El PET-PSMA ha mostrado tener una sensibilidad y especificidad superior a la Gammagrafía Ósea y el PET-TAC por lo que se recomienda para el diagnóstico de CaP en RB. En nuestra pequeña experiencia un estudio fue claramente positivo, otro dudosamente positivo y otro claramente negativo.

: El cáncer de próstata (CaP) es actualmente el tumor más frecuente a nivel mundial, y es por esto que, en los últimos años se ha producido una evolución para conocer, controlar y diagnosticar esta patología. Uno de los problemas con los que nos encontramos en el seguimiento de los pacientes con CaP tras tratamiento radical, ya sea quirúrgico o radioterápico, es la recidiva bioquímica (RB) entendida como valores crecientes de Antígeno prostático específico (PSA) >0,2 ng/ml en prostatectomías radicales o >2ng/ml. Es en esta situación cuando hay que reevaluar al paciente ante la posibilidad de recidiva tumoral y las técnicas de las que disponíamos no alcanzaban a tener la sensibilidad y especificidad que nos gustaría. Es en este contexto cuando surge el PET-PSMA para intentar clarificar la enfermedad tumoral recidivante.

C-1.7 4 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA RECOGIDA DE MUESTRAS PARA BIOBANCO DE CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO Y METASTÁSICO

Jiménez Peralta, Daniel¹; Rosino Sánchez, Antonio¹; González-Billalabeitia, Enrique²; Tudela Pallares, Julián³; Martínez Carrasco, Alberto⁴; Muñoz Guillermo, Victoria¹; Barragán Gamero, Melque¹, Barragán Flores, William Andrés¹; Sandoval Martínez-Abarca, José María¹; Fernández Aparicio, Tomás¹.

¹Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer.

²Servicio de Oncología Médica, Hospital 12 Octubre, Madrid

³Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Morales Meseguer.

⁴Laboratorio De Biobanco, IMIB.

INTRODUCCIÓN. La obtención de muestras de calidad de cáncer de próstata (CaP) es un desafío dadas las características del tumor. En España, existen en la actualidad pocas muestras en la red de biobancos nacional, siendo la mayoría de ellas de biopsias de metástasis. En enero 2017 se inicia una experiencia pionera en un hospital secundario de Murcia para la recogida de muestras de biobanco de CaP.

OBJETIVO DEL TRABAJO. Análisis de la calidad y representatividad de las muestras de biobanco de CaP del Hospital Morales Meseguer (HMM) tras 4 años de inicio del protocolo de recogida de muestras en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis de las muestras del biobanco del HMM de enero 2017 a enero 2021. Se analizan los datos clínicos de la base de datos del biobanco de nuestro hospital alojada en www.biopros.imib.es. La misma incluye datos clínicos, patológicos y moleculares. Hemos recogido 3198 muestras en más de 200 pacientes de tumores primarios así como de metástasis de CaP localizado y metastásico. Además de la muestra sólida, se toman muestras de plasma y orina de los tumores localizados. Analizamos los datos demográficos y clínicos de los pacientes, así como la calidad de las muestras recogidas en el período analizado.

RESULTADOS. Contamos con muestras de 164 pacientes (82%) con CaP localizado y 30 pacientes (15%) metastásicos. Del total de las muestras sólidas, el 94,4% son positivas para tumor, y en el 100% de los pacientes se ha obtenido al menos una muestra con tumor. De los CaP no metastásico, el 49,5% y el 37,5% de los casos corresponden a tumores de riesgo intermedio y alto, respectivamente. Asimismo, contamos con muestras de todo el espectro de la enfermedad; habiendo casos de estadio T2 (57.9%), T3a (26.2%) y T3b (12.2%), estadios N+ (8.5%) y distintos grados ISUP (ISUP 1, 11,6%; ISUP 2, 48,8%; ISUP 3, 20,1%; ISUP 4, 6,1% e ISUP 5, 9,8%). El 15,2% de las muestras presenta patrón cribiforme, 6,7% invasión perineural y 1,8% invasión linfovascular.

CONCLUSIONES. Es factible desarrollar un circuito de recolección de muestras de calidad de CaP para biobanco en un hospital secundario, siempre dentro de un protocolo multidisciplinar. El biobanco del HMM es único en España ya que dispone de muestras que representan todo el espectro de la enfermedad.

C-1.8 ANÁLISIS DE LA RECIDIVA BIOQUÍMICA PRECOZ TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Barragán Gamero, M.; Rosino Sánchez, A.; Muñoz Guillermo, V.; Jiménez Peralta, D.; Barragán Flores, W.; Sandoval, J.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.

INTRODUCCIÓN. En la prostatectomía radical de forma global, entre un 20-30% de pacientes presentarán recidiva bioquímica siendo la recidiva precoz un dato que se asocia a neoplasias agresivas.

OBJETIVO. Analizar factores que se asocian a la recidiva bioquímica precoz tras prostatectomía radical en la serie analizada.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se revisan 143 pacientes intervenidos de prostatectomía radical entre Noviembre 2015 y diciembre 2018, y que presentan un seguimiento mínimo de 1 año, siendo válidos para este estudio 142 casos. Se define como persistencia de PSA un valor postquirúrgico mayor a 0.20 ng/ml en dos determinaciones analíticas y recidiva bioquímica como PSA ≥ 0.2 en dos determinaciones o indicación de tratamiento de rescate. El estudio estadístico se realizó con SPSSv20.

RESULTADOS. La edad media de nuestra serie es 64 años (IC 95% 63-66) con PSA prequirúrgico medio de 8.8 ng/ml (IC 95% 7.65-9.98). Respecto al estadiaje 86 de los tumores (60.6%) tenían estadio pT2, 36 presentaban pT3a (25.4%), 19 pT3b (13.4%) y 1 pT0 (0.7%). Se realizaron 68 linfadenectomías, siendo 11 (16%) casos pN1 y 57 (84%) pN0. 40 casos (71.8%) presentaron márgenes libres de tumor frente a 102 (28.2%) afectados. La distribución según grupos ISUP fue del 9.4%, 48.6%, 24.6%, 7.2% y 10.1% para los grupos grado I, II, III, IV y V respectivamente.

Un total de 129 pacientes alcanzaron valores indetectables de PSA tras la cirugía (90.8%) y 13 presentaron persistencia de PSA (9.2%). Con una mediana de seguimiento de 36 meses (14-61) fueron detectados 21 casos de recidiva en nuestra serie (tasa 16.28%). Los factores pre y post-quirúrgicos que mostraron asociación con la recidiva bioquímica precoz fueron el estadio pT y pN así como la afectación de márgenes quirúrgicos y el tamaño del nódulo index ($p \leq 0.05$). El grado ISUP de la pieza mostró tendencia a la significación estadística ($p = 0.06$). El estadio clínico T y N, el valor de PSA, el ISUP de biopsia y la invasión perineural no mostraron asociación estadísticamente significativa para la recidiva bioquímica, a diferencia de los pacientes con persistencia de PSA que sí la mostraban.

CONCLUSIONES. En esta serie, la afectación de márgenes, el estadio pT y pN y el tamaño del nódulo index son factores pronósticos de la recidiva precoz. Esta información puede ser útil a la hora de informar del riesgo personalizado de cada paciente de recidiva bioquímica precoz.

C-1.9 EL TRASPLANTE RENAL EN TIEMPOS DEL SARS-COV2: NUESTRA EXPERIENCIA

Yago Giménez, Pablo^a; Martínez Gómez, Gloria^a; Saura Luján, Isabel^b; López Abad, Alicia^a; Aznar Martínez, Laura^a; Vidal Crespo, Natalia^a; Rull Hernández, Javier^a; López González, Pedro Ángel^b; López Cubillana, Pedro^a; Cao Avellaneda, Enrique^a; Moreno Alarcón, Cristóbal^b; Fernández Garay, Juan Carlos^a; Server Pastor, Gerardo^a; Prieto González, Antonio^a; Nicolás Torralba, Jose Antonio^a; Tornero Ruiz, Jesús Ignacio^a; Rigabert Montiel, Mariano^a; Escudero Bregante, Félix^a; LLorente Viñas, Santiago^b; Gómez Gómez, Guillermo Antonio^a.

^a Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

^b Servicio de Nefrología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. A principios del 2020 comenzó a circular por España el nuevo coronavirus SARS-Cov 2 y fue especialmente incisivo en grupos poblacionales de riesgo como los trasplantados renales.

Nos planteamos revisar la evolución de los trasplantados renales de nuestro centro (valorando la sintomatología, necesidad de ingreso, necesidad de ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos y evolución de la enfermedad) con respecto a los datos reportados a nivel nacional por la Sociedad Española de Trasplantes (SET).

OBJETIVO. Evaluar la evolución de los pacientes trasplantados renales del Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca que han contraído la infección por SARS-Cov 2.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes que han contraído SARS-Cov 2. Se evalúan variables como edad, sexo, factores de riesgo cardiovascular, necesidad de ingreso, ingreso en uci, tiempo desde trasplante a infección, sintomatología y exitus.

RESULTADOS. En nuestra serie (hasta la fecha actual) 56 trasplantados renales han contraído la infección del SARS-Cov 2. La distribución por sexo y edad fue de 34 hombres y 22 mujeres, siendo la mediana de edad al contraer la infección de 56,29 años rango(R)(18,8-80,9) y la mediana de tiempo desde el trasplante hasta la infección fue de 50,2 meses R(0,33-334).

El 32% fueron asintomáticos y el 68% desarrollaron algún síntoma. Precisaron ingreso en el hospital 31 personas (56%, δ :0,5), de los cuales 10 personas ingresaron en UCI (18%, δ : 0,38) de estos 9 fallecieron(16%, δ :0.37) siendo 7 hombres y 2 mujeres.

CONCLUSIÓN. Aunque no contábamos con un tamaño muestral amplio, nuestro estudio pone en evidencia que los pacientes trasplantados renales tienen un riesgo superior al de la población normal de desarrollar cuadros clínicos más graves, esto provoca un mayor número de ingresos hospitalarios y en UCI donde la probabilidad de recuperación es muy bajas. En nuestro medio la mortalidad fue del 16% a diferencia de la media nacional del registro de la SET cifrado en un 21%. Esta diferencia puede ser debida a la muestra desigual de pacientes en nuestro hospital durante las diversas olas de la pandemia.

C-1.10 SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL EN EL TRASPLANTE COMBINADO HEPATO-RENAL, EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

*López Abad, Alicia; López González, Pedro Ángel; Llorente Viñas, Santiago José; Aznar Martínez, Laura; Vidal Crespo, Natalia; Rull Hernández, Javier; Yago Giménez, Pablo; Cao Avellaneda, Enrique; Moreno Alarcón, Cristóbal; Martínez Gómez, Gloria; Fernández Garay, Juan Carlos; López Cubillana, Pedro; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Nicolás Torralba, Jose Antonio; Tornero Ruiz, Jesús Ignacio; Rigabert Montiel, Mariano; Escudero Bregante, Félix; Gómez Gómez, Guillermo Antonio.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN. A raíz del primer trasplante combinado, practicado en 1983 se ha confirmado que, dados sus buenos resultados a largo plazo, el procedimiento de elección para pacientes con enfermedad hepática y renal es el doble trasplante hepatorenal. Las indicaciones más frecuentes del mismo en adultos son la enfermedad renal poliquística con afectación hepática grave y la cirrosis hepática con insuficiencia renal crónica concomitante por glomerulonefritis crónica o nefropatía diabética.

OBJETIVO. revisar la evidencia científica publicada y comparar los resultados con nuestra experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. se ha realizado una revisión bibliográfica, así como de los datos de nuestro hospital de los trasplantes combinados y los trasplantes renales aislados desde 2001 hasta la actualidad (estudio observacional retrospectivo). Se ha analizado la supervivencia de los injertos renales de ambos tipos de trasplantes a 1 y 5 años.

RESULTADOS. se han realizado un total de 36 trasplantes combinados hepato-renales desde 2001 (el 2,19% de los 1641 trasplantes renales realizados en nuestro hospital durante este periodo). Las indicaciones más frecuentes de trasplante fueron cirrosis (41,7%) y poliquistosis hepato-renal (30,6%). La supervivencia del injerto renal en el trasplante combinado a 5 años es del **92,6%**, con una filtración glomerular media de 60,46 ml/min (mediana de 59,01

ml/min). La supervivencia del injerto renal en el trasplante renal aislado en nuestro centro a 1 y 5 años es de **90,6% y 81,5%** respectivamente.

La supervivencia del injerto renal en el trasplante combinado H-R es del 60 y el 80% (92.6% en nuestra serie) a los 5 años. En los trasplantes renales aislados es del 70% (81.5% en nuestra serie). La tasa de filtrado glomerular publicadas a los 5 años en el trasplante aislado se encuentran entre 29 y 54 mL/min, en función del tipo de donante. La buena evolución del injerto renal en los trasplantes combinados se achaca al efecto protector del hígado trasplantado y a la menor isquemia fría que reciben los órganos.

CONCLUSIÓN. La supervivencia del injerto renal en el trasplante combinado es similar a la del trasplante renal aislado. Si bien existe poca evidencia científica publicada al respecto, nuestras cifras son similares o incluso mejores a las encontradas.

C-1.11 FACTORES DETERMINANTES DEL TRASPLANTE RENAL EN AÑOSOS

Rull Hernández, J.; Vidal Crespo, N.; Aznar Martínez, L.; López Abad, A.; Yago Giménez, P.; Moreno Alarcón, C.; López González, P.A.; Martínez Gómez, G.; Fernández Garay, J.C.; López Cubillana, P.; Escudero Bregante, J.F.; Tornero Ruiz, J.; Server Pastor, G.; Rigabert Montiel, M.; Cao Avellaneda, E.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Gómez Gómez, G.A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. El envejecimiento de la población conduce a que los casos de insuficiencia renal terminal (IRT) sean cada vez más numerosos y, por lo tanto, también los candidatos para trasplante de riñón.

OBJETIVO. El objetivo del estudio es analizar los factores que influyen en la supervivencia de los injertos renales implantados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de trasplantes renales consecutivos de donante cadáver realizados entre enero de 2008 y diciembre de 2012 unicéntrico, con un seguimiento de 5-10 años. Los trasplantes del grupo A fueron de donantes <60 años y el grupo B de ≥60 años. Se analiza la influencia en la supervivencia de los injertos del grupo de edad, criterios expandidos de los donantes (DCE), Kidney Donor Percentage Index (KDPI), la diferencia de edad donante-receptor, la causa de IRT y el tiempo de isquemia fría (TIF). Utilizamos curvas de Kaplan-Meier y test de Log-rank.

RESULTADOS. N=254 trasplantes. En el grupo A y B, la supervivencia del injerto fue a los 6 meses, 1 año, 2 años, 5 años y 10 años de 95.5%vs.84.2%, 94.4%vs.82.9%, 93.8%vs.81.6%, 89.1%vs.77.4%, 74.4%vs.68.8% respectivamente (p = 0.011); DCE vs no-DCE fue de 89.5%vs80.2%(p = 0.09), KDPI <85% vs> 85% fue de 88.1%vs77.9%(p = 0.041), diferencia de edad donante-receptor en el grupo A positiva vs negativa fue 88.1%vs89.7% y en el grupo B 82.4%vs62.7% (p = 0.042). La causa de IRT con peor supervivencia fue la nefropatía diabética, con 40% frente a 82.7% en nefropatía no-diabética (p = 0.025). Según el TIF, > 10 vs <10 horas: 113 vs 104 meses en el grupo A y 99 vs 83 meses en el grupo B (p = 0.041).

CONCLUSIONES. La supervivencia del injerto renal de donantes mayores de 60 años es menor a largo plazo, pero a un nivel aceptable en comparación con las series contemporáneas. KDPI es una herramienta más útil para la selección de donantes que DCE en nuestra serie. Los factores clave para una peor supervivencia del injerto, especialmente en donantes de más de 60 años, son la diferencia donante-receptor negativa, la nefropatía diabética en el receptor y el tiempo de isquemia fría > 10 horas.

C-1.12 CRIBADO NEONATAL DE CISTINURIA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La cistinuria es una alteración congénita, autosómica recesiva, del transporte de aminoácidos, con un aumento de la excreción urinaria de cistina y de otros aminoácidos (ornitina, lisina, y arginina). Su prevalencia es de 1/7.000 r.n.v. y su clínica se debe a la formación de cálculos urinarios. El objetivo es valorar los factores que influyen en la formación de cálculos en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo sobre una cohorte de 85 pacientes con cistinuria, sometidos a cribado neonatal, desde 1989 a 2019. Realizamos un estudio descriptivo y analítico para determinar la relación de la presencia de litiasis renal con las diferentes variables. En variables continuas realizamos la prueba de T-Student y para categóricas la Chi-Cuadrado(X-Pearson). Finalmente realizamos un estudio multivariante mediante análisis de regresión logística.

RESULTADOS. En nuestra población, 58%-varones y 42%-mujeres, se diagnosticaron mediante cribado un 85'9% de los casos, siendo el resto falsos negativos. Cinco pacientes presentaban otras anomalías genitourinarias (agenesia, hipoplasia, pielectasia y reflujo renal). Un 13'5% de los pacientes (10) presentaron en su evolución, litiasis urinaria, con una mediana de aparición de 3 años. Todos los cálculos analizados fueron de cistina.

En el estudio univariante se encontró relación con la presencia de litiasis ($p < 0.05$): Cribado: Positivo (9'5%) vs falsos negativos (36'4%). Consanguinidad: SI (50%) vs NO (11'8%). Anomalías genitourinarias: SI (60%) vs NO (10'1%). Alteración metabólica urinaria: SI (26'9%) vs NO (4'8%). Hipercalciuria: SI (33'3%) vs NO (6'3%). Proteinuria: SI (100%) vs NO (13'2%). Fenotipo: Homocigoto (29'6%) vs Heretocigoto (4'3%). Encontramos una media de concentración superior de aminoácidos en orina (cistina, lisina, arginina y ornitina) en los pacientes con litiasis urinaria. El estudio multivariante confirmó, como factores de riesgo para la litiasis urinaria, la existencia de otras anomalías genitourinarias (OR:20'7) y el fenotipo homocigoto (OR:16'5), así como una concentración urinaria elevada de arginina. La consanguinidad y las anomalías genitourinarias fueron factores de riesgo para presentar un falso negativo en el cribado.

CONCLUSIONES. El cribado neonatal facilita un diagnóstico precoz de la cistinuria, permitiendo un seguimiento y tratamiento adecuados. Los pacientes homocigotos y aquellos con otras anomalías genitourinarias asociadas tienen un mayor riesgo de desarrollo de litiasis.

Comunicaciones. Mesa 2. Vídeos

V-1. NEUROLISIS DEL NERVIPO PUDENDO IZQUIERDO LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

Marín Martínez, F.M.¹; González Dacal, J.A.²; Rodríguez Nuñez, H.²; Zarranandia Andraca, A.²; Medina, A.³; Campanario, R.³; Artes Artes, M.¹; Bobadilla Romero, E.R.¹; Ruibal Moldes. M.^{2,3}.

¹ Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

² SUTURO Cirugía urológica, Galicia.

³ SUTURO Cirugía urológica, Sevilla.

INTRODUCCIÓN. El atrapamiento del nervio pudendo es una patología infradiagnosticada responsable de trastornos urinarios, sexuales y molestias anorrectales, que afectan la calidad de vida del paciente. Múltiples técnicas y abordajes de descompresión quirúrgica (transglúteo, laparoscópico) se han descrito en pacientes que no responden tratamiento conservador. Sin embargo, el abordaje ideal no ha sido definido.

OBJETIVO. Describir la técnica quirúrgica y viabilidad del abordaje laparoscópico asistido por robot en el tratamiento del síndrome de atrapamiento del nervio pudendo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 34 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, practicante de halterofilia que presenta dolor pélvico crónico de meses de evolución, se diagnostica de síndrome de atrapamiento del nervio pudendo por criterios de Nantes. En vista de mala respuesta al tratamiento conservador se propone cirugía de descompresión nerviosa.

RMN: Sin lesiones compresivas evidentes.

Técnica quirúrgica: Liberación de los vasos y el nervio pudendo entre el ligamento sacroespinoso y el músculo piriforme, cortando el ligamento sacroespinoso a nivel de la espina ciática.

Tiempo quirúrgico de 27 minutos, pérdida hemática 0 ml, estancia hospitalaria 1 día. En la actualidad el paciente refiere mejoría subjetiva del dolor pélvico.

CONCLUSIONES. La liberación completa laparoscópica asistida por robot del nervio pudendo, desde la espina ciática hasta el canal de Alcock, es una cirugía rápida y segura con resultados funcionales prometedores. Se necesitan ensayos clínicos para validar el abordaje laparoscópico.

V-2. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA REPARACIÓN DE FISTULA VESICOVAGINAL EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA EXCRETOR

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

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN. Los principios de reparación de la fístula vesicovaginal (FVV) abdominal, incluyen: buena exposición del trayecto fistuloso, cierre de la vejiga doble plano, relleno retrógrado de la vejiga garantizando sellado hermético, cierre sin tensión y drenaje de la vejiga postoperatorio. Los enfoques mínimos invasivos, han demostrado tiempos quirúrgicos más cortos, pérdida de sangre disminuida, mejor visibilidad y tasas de curación similares sin mayores eventos adversos.

OBJETIVO. Describir la técnica quirúrgica y viabilidad del abordaje laparoscópico en la reparación de las FVV.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos el caso de una paciente, mujer de 45 años de edad con antecedente de histerectomía laparoscópica en septiembre de 2019, que presenta en el postoperatorio pérdidas involuntarias de orina a través de la vagina, por lo que remiten a consulta de urología.

UROTC: fístula vesicovaginal posterosuperior con paso de contraste de vejiga a vagina. Doble sistema excretor derecho completo.

Cistoscopia: orificio fistuloso <0,5 cm en fondo vesical, áreas edematosas y dos meatos ureterales derechos.

Tiempo quirúrgico 3 horas 30 minutos, pérdida hemática 300 ml, estancia hospitalaria 4 días, con evolución satisfactoria.

CONCLUSIONES. Desde que O'Connor describió por primera vez el abordaje abdominal abierto para la reparación de FVV en la década de 1950, las técnicas quirúrgicas han evolucionado. La cirugía mínimamente invasiva está aumentando su popularidad entre cirujanos, por los resultados que ofrece. En última instancia, el abordaje quirúrgico de la reparación de FVV depende de las características individuales del paciente, la fístula, la preferencia y experiencia del cirujano.

V-3. PENECTOMÍA RADICAL POR METÁSTASIS SINTOMÁTICA EN CUERPOS CAVERNOSOS DE CARCINOMA BASALOIDE DE PRÓSTATA

Jiménez Peralta, Daniel; Rosino Sánchez, Antonio; Izquierdo Morejón, Emilio; Romero Hoyuela, Antonio; Muñoz Guillermo, Victoria; Barragán Gamero, Melque; Barragán Flores, William Andrés; Sandoval José María; Barceló Bayonas, Isabel; Rivero Guerra, Angela; Carrillo George, Carlos; Fernández Aparicio, Tomás. Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN. el carcinoma basaloide de próstata es una variante histológica infrecuente y muy agresiva, lo que implica un reto para el manejo. Las metástasis en cuerpos cavernosos son también excepcionales, pero condicionan la calidad de vida de los pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos el manejo quirúrgico de 2 metástasis sintomáticas en cuerpos cavernosos de un carcinoma basaloide de próstata, que progresaron al tratamiento inicial con radioterapia y que provocan priapismo neoplásico con dolor mal controlado e imposibilidad para la micción por lo que el paciente era portador de cistostomía.

En posición de litotomía y mediante incisión circunferencial de pene, bipartición de escroto e incisión perineal en "U" invertida, se realiza disección y sección uretral a nivel de bifurcación de cuerpos cavernosos. Posteriormente se disecan y seccionan cuerpos cavernosos a nivel de raíces isquiáticas, objetivando importante fibrosis post radioterapia. Tras penectomía radical, se realiza orquiectomía subalbugínea bilateral y uretostomía perineal.

El paciente presenta postoperatorio inmediato favorable. Permanece 7 meses tras la cirugía con mejoría importante del dolor y de su calidad de vida.

CONCLUSIONES. Existen pocos casos en la literatura sobre el carcinoma basaloide de próstata y al ser un tumor muy agresivo, su tratamiento es complejo. La amputación radical de pene es una opción quirúrgica factible como tratamiento paliativo en pacientes con priapismo de origen neoplásico que puede conseguir un buen control del dolor sin un elevado número de complicaciones postoperatorias.

V-4. ABORDAJE VAGINAL DE FÍSTULA VESICO-VAGINO-RECTAL

Aznar Martínez, L.; Valle González, F.; Escudero Bregante, J.F.; Gómez Gómez, G.A.; Rull Hernández, J.; Vidal Crespo, N.; López Abad, A.; Yago Giménez, P.; Fernández Garay, J.C.; Moreno Alarcón, C.; López González, P.A.; Gómez Gómez, G.; López Cubillana, P.; Rigabert Montiel, M.; Prieto González, A.; Server Pastor, G.; Nicolás Torralba, J.A.; Tornero Ruíz, J.I.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. La etiología más frecuente de fístulas vesico-vaginales en nuestro medio es la iatrogenia, principalmente por histerectomías por patología benignas. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico, este último es el indicado para fístulas complejas, siendo la vía de abordaje abdominal o vaginal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Se presenta el caso de una mujer de 69 años, sin antecedentes de interés, que consulta por metrorragia siendo diagnosticada de adenocarcinoma de endometrio mediante biopsia. Es intervenida por ginecología en agosto/19 y se realiza histerectomía con doble anexectomía sin linfadenectomía, durante la cirugía se visualiza solución de continuidad vesical de 1 cm que se sutura sin complicaciones. En el postoperatorio inmediato se evidencia con TAC-Urografía una fuga urinaria a vagina y cavidad peritoneal. Anatomía patológica informa de adenocarcinoma endometrial estadio pT3b (FIGO IIIB).

En noviembre/19 se interviene por el servicio de urología, se utiliza un abordaje abdominal transvesical mediante la técnica de O'Connor, tras la fistulectomía y el cierre vesical y vaginal se interpone epiplón mayor entre ambas. En el postoperatorio inmediato se objetiva salida de material fecaloide por sonda vesical, por lo que se interviene de urgencia junto con Cirugía General objetivándose perforación rectal que se repara y dejándose ileostomía de protección. Al persistir clínica compatible con fístula vesical se realiza fistulografía que lo confirma. Se interviene en octubre/20 para reparación de fístula vesico-vagino-rectal por vía vaginal.

Previo al inicio de la cirugía se realiza cistoscopia para visualización de fístula y tutorización ureteral con catéteres JJ. Se identifican ambas lesiones, se realiza colpotomía posterior hasta llegar al orificio fistuloso, disección de recto hasta fondo de saco de Douglas, fistulectomía y cierre de defecto rectal sin tensión. Colpotomía anterior identificación de orificio fistuloso, apertura vesical y fistulectomía, cistografía. Interposición de grasa prerrectal y colgajo vaginal entre ambos defectos por último, cierre vaginal.

CONCLUSIONES. No existe un método óptimo para la reparación quirúrgica de todas las fístulas, el abordaje vaginal mínima las complicaciones asociadas con la cirugía abdominal y es posible el uso de colgajos. Las desventajas incluyen acortamiento vaginal y acceso difícil de lesiones en cúpula vaginal.

Comunicaciones. Mesa 3

C-3.1 CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DETECTADO INCIDENTALMENTE TRAS CISTOPROSTATECTOMIA RADICAL

*Bobadilla Romero, E.R.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; García Porcel, V.; Alcon Cerro, P.; Guzmán Martínez, P.L.; Jiménez Parra, J.D.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sánchez, C.; Molina Hernandez, O.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Andreu García, A.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia*

Introducción. En España el cáncer de próstata (CaP) es el cáncer más diagnosticado en hombres. De manera incidental es detectado en aproximadamente el 70% de los mayores de 80 años siendo un tumor pequeño, confinado y bien diferenciado. Por otro lado, la cistectoprostectomía radical (CPR) es el tratamiento de elección del tumor vesical musculo invasivo, la técnica incluye la extirpación de la próstata y vesículas seminales, en ocasiones se plantea la conservación de estas estructuras para preservar la función sexual y la continencia, es por esto por lo que en este estudio pretendemos analizar las características del CaP detectado de manera incidental tras la CPR.

OBJETIVO. Determinar la frecuencia, las características clínicas y patológicas del CaP detectado incidentalmente tras CPR.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo de historias clínicas y anatomía patológica de pacientes sometidos a CPR desde enero 2010 a octubre 2019. Se excluyeron 8 pacientes con diagnóstico de CaP previo a la cirugía. Se evaluó el Gleason Score, la afectación de márgenes, extensión extraprostática, afectación del ápex y otros hallazgos clínicos e histopatológicos.

RESULTADOS. En total 96 cistectomías fueron realizadas en el periodo establecido, el CaP incidental fue diagnosticado en el 11.45% de los pacientes con edad media de 71.8 años. En cuanto a las características histopatológicas: el Gleason Score predominante fue 3+3 (45.45%), la afectación extraprostática estuvo presente en 2 pacientes mientras que solo un paciente presentó afectación del ápex; la permeación linfática y perineural se encontró el 36.36% asociándose a un estadio clínico más avanzado, sin embargo, ningún paciente presentó metástasis. Durante el seguimiento (media 15.8 meses) el PSA se mantuvo por debajo de los niveles detectables (PSA < 0.003) en todos los pacientes, no se detectó recidiva clínica ni muertes asociadas al CaP.

CONCLUSIONES. La frecuencia de CaP diagnosticado incidentalmente es 11.45% la mayoría son órgano-confinados y con buena diferenciación, por lo que en base a estos resultados en pacientes seleccionados cuidadosamente se podría plantear la conservación de la próstata y vesículas seminales con el fin de preservar la función sexual y continencia.

PALABRAS CLAVES. Cáncer de Próstata Incidental, Cistectomía Prostatectomía Radical, Gleason Score.

C-3.2 FACTORES PREDICTORES DE CÁNCER CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO EN LA BIOPSIA DE CONFIRMACIÓN EN PACIENTES EN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA

Muñoz Guillermo, V.; Rosino Sánchez, A.; Olalla Muñoz, J.R.; Sánchez González, A.*; Pardo Martínez, A.**; Jiménez Peralta, D.; Barragán Gamero, M.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; 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.*

Servicio de Urología y Radiología: Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez** (Lorca).*

INTRODUCCIÓN. La vigilancia activa es una opción para los pacientes con cáncer de bajo riesgo, pero en ocasiones la caracterización con la biopsia transrectal no es suficiente, y existe riesgo de infradiagnóstico.

OBJETIVO. Estudiar factores predictores de cáncer clínicamente significativo en las biopsias de confirmación guiadas por resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) en pacientes candidatos a vigilancia activa.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo de los pacientes incluidos en protocolo de vigilancia activa (VA) desde enero de 2014 hasta octubre de 2020 según los criterios PRIAS (Prostate Cancer Research International: Active Surveillance): PSA \leq 10 ng/mL, densidad de PSA \leq 0.2 ng/mL², cT1 ó cT2, Gleason \leq 6, \leq 2 cilindros positivos en la biopsia prostática. Los criterios de abandono de VA se establecieron cuando se cumplía: PSA $>$ 10ng/ml, \geq 3 cilindros positivos, Gleason \geq 7, densidad de PSA $>$ 0,2ng/ml², o estadio \geq cT2b, o por petición expresa del paciente. La biopsia confirmatoria se realizó tras la realización de resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) (23 RM sin lesiones PIRADS \geq 3 y 47 RM con lesiones PIRADS \geq 3), realizando en todos los casos biopsia sistemática y dirigida. Se realiza análisis estadístico con chi cuadrado y t student.

RESULTADOS. un total de 70 pacientes fueron incluidos tras una biopsia sistemática, con edad media de 66, 17 años (46-79) y PSA 5,74 (SD 2,25) ng/ml. 47 pacientes (67,14%) presentaron cáncer en la biopsia confirmatoria, siendo 14 (29,8%) de ellos CCS. La media de cilindros positivos de la biopsia sistemática fue de 18,46% (SD 13,63) y la media de cilindros por nódulo de 66,08% (SD29). 36 pacientes (51,42%) abandonaron el protocolo de VA a causa de una progresión histológica en grado ISUP o número de cilindros. 19 pacientes (22,9%) fueron sometidos a prostatectomía radical presentando $>$ 60% ISUP 2 en la pieza quirúrgica.

La presencia de lesiones PIRADS \geq 3 y el tamaño del nódulo ($>$ 8,5mm) mostraron una relación estadísticamente significativa con la presencia de CCS (p $<$ 0.05), sólo un paciente con RM negativa presentó en biopsia CCS (4,34%).

CONCLUSIONES. La presencia de lesiones PIRADS \geq 3 en la RMmp y un mayor tamaño de la lesión son predictores en la biopsia confirmatoria de cáncer clínicamente significativo.

C-3.3 RESULTADOS DE SEGUNDAS BIOPSIAS DE ALTO RENDIMIENTO DE FUSIÓN COGNITIVA CON RESONANCIA MAGNÉTICA

Muñoz Guillermo, V.; Rosino Sánchez, A.; Girela Baena, E.; Ortiz Morales, C.M*; Pardo Martínez, A.**; Jiménez Peralta, D.; Barragán Gamero, M.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; 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.*

Servicio de Urología y Radiología: Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia. Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez** (Lorca).*

INTRODUCCIÓN. La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) nos permite un diagnóstico más exacto en el cáncer de próstata y discrimina en el en los casos de cáncer clínicamente significativo.

OBJETIVO. Analizar rentabilidad de la biopsia de alto rendimiento de fusión en las segundas biopsias.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un análisis retrospectivo descriptivo de las biopsias guiadas con RMmp desde enero de 2014 hasta noviembre de 2020. La biopsia se realiza con fusión cognitiva, con lectura previa centralizada con radiología de la RMmp y transmisión del esquema. La biopsia dirigida se realiza con toma de 3-5 cilindros de cada nódulo asociada a biopsia sistemática.

RESULTADOS. Se analizaron 245 pacientes, siendo válidos para este estudio 178 pacientes con un total de 250 nódulos PIRADS \geq 3. Todos los pacientes se habían sometido a una biopsia previa. La edad media es de 66,13 años (46-89), con PSA medio de 8,41ng/ml (0,33-31). La media de nódulos por paciente es de 1,64 y el tamaño medio fue de 11,63mm. En la siguiente tabla se recogen los datos según PIRADS y concordancia con la biopsia sistemática.

	PIRADS 3	PIRADS 4	PIRADS 5
N	129 (51.6%)	98 (39.2%)	23 (9.2%)
NO CÁNCER	108 (83,7%)	50 (51%)	2 (8,7%)
CÁNCER	21 (16,3%)	48 (49%)	21 (91,3%)
ISUP 1	26 (74,3%)	25 (48,1%)	3 (14,3%)
ISUP 2	7 (20%)	13 (25%)	9 (42,9%)
ISUP 3	1 (2,9%)	8 (15,4%)	5 (23,8%)
ISUP 4	1 (2,9%)	5 (9,6%)	3 (14,3%)
ISUP 5		1 (1,9%)	1 (4,8%)

NO CÁNCER		AP BIOPSIA SISTEMÁTICA	
		CÁNCER	
AP BIOPSIA NÓDULOS	NO CÁNCER	71 (39,8%)	30 (16,85%)
	CÁNCER	12 (6,7%)	65 (36,5%)

CONCLUSIONES. La RMmp permite una optimización de la biopsia de próstata aumentando la rentabilidad diagnóstica y mejorando la sensibilidad.

C-3.4 RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA ¿IMPORTA LA EXPERIENCIA DEL RADIÓLOGO?

Rull Hernández, J.; Vidal Crespo, N.; Aznar Martínez, L.; López Abad, A.; Yago Giménez, P.; López González, P.A.; Moreno Alarcón, C.; Martínez Gómez, G.; Fernandez Garay, J.C.; López Cubillana, P.; Cao Avellaneda, E.; Escudero Bregante, J.F.; Tornero Ruiz, J.; Server Pastor, G.; Rigabert Montiel, M.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Gómez Gómez, G.A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. El objetivo de este estudio es valorar la rentabilidad de la resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp) para el diagnóstico de cáncer de próstata (CaP) en función del centro y el radiólogo que la informa.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo que incluye pacientes a los que se realiza una RMNmp entre enero de 2016 y diciembre de 2020. Analizamos la rentabilidad de la prueba con el estudio de área bajo la curva(AUC) y parámetros de Sensibilidad(S), Especificidad(E), Valor predictivo positivo(VPP) y negativo(VPN), en función del centro y del radiólogo que informa la RMNmp.

RESULTADOS. N=268 pacientes a los que se realiza RMNmp (HUVA: 134(50%); centro externo: 134(50%)).

Descripción de la población (mediana/rango): edad:67 años(45-86); PSA: 7,69(1,8-58); volumen prostático: 50(10-200). El 11,2% no tenían biopsia previa.

Se realizaron 186 biopsias de próstata(69,3%), siendo positivas 63(33,3%) [ISUP 1: 35(55,5%); ISUP \geq 2: 28(44,4%)]. En nuestro centro, el 48,5% de las RMNmp no evidenciaron focos sospechosos, lesiones PIRADS-3: 30,6%, lesiones PIRADS \geq 4: 17,1%, y lesiones sospechosas sin PIRADS: 3,7%. En los centros externos, las RMNmp fueron negativas en el 45,6% de los casos, lesiones PIRADS-3: 10,4%, lesiones PIRADS \geq 4: 31,2%, y lesiones sospechosas sin PIRADS: 10,4%. Considerando RMNmp positiva PIRADS \geq 4 y biopsia positiva ISUP \geq 2: HUVA: VPN:94,4%; E:77,9%; VPP:24%; S:60%; AUC:0,69. Centro externo: VPN:91,4%; E:45,7%; VPP:28,3%; S:83,3%; AUC:0,64. Según el centro externo: Centro externo(1): VPN: 100%; E:27,3%; VPP:20%; S:100%; AUC:0,63. Centro externo(2): VPN:100%; E:66,7%; VPP:66,7%; S:100%; AUC:0,83. Centro externo(3): VPN:80%; E:57,1%; VPP:50%; S:75%; AUC:0,66. Centro externo(4): VPN:93,8%; E:46,9%; VPP:22,7%; S:83,3%; AUC:0,65.

Se encontraron importantes diferencias en la rentabilidad de la RMNmp según el radiólogo que la interpretaba. Hasta 18 radiólogos distintos interpretaron las pruebas en nuestro área, apreciándose un mayor porcentaje de informes deficientes y pruebas con resultado PIRADS \geq 4 en aquellos con bajo volumen.

CONCLUSIONES. A pesar de las diferencias, la rentabilidad de la RMNmp para el diagnóstico de CaP clínicamente significativo es similar en HUVA y en otros centros externos.

Existe una importante variabilidad en cuanto a los resultados de la RMNmp según el radiólogo que la informa, siendo fundamental una experiencia adecuada.

C-3.5 UTILIDAD DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA MULTIPARAMÉTRICA EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Rull Hernández, J.; Vidal Crespo, N.; Aznar Martínez, L.; López Abad, A.; Yago Giménez, P.; López González, P.A.; Moreno Alarcón, C.; Martínez Gómez, G.; Fernandez Garay, J.C.; López Cubillana, P.; Cao Avellaneda, E.; Escudero Bregante, J.F.; Tornero Ruiz, J.; Server Pastor, G.; Rigabert Montiel, M.; Nicolás Torralba, J.A.; Prieto González, A.; Gómez Gómez, G.A.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. La baja especificidad del PSA en el diagnóstico del cáncer de próstata (CaP) ha dado lugar a la aparición de nuevas herramientas que intentan ayudarnos a decidir que pacientes se beneficiarían de realizar una biopsia prostática, entre las que destaca la resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp).

OBJETIVO. El objetivo del estudio es evaluar la rentabilidad de esta prueba diagnóstica en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo que incluye una muestra de pacientes de nuestro centro en los que se ha realizado una RMNmp entre enero 2016 y diciembre 2020. Para la valoración de la prueba realizamos estudio de área bajo la curva (AUC) y parámetros de Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN).

RESULTADOS. N=268 pacientes a los que se realiza RMNmp. Descripción de la población (mediana/rango): edad: 67 años (45-86); PSA: 7,69 ng/dL (1,8-58); volumen prostático: 50 cc (10-200). El 11,2% de los pacientes no tenían biopsia previa. Se realizaron 186 biopsias de próstata (69,3%), siendo positivas 63 (33,3%) [ISUP 1: 35 (55,5%); ISUP \geq 2: 28 (44,4%)]. Existió una mayor rentabilidad de la biopsia en caso de 1ª biopsia (66,7%) frente al 27,7% en las biopsias de repetición.

Si establecemos RMNmp positiva PIRADS \geq 3 y biopsia positiva ISUP \geq 2: VPN: 91,7%; E: 35,3%; VPP: 18,5%; S: 82,1%; AUC: 0,587. Según 1ª biopsia vs de repetición, VPN: 100% vs 90,9%.

Considerando RMNmp positiva PIRADS \geq 4 y biopsia positiva ISUP \geq 2: VPN: 93,4%; E: 63,5%; VPP: 26,9%; S: 75%; AUC: 0,692. Según 1ª biopsia vs de repetición, VPN: 90% vs 93,8%.

En pacientes sin biopsia previa, el 16,7% de los cilindros obtenidos de zona transicional fueron positivos, bajando al 10,2% en biopsias de repetición. En el caso de cilindros dirigidos a foco sospechoso la afectación fue del 72,2% y 23% respectivamente.

CONCLUSIONES. Adecuada rentabilidad de la RMNmp en el diagnóstico de CaP en nuestro centro, siendo mayor considerando el PIRADS-4 y en CaP clínicamente significativo (ISUP \geq 2).

Elevada rentabilidad en pacientes sin biopsia previa, apoyando las recomendaciones de las guías clínicas. Baja rentabilidad de zona transicional en ausencia de foco sospechoso.

C-3.6 LA SINTOMATOLOGÍA UROLÓGICA EN LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE CÁNCER DE PRÓSTATA Y SU RELACIÓN CON ESTE. UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; 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.; Barceló Bayonas, I.; Rivero Guerra, A.; Pietricica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Cruces de Abia, F.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T.

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN. El cáncer de próstata es el segundo cáncer más diagnosticado en el hombre. La presencia de sintomatología urológica en los pacientes con riesgo de cáncer prostático puede influir en la elección del tratamiento a escoger. El objetivo principal de este trabajo consiste en describir la situación clínica de los pacientes con sospecha de cáncer en nuestro medio. El objetivo secundario es valorar la asociación entre sintomatología y cáncer prostático.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo, analítico y longitudinal. La muestra a estudio fue de 620 pacientes a los que se realizó biopsia ecodirigida de próstata entre 2015-2020 en el Hospital Morales Meseguer, Murcia. Se analizaron variables recogidas de los informes de biopsia prostática, entre ellas, la puntuación del paciente en las escalas clínicas IPSS, IEEF5 Y ICIQSF. El IPSS se estratificó en leve (1-7), moderado (8-19) y severo (>20). Se usaron medias y porcentajes como medidas de frecuencia en lo referente a estadística descriptiva y con respecto al análisis estadístico se empleó el programa SPSS 27.

RESULTADOS. El IEEF5 medio fue de $14,2 \pm 7,3$, El ICIQSF medio fue $2,75 \pm 4,8$, mientras que el IPSS medio fue $11,6 \pm 7,7$. Un 29,5% presentó ICIQSF ≥ 1 . El IPSS estratificado fue: leve en un 31,1% (193), moderado en el 38,1% (236) y severo en el 13,5% (84). Las diferencias entre pacientes con neoplasia o no fueron: IEEF5 medio de 13,45 en pacientes con neoplasia y 15,34 en pacientes sin neoplasia, ICIQSF 3 vs 2,6 e IPSS 12,24 vs 10,95. La P fue mayor de 0,05 en los test realizados.

CONCLUSIÓN. Un elevado porcentaje de los pacientes con riesgo de cáncer de próstata presentó clínica urológica, especialmente sintomatología prostática, siendo de carácter moderado en el grupo más numeroso. Se evidenció menor clínica en los pacientes con neoplasia, aunque las diferencias no fueron significativas.

C-3.7 FACTORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES PERIOPERATORIA TRAS LA CISTECTOMÍA RADICAL
Bobadilla Romero, E.R.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; García Porcel, V.; Alcon Cerro, P.; Guzmán Martínez, P.L.; Jiménez Parra, J.D.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sánchez, C.; Molina Hernández, O.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Andreu García, A.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN. Aunque la cistectomía radical (CR) continúa siendo el tratamiento estándar del cáncer de vejiga musculo invasivo, se asocia a elevado riesgo de morbilidad perioperatoria. Estas complicaciones en ocasiones pueden comprometer los resultados de la cirugía, así como la vida del paciente, es por esto por lo que se deben identificar los factores que se podrían asociar al desarrollo de complicaciones a fin de estratificar a los pacientes con mayor riesgo y detectar de manera temprana las posibles complicaciones.

OBJETIVO. Identificar los factores riesgo de complicaciones perioperatorias tras la CR.

MATERIAL Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo de los récords de pacientes sometidos a CR desde enero 2010 a octubre 2019. Se analizaron variables demográficas, clínicas y bioquímicas como potenciales factores predictores de riesgo de complicaciones. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS, se realizó análisis de correlación para detectar los posibles factores predictores de complicaciones.

RESULTADOS. En total 101 CR fueron incluidas en el estudio de las cuales 17 fueron laparoscópicas y 84 abiertas, el 61.4% presentó al menos una complicación, siendo el seroma y el sangrado (definido como la necesidad de transfusión) las complicaciones más frecuentes, seguidas por el íleo paralítico. En cuanto a la clasificación Clavien-Dindo el grado más frecuentemente reportado fue el I-II para la CR laparoscópica y grado III para la cirugía abierta. En relación con los factores predictores de complicaciones, observamos que el género masculino, la DM y el IMC fueron los factores relacionados con mayor riesgo de complicación, sin embargo, esta asociación no fue estadísticamente significativa ($P > 0,05$). La duración de la intervención, la edad, la HTA y la alteración previa de la función renal no se asociaron a mayor riesgo de complicaciones.

CONCLUSIONES. Las complicaciones tras la CR más frecuentes son el seroma, el sangrado y el íleo paralítico. El IMC, la diabetes y el género masculino son factores que pueden predisponer al desarrollo de complicaciones tras la CR.

PALABRAS CLAVES. Cistectomía radical, complicaciones, factores predictores de riesgo.

C-3.8 LINFADENECTOMÍA PÉLVICA INICIAL EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA.RESULTADOS ONCOLÓGICOS A MEDIO PLAZO

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La linfadenectomía pélvica (LND) extendida es el gold-estándar para el estadiaje ganglionar en cáncer de próstata (CaP). Actualmente las guías clínicas de la EAU, recomiendan su realización en aquellos pacientes de riesgo intermedio o alto, que tengan un riesgo $\geq 5\%$ de afectación ganglionar según las

calculadoras existentes. El impacto que pueda tener en la supervivencia de los pacientes no ha sido claramente establecido, siendo la evidencia escasa. El objetivo es valorar el impacto de la LND en la supervivencia de los pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR) en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo, que incluye pacientes sometidos a PR entre 2011-2013. El riesgo de afectación ganglionar se calculó mediante el nomograma de Briganti y el de MSKCC. Se seleccionaron pacientes con riesgo de afectación ganglionar $\geq 5\%$ en uno o ambos nomogramas, comparando dentro de estos, los pacientes con LND vs. no LND.

Análisis univariante utilizando la T de Student para variables cuantitativas y test de Chi² para las cualitativas. Análisis de supervivencia mediante log-rank y curvas Kaplan-Meier.

RESULTADOS. Se incluyeron un total de 96 prostatectomías radicales. La media de edad fue de $62,35 \pm 13,04$ años. El PSA al diagnóstico fue de $10,16 \pm 17,86$ ng/dL. La mediana de seguimiento fue de 106 meses.

De 96 pacientes intervenidos, 31 presentaban un riesgo de afectación linfática $\geq 5\%$. De estos, 11 pacientes fueron sometidos a LND. En otros 5 pacientes se realizó LND aunque su riesgo de afectación linfática era $< 5\%$. Ningún paciente fue N1.

A los 5 años, no se encontraron diferencias en cuanto supervivencia libre de recidiva bioquímica (65% vs. 62,5%, $p=0,73$), ni en supervivencia libre de metástasis (90% vs. 87,5% $p=0,85$). Un paciente falleció por cáncer de próstata a los 3 años, perteneciente al grupo no LND.

CONCLUSIONES. El impacto de la LND en la supervivencia de los pacientes continua siendo una incógnita. En nuestro estudio no hemos logrado encontrar diferencias entre los pacientes sometidos a ella y los que no, aunque debemos tener en cuenta que se trata de un estudio retrospectivo y con un número escaso de pacientes.

C-3.9 CAMBIOS MORFOLÓGICOS Y FUNCIONALES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR TRAS LA CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA ILEAL

Bobadilla Romero, E.R.; Marín Martínez, F.; Artes Artes, M.; García Porcel, V.; Alcon Cerro, P.; Guzmán Martínez, P.L.; Jiménez Parra, J.D.; Oñate Celdrán, J.; García Escudero, D.; Sánchez, C.; Molina Hernández, O.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Andreu García, A.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN. La cistectomía radical con derivación urinaria ileal (CRDUI) es el tratamiento standard para cáncer de vejiga musculo invasivo. Esta cirugía se asocia a un elevado riesgo de morbilidad y en ocasiones este riesgo se debe a las alteraciones en la función renal, es por esto que surge el interés en evaluar los cambios en el tracto urinario superior (TUS) que ocurren tras este tipo de cirugía.

OBJETIVO. Analizar los cambios funcionales y morfológicos del TUS tras la CRDUI.

MATERIALES Y MÉTODOS. Análisis retrospectivo de las historias clínicas digitalizada de pacientes sometidos a CRDUI desde enero 2010 a octubre 2019, variables bioquímicas, clínicas e imagenológicas fueron analizadas. Se incluyeron aquellos pacientes sometidos a CRDUI con seguimiento durante al menos 1 año con pruebas de imagen del TUS previo y tras la intervención, bioquímica sanguínea a los 6 meses y al año de la intervención. Para valorar los cambios funcionales en el TUS se utilizó la estimación del filtrado glomerular (eGFR) mediante la fórmula Cockcroft-Gault. Se excluyeron los pacientes con alteraciones funcionales o morfológicas del TUS previo a la cirugía.

RESULTADOS. De 107 cistectomías realizadas en el periodo establecido 47 cumplieron los criterios de inclusión. La edad media fue 65 años siendo el género predominante el masculino. El eGFR disminuyó significativamente de $81,30$ a $65,41$ mL/min/1,73m² ($P < 0,05$), la mayor reducción del eGFR se observó en los primeros 6 meses tras la cirugía. En cuanto a los cambios morfológicos en los TUS, los pacientes con una disminución ≥ 10 mL/min/1,73m² del eGFR presentaron en mayor o menor medida alteraciones morfológicas del TUS confirmada por prueba de imagen.

CONCLUSIONES. En base a los resultados de este estudio, las alteraciones funcionales son secundarias a las alteraciones morfológicas en el TUS, que a su vez son producto de las complicaciones de la cirugía. Se debe prestar atención a dichas alteraciones tan pronto sean detectadas a fin de disminuir el deterioro del GFR y la morbilidad derivada de la enfermedad renal crónica.

PALABRAS CLAVES. Cistectomía radical, cáncer de vejiga, derivación urinaria.

C-3.10 VIGILANCIA ACTIVA (VA) COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA (CAP): ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

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

INTRODUCCIÓN. La vigilancia activa pretende reducir el sobretratamiento en pacientes con CaP clínicamente localizado, con la posibilidad de recurrir a tratamiento curativo en los casos que lo precisen.

OBJETIVO. Realizar un análisis descriptivo de variables en nuestra serie de pacientes en VA, tiempo medio desde el diagnóstico a la necesidad de tratamiento activo, y causas de abandono.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio descriptivo retrospectivo de variables al diagnóstico en 31 pacientes en VA, desde el febrero de 2014 hasta noviembre de 2020, y el tiempo medio hasta tratamiento activo.

RESULTADOS. Nuestra serie de paciente en VA consta de 31 pacientes, presentaba un PSA medio(PSAm) de 7'29(0'01), densidad de PSA media(DPSAm) de 0'19(0'31) un volumen prostático medio de 45'85(38'57), y biopsias con una media de 1'45(0'05) cilindros afectados y un porcentaje medio por cilindro de 10'93%. De estos 31 pacientes, 28 se presentaron con Gleason 6 y 3 pacientes con Gleason 7(3+4). Los pacientes incluidos fueron de riesgo muy bajo, bajo, e intermedio con criterios favorables(PSAt 10-20 ng/ml o Gleason 7(3+4) con mínimo porcentaje de patrón Gleason 4) según la clasificación D'Amico.

De nuestra serie, 13 pacientes abandonaron VA(41'93%), de ellos, 4 pacientes(12'9%) fallecieron por otras causas, y 9 pacientes(29'03%) pasaron a tratamiento activo. De estos pacientes, como tratamiento activo en 7 pacientes(77'8%) se realizó cirugía(Prostatectomía radical), y en 2 pacientes(22'2%) radioterapia externa. Las causas de paso a tratamiento activo fueron progresión AP en 8 pacientes, y clínica en 1 paciente. Las variables iniciales de los pacientes que precisaron tratamiento activo fueron un PSAm de 9'956(2'79), DPSAm de 0'25(0'12) y un volumen prostático medio de 56'22(42'94)cc. El tiempo medio de estos pacientes en VA hasta tratamiento activo fue de 27'77(23'18)meses.

CONCLUSIONES. La VA es una opción de manejo segura en CaP de riesgo muy bajo, bajo e intermedio candidatos a tratamiento curativo, evitando en gran parte la morbilidad asociada a otras opciones terapéuticas, de manera indefinida o hasta progresión. En nuestra serie, el principal motivo de abandono de VA fue la progresión AP.

C-3.11 DISFUNCIÓN SEXUAL ASOCIADA AL SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO

*López Abad, Alicia; Rabal Conesa, Carlos; Cao Avellaneda, Enrique; López Cubillana, Pedro; Aznar Martínez, Laura; Vidal Crespo, Natalia; Rull Hernández, Javier; Yago Giménez, Pablo; Martínez Gómez, Gloria; Moreno Alarcón, Cristóbal; López González, Pedro Ángel; Fernández Garay, Juan Carlos; Escudero Bregante, Félix; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Nicolás Torralba, Jose Antonio; Tornero Ruiz, Jesús Ignacio; Rigabert Montiel, Mariano; Gómez Gómez, Guillermo Antonio.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN. El síndrome de dolor pélvico crónico (SDPC) se define como dolor en área pélvica durante al menos 6 meses, en ausencia de infección o patología local que lo justifique. Suele asociarse a síntomas intestinales, ginecológicos, urinarios, sexuales y psicológicos que afectan de forma severa a la calidad de vida del paciente. Dentro de este síndrome se encuentran, entre otros, la antiguamente denominada prostatitis crónica y la cistitis intersticial. En Europa presenta una prevalencia en adultos, de hasta un 19%.

OBJETIVO. Identificar las alteraciones en la esfera sexual que presentan estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado una revisión bibliográfica (Pubmed, Google Scholar, Scopus, Cochrane Library y TESEO) sin limitar por idioma ni fecha de publicación.

RESULTADOS. Se han encontrado 151 artículos, de los cuales se han seleccionado 32 tras una lectura crítica del abstract (entre ellos 6 ensayos clínicos sobre tratamientos farmacológicos), y 2 tesis doctorales. Existe poca evidencia publicada sobre la esfera sexual de los pacientes con SDPC. Hasta el 40% de los pacientes presentan disfunción sexual (15-20% disfunción eréctil, 32% pérdida de libido, 12-19% disfunciones eyaculatorias y 17% dolor con el orgasmo). Entre los factores etiológicos estudiados, se encuentra la alteración en el flujo arterial por mal funcionamiento de la contracción muscular en las arterias periféricas de la pelvis, que causa un aumento en la tensión de la fascia de Buck, así como factores genéticos, desequilibrio del sistema nervioso central e incluso de la microbiota del tracto genital de la pareja.

La fisioterapia (dentro de esta destaca la electroterapia) proporciona una mejoría de hasta un 43% en la esfera sexual, asociada a buenos resultados en mejora de la calidad de vida, la sintomatología urinaria y gastrointestinal, y

a nivel psicológico. Aunque el tratamiento clásico implica un tratamiento independiente de cada uno de los síntomas, el tratamiento multidisciplinar con un gran apoyo fisioterapéutico ha demostrado una mejoría significativa en todos los ámbitos del SDPC.

CONCLUSIÓN. Aunque hay poca evidencia publicada sobre el ámbito sexual en pacientes con SDPC, el tratamiento multidisciplinar incluyendo la fisioterapia, parece constituir el tratamiento de elección en ellos.

C-3.12 VI-RADS, EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO EN EL ESTADIAJE POR IMAGEN DEL TUMOR VESICAL

López Abad, Alicia; Alonso Ruiz, J.; Franco Reverte, J.M.; López Banet, E.; Aznar Martínez, Laura; Vidal Crespo, Natalia; Rull Hernández, Javier; Yago Giménez, Pablo; Cao Avellaneda, Enrique; López González, Pedro Ángel; Moreno Alarcón, Cristóbal; Martínez Gómez, Gloria; Fernández Garay, Juan Carlos; López Cubillana, Pedro; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Nicolás Torralba, Jose Antonio; Tornero Ruiz, Jesús Ignacio; Rigabert Montiel, Mariano; Escudero Bregante, Félix; Gómez Gómez, Guillermo Antonio.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN. El tumor vesical es el 13º cáncer más frecuente del mundo, el 6º más diagnosticado en hombres. Su estadiaje inicial requiere la realización de una resección transuretral (RTU). Esta técnica presenta un porcentaje de complicaciones mayores bajo, con un riesgo de sangrado significativo del 1.5%, de reintervención del 1.5% y de mortalidad del 0.8%. Recientemente se ha desarrollado la tecnología VI-RADS, basada en RMmp, para para ayudar en su estadiaje.

OBJETIVO. Revisar la evidencia científica publicada y comparar sus resultados con los obtenidos en nuestro centro. Esta nueva tecnología tiene tres ventajas potenciales, su uso previo a la RTU para estadiar el tumor lo antes posible, su uso tras la RTU para establecer el riesgo de tumor residual antes de realizar otra intervención y, por último, seguimiento de pacientes con TVNMI. Así, podría plantearse la realización de una cistectomía radical en pacientes con VI-RADS 4-5, lo que potencialmente disminuiría la morbilidad derivada de la RTU, el gasto hospitalario y el tiempo de espera hasta la cistectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado una revisión de la evidencia científica y la experiencia inicial en nuestro centro (estudio observacional prospectivo). Se incluye a catorce pacientes a los que se realizó resonancia magnética (RM) con lectura VI-RADS previamente a la RTU. Mediante VI-RADS se divide a las lesiones vesicales en cinco categorías. Las lesiones 1-2 son sugestivas de tumor vesical no músculo-infiltrante (TVNMI), y las 4-5 son sugestivas de tumor vesical músculo-infiltrante (TVMI), quedando las lesiones 3 con significado incierto.

RESULTADOS. Doce de los tumores fueron categorizados como VIRADS 4-5, once de los cuales presentaron confirmación AP de TVMI. Dos pacientes presentaban una RM que informaba de VI-RADS 1-2, con estudio histológico posterior de TVNMI. La sensibilidad en nuestra serie inicial es del 100%, con una especificidad del 66.67%.

CONCLUSIÓN. Esta experiencia inicial ofrece datos prometedores, que mejorarán a medida que adquiramos más experiencia y que se aproximan a los publicados (s=87.1% y e=96,7%). Quizás en un futuro nos permita un manejo más rápido del paciente con tumor vesical sin necesidad de realizar una RTU, reduciendo con ello el riesgo de morbimortalidad asociado.

Comunicaciones. Mesa 4. Vídeos

V-1. EXÉRESIS DE TUMOR RETROPERITONEAL ASOCIADO A NEFRECTOMÍA POR VÍA LAPAROSCÓPICA
Muñoz Guillermo, V.; Pietricica, B.N.; Jiménez Peralta, D.; Barragán Gamero, M.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Barceló Bayonas, I.; Rivero Guerra, A.; Carrillo George, C.; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A.; Cruces de Abia, F.I.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparico, T.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN. Los tumores primarios retroperitoneales son poco frecuentes y provienen de tejidos propios del espacio retroperitoneal o de restos embrionarios. En la mayoría de los casos los tumores son de estirpe maligna, aunque en los casos benignos, pueden presentar un crecimiento expansivo sobre estructuras vecinas.

OBJETIVO. Presentar el caso de una paciente con tumor retroperitoneal primario y su tratamiento por vía laparoscópica, ya que la vía de abordaje estándar es la abierta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 71 años con antecedentes de dislipemia, hipotiroidismo y diagnóstico reciente de enfermedad de Crohn. Tras la realización de tomografía axial computerizada (TAC) por enfermedad de Crohn, se visualiza masa retroperitoneal izquierda de 8cm de longitud craneocaudal y adenopatías mesentéricas a considerar linfoma como primera opción diagnóstica. Por lo que se realizó biopsia guiada con TC con resultado anatomopatológico de neoplasia mesenquimal de músculo liso sin criterios citoarquitecturales que sugieran malignidad (posible leiomioma o leiomiomatosis).

Se decidió control radiológico tras presentación del caso en comité multidisciplinar. El nuevo control radiológico se realizó a los 6 meses y objetivó crecimiento de la masa retroperitoneal (9,8cm) que ahora abrazaba de forma más estrecha el pedículo renal izquierdo sin condicionar trombosis aparente, además de disminución de tamaño de las adenopatías mesentéricas.

Ante estos hallazgos, se decide realización de cirugía, la cual es aceptada por la paciente.

En primer lugar, se intenta abordaje laparoscópico colocando a la paciente en decúbito lateral derecho e introducción de trócar de Hasson para óptica, dos trócares de 12mm y un trócar de 5mm de ayudantía. Tras la disección del tumor retroperitoneal se evidencia que interesa vena renal izquierda, por lo que se realiza nefrectomía izquierda asociada. El tiempo operatorio fue de 102 minutos y la pérdida sanguínea de 100ml.

CONCLUSIONES. El abordaje laparoscópico es una opción en tumores retroperitoneales siendo técnicamente factible y oncológicamente seguro, aunque la vía de abordaje abierta sigue siendo la técnica estándar.

V-2. ABORDAJE COMBINADO (VEIL + EXÉRESIS CUTÁNEA PARCIAL) DE CONGLOMERADO ADENOPÁTICO INGUINAL CON INFILTRACIÓN CUTÁNEA POR CARCINOMA DE PENE

*Jiménez Peralta, Daniel; Rosino Sánchez, Antonio; Muñoz Guillermo, Victoria; Barragán Gamero, Melque; Barragán Flores, William Andrés; Sandoval Martínez-Abarca José María; Barceló Bayonas, Isabel; Rivero Guerra, Angela; Carrillo George, Carlos; Fernández Aparicio, Tomás.
Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer.*

INTRODUCCIÓN. El pronóstico del carcinoma de pene está asociado, entre otros factores, a la infiltración adenopática y la velocidad de progresión. El manejo incluye quimioterapia neoadyuvante y cirugía. Sin embargo, en casos paliativos el objetivo es reducir la morbilidad asociada a la rápida infiltración cutánea y las complicaciones asociadas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos el manejo quirúrgico paliativo y combinado de un caso de carcinoma epidermoide de pene (pT1G2N3) con rápido crecimiento adenopático (<1mes) e infiltración de piel en un varón de 87 años, no subsidiario de quimioterapia neoadyuvante.

En posición decúbito supino, con muslo en abducción y rotación externa de cadera, se realiza linfadenectomía Inguinal Video-Endoscópica (VEIL) de paquetes superficial y profundo. Se realiza abordaje combinado para exéresis de conglomerado adenopático fuertemente adherido a piel. Posteriormente se realiza penectomía parcial reglada.

El paciente presenta postoperatorio inmediato favorable, sin linforrea o infección/necrosis cutánea tras la cirugía. Tampoco presentó linfedema tras retirada de drenaje.

CONCLUSIONES. En casos de conglomerados adenopáticos con infiltración cutánea, el abordaje combinado (VEIL – resección cutánea) es factible, permite disecar los grandes vasos con seguridad, minimizar la incisión cutánea y disminuir las complicaciones postoperatorias.

V-3. NEFROURETERECTOMÍA Y LINFADENECTOMÍA PARAÓRTICA EN TUMOR UROTELIAL

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

INTRODUCCIÓN. Los tumores uroteliales del tracto urinario superior son más frecuentes en pacientes fumadores, varones y en las séptima década de la vida. También pueden formar parte de síndromes hereditarios como el síndrome de Lynch.

OBJETIVO. Presentar una paciente con características y presentación poco comunes en este tipo de tumores.

DESCRIPCIÓN DE CASO. Mujer de 46 años que consulta por dolor en fosa renal izquierda tipo cólico desde hace más de año, sin hematuria, ni síndrome miccional asociado. No presenta antecedentes de interés, ni hábitos tóxicos, salvo la realización de una cesárea.

Tras el hallazgo en ecografía de hidronefrosis izquierda sin evidencia de la causa, se solicita TC urografía donde se objetiva "dilatación grado II-III izquierda calicial secundaria a una estenosis de la unión pieloureteral" sin poder descartar origen tumoral o inflamatorio.

Se realiza una exploración bajo anestesia del riñón izquierdo con ureteroscopia flexible, y toma de biopsia de la unión pieloureteral y citologías selectivas, que confirman el diagnóstico de carcinoma urotelial. Tras la realización de estudio de extensión negativo, se le propone a la paciente cirugía radical.

El control del uréter distal se realiza con desinserción endoscópica, tras descartar lesiones vesicales. Posteriormente, se procede al tiempo laparoscópico: con la colocación de trócar de Hasson para la óptica, dos trócares de 11mm y un trócar de 5mm.

Primero se procede a la decolación izquierda y control del uréter izquierdo con clampaje de este a nivel distal. El siguiente paso es la disección y ligadura del pedículo renal, con control primero de la arteria, y posteriormente de la vena renal. A continuación, se procede a la realización de la linfadenectomía paraórtica con el límite inferior hasta la bifurcación ilíaca. Finalmente, se realiza la liberación total del riñón izquierdo y comprobación de hemostasia.

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica es Carcinoma urotelial infiltrante a nivel de la unión pieloureteral (uréter proximal) de alto grado citológico, que infiltra hasta la grasa (pT3) y sin evidencia de infiltración neoplásica en ninguna de las 14 adenopatías.

CONCLUSIONES. La nefroureterectomía asociada a linfadenectomía retroperitoneal es el tratamiento de elección en los pacientes con tumor músculo-invasivo.

V-4. CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL Y NEOVEJIGA ORTOTÓPICA ILEAL MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Artés Artés, Miriam; Marín Martínez, Florencio Manuel; Bobadilla Romero, Emny Rochell; García Porcel, Víctor; Alcón Cerro, Pablo; García Escudero, Damian; Jimenez Parra, Jose David; Oñate Celdrán, Julian; Sánchez Rodríguez, Carlos; Molina Hernández, Olimpia; Sempere Gutiérrez, Andrés; Morga Egea, Juan Pedro; Valdelvira Nadal, Pedro; Andreu García, Angel; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luís.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN. La derivación urinaria intracorpórea es un procedimiento complejo y poco utilizado; sin embargo, ha demostrado resultados oncológicos y funcionales similares a los de la cirugía por acceso abierto.

OBJETIVO. Presentar nuestra técnica quirúrgica de confección de neovejiga ortotópica ileal laparoscópica en un varón con carcinoma vesical.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 51 años, fumador, sin ningún antecedente médico-quirúrgico de interés. Es estudiado por episodio de hematuria macroscópica, observándose en la uretroscopia neoformación vesical, por lo que se interviene de resección transuretral, con resultado anatomo-patológico de carcinoma urotelial de alto grado que invade capa muscular. En la tomografía computarizada toraco-abdomino-pélvica no se observan adenopatías ni signos de extensión a distancia. Se decide tratamiento quirúrgico. Se realiza cistoprostatectomía radical y linfadenectomía ilio-obturatriz bilateral laparoscópica y creación de neovejiga ortotópica ileal intracorpórea ("heart shaped"). Tras completar la cistoprostatectomía y linfadenectomía, se seleccionan y seccionan 50 cm de asa ileal, y se fija en la fascia de Denonvilliers. Se realiza anastomosis uretra-ileal y se destubuliza todo el segmento de íleo seleccionado. A continuación se sutura la cara posterior de la neovejiga, se coloca sonda vesical 20Ch, se pliega la neovejiga y se inicia la sutura de la cara anterior. Se realiza anastomosis uretero-ileal y colocación de catéteres ureterales uniJ bilaterales que se exteriorizan a piel y se completa la sutura de la cara anterior de la neovejiga. Se comprueba estanqueidad del reservorio con suero fisiológico y se coloca drenaje. Tiempo confección neovejiga: 4 horas. Drenaje retirado a las 48 horas. El día 13 presentó colecistitis aguda, siendo intervenido de colecistectomía laparoscópica. Los catéteres ureterales fueron retirados al 12 día de la intervención, la sonda vesical al 16 día y fue alta al 18 día. El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue de carcinoma urotelial de alto grado que infiltra toda la pared vesical, sin infiltración prostática y ganglio linfáticos. Actualmente el paciente se encuentra asintomático, sin recidiva tumoral y con una adecuada función urinaria, sin residuo posmiccional y continente.

CONCLUSIÓN. La cistoprostatectomía radical laparoscópica con formación de neovejiga ortotópica intracorpórea es un procedimiento complejo pero seguro.

Comunicaciones. Mesa 5

C-5.1 ¿ES EFECTIVA LA ELECTROESTIMULACIÓN DE SUELO PÉLVICO COMO TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO?

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

INTRODUCCIÓN. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una entidad altamente prevalente entre la población general, puede presentarse en ambos sexos, sin embargo, el sexo femenino es el más afectado. Aproximadamente el 35% de las mujeres en mayor o menor medida se ven afectadas por esta patología. Supone una causa importante de pérdida de calidad de vida, así como un elevado gasto sociosanitario tanto en costes directos como indirectos. Dentro del manejo conservador de la IUE, se encuentra la electroestimulación de suelo pélvico (ESP).

OBJETIVO. Evaluar la efectividad de la ESP como tratamiento de la IUE.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de carácter retrospectivo y observacional realizado en pacientes con IUE tratadas con ESP desde abril 2019 a enero 2020. Las pacientes fueron evaluadas antes y después de la ESP mediante el cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF), la escala visual análoga (EVA) para valorar como interfiere la IU en la vida diaria y la frecuencia de uso de compresas. Recibieron en total 20 sesiones de 20 minutos cada 2 días, la intensidad variaba de acuerdo con la tolerancia del paciente. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico SPSS, se usó el T- Student para medias emparejadas considerándose estadísticamente significativo una $P < 0.05$.

RESULTADOS. En total 31 pacientes fueron incluidas en el estudio, la edad media fue de $53.2 \pm 11.82SD$, el IMC medio fue de 24.81. Los cuestionarios fueron administrados antes de iniciar la ESP e inmediatamente tras completar las 20 sesiones de electroestimulación, evidenciándose una disminución estadísticamente significativa en la puntuación global del ICIQ-SF (de 13.8 ± 4.1 a 10.0 ± 5.0 ; $P = 0.000$), en la EVA (de 7.12 ± 2.7 a 5.3 ± 3.6 ; $P = 0.001$) y en la frecuencia de uso de compresas (de 3.2 ± 0.9 a 2.6 ± 1 ; $P = 0,000$), no se reportaron efectos secundarios.

CONCLUSIÓN. En base a los resultados de este estudio, la ESP a corto plazo parece ser un procedimiento efectivo y seguro como tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

PALABRAS CLAVES. Incontinencia urinaria de esfuerzo. Electroestimulación. Suelo pélvico.

C-5.2 REVISIÓN DE LA EFECTIVIDAD DEL SISTEMA ATOMS® EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE NUESTRO CENTRO

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

INTRODUCCIÓN. La incontinencia urinaria persistente tras la prostatectomía radical es una complicación frecuente que genera gran detrimento de la calidad de vida del paciente. Pese a que un elevado porcentaje de los pacientes mejora con tratamiento conservador, un 8-10% de los pacientes persiste con sintomatología al año de la intervención. Estos pacientes pueden ser candidatos a tratamiento quirúrgico, como el esfínter urinario artificial o alternativas más novedosas como el sistema ATOMS® (Sistema ajustable transobturador del varón). Este trabajo tiene como objetivo principal estudiar la efectividad y seguridad de dicho sistema en una muestra de pacientes de nuestro medio. Como objetivo secundario se estudió la satisfacción del paciente tras la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal. Para ello, fueron seleccionados 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente con implante de sistema ATOMS entre 2017-2019 en el Hospital Morales Meseguer, Murcia. Se evaluaron diferentes variables: datos demográficos, características de la incontinencia (causa, tratamientos previos, gravedad, etc) y especialmente la eficacia del tratamiento, expresada como: Continencia total (< 10 gramos en pad test (PD)), parcial ($< 50\%$ de gramos respecto a PD previo) y escasa ($> 50\%$ gramos con respecto a pad test previo) a los 6, 12, 24 y 36 meses del tratamiento. Las pruebas estadísticas comprendieron básicamente estadística descriptiva, empleando medias y porcentajes.

RESULTADOS. A los 6 meses del tratamiento, un 57% de la muestra mantuvo continencia completa, un 33%, continencia parcial y un 6,7%, escasa. A los 12 meses, el 53% mantuvo continencia completa, el 23%, parcial, y el 6,7%, escasa. A los 24 meses, un 50% presentó continencia completa, un 16,5% parcial y un 10% escasa. Por último, a los 36 meses del tratamiento, el 50% de los pacientes mantuvo una respuesta completa, mientras que un 16%, persistió con respuesta parcial y un 3,3%, escasa. El grado de satisfacción fue elevado en un 27% de los pacientes, adecuado en un 53% de los encuestados y un 13,3% no se mostraron satisfechos. Sólo un paciente (3,3%) presentó complicaciones postoperatorias siendo esta, seroma en herida quirúrgica.

CONCLUSIÓN. El sistema ATOMS es seguro, eficaz y presenta un buen grado de satisfacción en la muestra estudiada. Existen varios estudios con resultados similares, sin embargo, son necesarios trabajos de mayor tamaño muestral y con mayor tiempo de seguimiento.

C-5.3 FACTORES PREDICTIVOS RELACIONADOS CON LA EFICACIA EN LOS RETRATAMIENTOS CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A EN UROLOGÍA

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

INTRODUCCIÓN. El uso de Toxina botulínica tipo A ha resultado un procedimiento eficaz y seguro en pacientes con disfunción vesical refractaria a tratamiento médico. Con frecuencia se realizan retratamientos tras pérdida de eficacia con el tiempo en este tipo de pacientes.

OBJETIVO. Analizar si variables demográficas (sexo, edad, IMC, medio rural o urbano), diagnóstico pretóxina y número de procedimientos tienen relación con la efectividad y duración del efecto de la Toxina botulínica en nuestra serie.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo de Junio 2009 a Noviembre 2020. Un total de 202 procedimientos fueron realizados en régimen ambulatorio con anestesia local mediante inyección de Toxina botulínica tipo A intravesical en 105 pacientes seleccionados. Durante el seguimiento se realizaron revisiones al mes, a los 3, 6, 9 y 12 meses y posteriormente cada 6 meses. Se realizó un análisis descriptivo de los datos y del tiempo libre de recidiva de sintomatología previa mediante curvas de Kaplan Meier.

RESULTADOS. La edad media de los pacientes fue 62 años (rango 29-84) siendo un 85.6 % mujeres y el 14.4 % hombres con diagnóstico previo de vejiga hiperactiva (61%), vejiga hiperactiva de novo (19.5%), síndrome del dolor vesical crónico (9%), vejiga neurógena hiperrefléxica (8.5%) y disinergia vesicoesfinteriana (2%) con clínica severa refractaria a tratamiento médico o abandono por sus efectos adversos. La Toxina botulínica fue administrada con una dosis media de 104 Unidades (IC 95% 101-108) diluidas en 10 ml de suero mediante inyecciones en detrusor en un número medio de 10 (rango 5-30). El procedimiento fue bien tolerado con mediana en escala visual analógica del dolor ≤ 3 (0-10).

La media de procedimientos por paciente fue de 1.98 con una mediana de 1 (1-8). De los 202 procedimientos realizados, el 52% fueron únicos y el 48% de los casos restantes fueron retratamientos (22%, 2 procedimientos y 25.7% 3 o más). Tras un primer tratamiento el tiempo libre de reaparición de sintomatología fue de 11 meses para la mitad de los casos y fue de 10 meses para la mitad de los casos del grupo retratamiento.

En el análisis comparativo global no se hallaron diferencias de forma estadísticamente significativa según sexo, procedencia de medio rural o urbano ni IMC en cuanto a la eficacia en pacientes tras un único tratamiento o múltiples. La población rural mostró tendencia a la significación estadística ($p=0.06$).

CONCLUSIONES. En nuestra serie, las variables analizadas en relación a los retratamientos con toxina botulínica tipo A no han mostrado cambios en la durabilidad y eficacia en pacientes con Vejiga hiperactiva idiopática o de Novo, Síndrome del dolor vesical crónico o Vejiga neurógena.

C-5.4 RESULTADOS A 5 AÑOS DEL CABESTRILLO SUBURETRAL ADVANCE/ADVANCE XP

*Barragán, W.A.; Romero, A.; Izquierdo, E.; Muñoz, V.; Jiménez, D.; Barragán Gamero, M.; Sandoval J.M., Barceló Bayonas, I.; Rivero, A.; Carrillo, C.; Pietricica, B.; Cruces, F.; Rosino, A.; Hita, G.; Fernández, T.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.*

INTRODUCCIÓN. Desde su aprobación el cabestrillo suburetral AdVance/AdVance XP (Boston Scientific®) se ha planteado como una alternativa en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) leve-moderada tras prostatectomía radical (PR). Sin embargo, hay pocos trabajos que presenten los resultados de este dispositivo a largo plazo.

OBJETIVOS. Evaluar resultados a 5 años en pacientes tratados con cabestrillo suburetral AdVance/AdVance XP en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes intervenidos mediante cabestrillo suburetral (AdVance/AdVance XP) por IUE tras PR entre mayo 2008 y diciembre 2015. Se incluyeron pacientes con seguimiento de al menos 60 meses tras su intervención o con nueva incontinencia previa a 60 meses. Se definió incontinencia prequirúrgica como leve (1-2 compresas/día), moderada (3-5 comp/día) o severa (>6 comp/día). Como curación a la ausencia de uso de compresa y como recidiva la necesidad de 1 o más comp/día. Se realizó una curva de supervivencia (Kaplan-Meier) de continencia. Para comparar entre variables categóricas se utilizó Ji Cuadrado y T student para variables cuantitativas. Análisis en SPSS v22.

RESULTADOS. Identificamos 94 pacientes intervenidos de cabestrillo suburetral, para el análisis se incluyeron 52 pacientes. 13 (25%) pacientes fueron intervenidos con el cabestrillo AdVance, mientras que 39 (75%) con el sistema AdVance XP. La mediana de edad fue 66 años (49-78). La puntuación en test ICIQ-SF tuvo una mediana de 18 (12-20). 16 (30,80%) pacientes presentaron IUE leve, 33 (63,50%) moderada y 3 (5,80%) grave. Con una mediana de uso de 3 compresas /día. 48 pacientes (68,60%) presentaron un test de reposicionamiento uretral completo (>1.5 cm). Recibieron radioterapia pélvica 4 (5.70%) pacientes previo a la intervención.

La mediana de seguimiento fue de 64 meses. A los 5 años, 25 (48,1%) pacientes presentaron nueva IUE vs 27 (51,9%) que mantuvieron continencia total. Al realizar la curva de supervivencia no se llegó a la mediana de supervivencia. Se encontraron diferencias significativas en cuanto a nueva incontinencia según IUE inicial (leve vs moderada/grave) ($p=0,026$), y con puntaje en test ICIQ ($p=0,03$). No se encontró relación con la edad ($p=0,32$).

CONCLUSIONES. Es importante remarcar que es uno de los pocos trabajos con seguimiento a 5 años de estos pacientes. Podemos concluir, que tras 5 años de seguimiento 51,9% de los pacientes continúa continente. La gravedad de la IUE inicial medida por compresas/día como por test ICIQ parece tener relación con la recidiva de incontinencia, congruente con otros trabajos.

C-5.5 OPTIMIZACIÓN EN EL MANEJO CON TOXINA BOTULÍNICA DEL SÍNDROME DE VEJIGA HIPERACTIVA REFRACTARIA

*García Porcel, V.J.; Marín Martínez, F.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.R.; Alcón Cerro, P.; Jiménez Parra, J.D.; Molina Hernández, O.; 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.
Hospital General Universitario Reina Sofía (Murcia).*

INTRODUCCIÓN. El síndrome de vejiga hiperactiva se considera refractario (SVHR) cuando no responde a medidas higiénico-dietéticas ni a terapia oral, siendo sus opciones terapéuticas limitadas. La toxina botulínica se encuentra indicada en estos casos, si bien no esta exenta de riesgos y su empleo óptimo esta por definir.

OBJETIVOS. Comparar un patrón de 10 inyecciones intravesicales de toxina botulínica para el manejo del SVHR con el patrón estándar de 20 inyecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio analítico retrospectivo que incluye a 85 pacientes con SVHR tratados con toxina botulínica intravesical (intervención A: 100 unidades en 10 inyecciones según esquema 3-4-3) entre 2019 y 2020 en nuestro centro.

Evaluamos la respuesta al tratamiento según los cuestionarios OAB-V8 (Overactive Bladder), ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence), SF-36 Health Survey y TBS (Treatment Benefit Scale), así como complicaciones asociadas. Se compararon los resultados con los obtenidos en un estudio previo (control histórico) que valoraba la pauta estándar de 20 inyecciones (intervención B: esquema 5-5-5-5).

Fuente de datos: Hª clínica informatizada. Análisis estadístico: SPSS Statistics ($p<0,05$).

RESULTADOS. Con la intervención A, respuesta al tratamiento con mejoría estadística entre las puntuaciones pre y post botox según los cuestionarios OAB-V8 e ICIQ-SF. Con el cuestionario SF-36, objetivamos mejoría en rol dolor corporal.

Comparando ambas intervenciones, no encontramos diferencias en la respuesta al tratamiento según los cuestionarios OAB-V8, ICIQ-SF y SF-36 pre y post tratamiento.

No hallamos diferencias en la repuesta al tratamiento percibida por el paciente entre ambas intervenciones según el cuestionario TBS.

Encontramos menor numero de complicaciones generales, principalmente de residuo post miccional patológico, con la intervención A, sin que esta tendencia alcance significación estadística.

Menor dolor asociado con la intervención A según la escala EVA, con diferencias estadísticamente significativas entre la puntuación media de ambos patrones.

CONCLUSIONES. Un patrón de 10 inyecciones de toxina botulínica intravesical resulta válido para el manejo del SVHR, asociando un menor dolor referido, respecto al estándar. Así mismo, muestra una tendencia a la minimización de complicaciones, si bien los resultados aquí no son concluyentes.

C-5.6 PERFIL DE PACIENTES EN PROTOCOLO DE CATETERISMO INTERMITENTE LIMPIO EN SEGUIMIENTO POR UNIDAD DE UROLOGIA FUNCIONAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE CARTAGENA, PARTE DEL REGISTRO CILREG

*Nedelcu, R.G.; Montoya Chinchilla, R.; Guardiola Ruiz, I.; Server Gomez, G.; Sala Lafuente, L.G.; Jiménez Penick, F.J.; Cachay Ayala, M.E.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.
Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El cateterismo intermitente limpio (CIL) es la técnica de elección en problemas de vaciado y en pacientes con vejigas de altas presiones de llenado, evitándose el posible daño de vía urinaria superior. El CIL disminuye el riesgo de infecciones del tracto urinario (ITU) que pueden aparecer de forma crónica o recurrente con catéteres vesicales permanentes. Se puede realizar por el paciente (autosondaje) o por un cuidador.

A nivel nacional se ha desarrollado un estudio multicéntrico llamado "CILREG Registro Perfil de pacientes en protocolo de cateterismo intermitente limpio en seguimiento en Unidades de Urología funcional" con más de 15 centros por todo el territorio nacional con el objetivo de conocer el perfil de pacientes que realizan CIL, los recursos utilizados y el número y tipo de complicaciones que presentan.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se presentan los pacientes aportados desde la unidad de urología funcional de nuestro hospital. Se ha empleado un formulario realizado para el estudio, donde se han recogido datos sobre pacientes, modo de cateterismo y complicaciones, de forma retrospectiva.

RESULTADOS. La edad media de los pacientes ha sido de 43 años, siendo 8 mujeres y 9 hombres.

El principal motivo por lo cual se realiza CIL es vejiga neurógena causado por lesión medular, esclerosis múltiple, síndrome de cola de caballo, neuropatía autonómica, mielitis. También hay una paciente con síndrome de Fowler.

La mayoría (92%) realizan autosondaje: de pie (33%), en silla de ruedas (25%), en cama (8%) o transferencia al inodoro (33%).

La media de cateterismo al día es de 4,06 con un volumen medio vaciado de 300ml. El tiempo medio de duración en programa de CIL es de 48 meses.

La complicación más frecuente ha estado la infección de tracto urinario con 76% de los pacientes presentando ITU en el último año con una media de 2,3 episodios por paciente.

Limitaciones: es parte de un estudio mayor y nuestros casos analizados son escasos.

CONCLUSIONES. La ITU es la complicación más frecuente en los pacientes que realizan CIL. No se han encontrado diferencias con el sexo del paciente.

La mayoría de los pacientes realizan autosondaje.

Pósteres

P-1 EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUBERCULOSIS LATENTE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

*Artés Artés, Miriam; Marín Martínez, Florencio Manuel; Bobadilla Romero, Emny Rochell; García Porcel, Víctor; Jimenez Parra, Jose David; Oñate Celdrán, Julian; García Escudero, Damian, Sánchez Rodríguez, Carlos; Molina Hernández, Olimpia; Sempere Gutiérrez, Andrés; Morga Egea, Juan Pedro; Valdevira Nadal, Pedro; Andreu García, Angel; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luís.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.*

INTRODUCCIÓN. El tracto urogenital es una de las localizaciones más frecuentes de tuberculosis extrapulmonar, pero no es un hallazgo muy común en nuestra práctica clínica.

OBJETIVO. Presentar un caso de epididimitis tuberculosa en un varón joven con tuberculosis pulmonar asintomático.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 30 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor en hemiescroto izquierdo de varias semanas de evolución. No refiere síndrome miccional ni fiebre. En la exploración presenta dos nódulos pétreos en epidídimo izquierdo dolorosos a la palpación. No se encontraron adenopatías regionales. El sedimento de orina y el urocultivo solicitados no presentaron hallazgos significativos, ni tampoco la analítica de sangre. Se realiza ecografía escrotal observando dos imágenes nodulares de 1.6 y 0.8 cm en cola de epidídimo que impresionan de absceso, sin poder descartar neoformación. Es tratado con varias pautas de antibiótico sin mejoría, por lo que se realiza epididimectomía izquierda, con resultado anatomopatológico de epididimitis granulomatosa caseificante compatible con tuberculosis. Ante estos hallazgos, se deriva al paciente a Medicina Infecciosa, realizándose tomografía computarizada de tórax donde se objetivan infiltrados bilaterales en los vértices pulmonares y cultivo de Ziehl Neelsen negativo. El paciente se encuentra actualmente en tratamiento con Rifampicina e Isoniazida. Se encuentra asintomático y en el cuarto mes de tratamiento antituberculoso.

CONCLUSIONES. La epididimitis tuberculosa es una enfermedad urológica rara y difícil de diagnosticar. Aunque poco frecuente, la tuberculosis genital puede ocurrir en testículo y epidídimo, y el diagnóstico histopatológico debe realizarse correctamente para diferenciarlo de otras enfermedades granulomatosas, especialmente de neoplasias malignas.

P-2 TUBERCULOSIS MILIAR POR INSTILACIÓN ENDOVESICAL DE BCG. REPORTE DE UN CASO

Artés Artés, Miriam; Marín Martínez, Florencio Manuel; Bobadilla Romero, Emny Rochell; García Porcel, Víctor; Alcón Cerro, Pablo; Jimenez Parra, Jose David; Oñate Celdrán, Julian; García Escudero, Damian, Sánchez Rodríguez, Carlos; Molina Hernández, Olimpia; Sempere Gutiérrez, Andrés; Morga Egea, Juan Pedro; Valdelvira Nadal, Pedro; Andreu García, Angel; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luís.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia

INTRODUCCIÓN. La instilación endovesical de bacilo de Calmette-Guérin (BCG) es un tratamiento complementario eficaz para el cáncer de vejiga no musculo invasivo, una vez realizada la resección transuretral, ya que se ha comprobado que retrasa la progresión y recidiva de la enfermedad. No está exento de complicaciones, habiéndose descrito reacciones locales y sistémicas, éstas últimas muy infrecuentes.

OBJETIVO. Presentar un caso de tuberculosis miliar en un varón con tumor vesical y en tratamiento con instilaciones endovesicales de BCG.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 53 años, con antecedente de asma bronquial alérgico, diagnosticado de carcinoma papilar urotelial de vejiga (T1 alto grado) y en tratamiento con instilaciones endovesicales de BCG en fase de mantenimiento. Tras segunda sesión de mantenimiento presenta fiebre, astenia y artromialgias. Exploración física anodina. Analítica de sangre sin hallazgos significativos y cultivo de Ziehl Neelsen negativo. La tomografía computarizada de tórax mostró afectación bilateral, difusa y homogénea de todos los lóbulos pulmonares por nódulos de muy pequeño tamaño, compatible con tuberculosis miliar. Se interrumpió el tratamiento con BCG y se inició tratamiento con Rifampicina, Isoniazida y Etambutol. Actualmente en seguimiento por el Servicio de Enfermedades Infecciosas, en el cuarto mes de tratamiento, refiere estar asintomático.

CONCLUSIONES. La tuberculosis miliar secundaria a instilaciones endovesicales con BCG es una complicación infrecuente pero grave, y se debe sospechar ante un paciente que recibe terapia con BCG y presenta un cuadro febril sin foco.

P-3 CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS EN INJERTO RENAL

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El tratamiento de los pacientes con carcinoma de células renales (CCR) en injerto renal no está estandarizado debido al escaso número de pacientes con esta patología, se intenta siempre abogar por una actitud conservadora con nefrectomía parcial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Se presenta el caso de una mujer de 56 años, hipertensa y dislipémica, sin hábitos tóxicos. Poliquistosis hepatorenal autosómica dominante que precisa trasplante hepatorenal en 2015. En septiembre de este año se solicita ecografía abdominal por empeoramiento de la función renal hallándose nódulos corticales en injerto renal sugestivos de proceso neoformativo. Se realiza TAC de tórax y abdomen con contraste que informa de lesiones nodulares de 3.3 y 3.1 centímetros de tamaño, hipodensas respecto al resto del parénquima renal, aunque de aspecto sólido compatibles con neoplasia. Se realiza biopsia guiada con ecografía: CCR compatible con carcinoma de células claras de origen primario renal. Antes de la intervención presenta Creatinina basal de 2 mg/dl.

Se realiza nefrectomía parcial de las lesiones antes descritas para intentar conservar el injerto, en el postoperatorio inmediato se realiza pielografía por débito abundante en drenaje y se objetiva fístula en tercio distal del uréter. Se decide manejo conservador con nefrostomía de injerto renal, drenaje abdominal y catéter JJ. La anatomía patológica informa de: carcinomas con componente focal de células claras, estadio pT1a N0 Mx.

Actualmente la paciente se encuentra clínicamente bien, con empeoramiento de la función renal (Cr 3 mg/dl) pero sin necesidad de diálisis y con resolución completa de fístula urinaria, mantiene el JJ.

CONCLUSIONES. Podemos decir que el CCR en injerto renal presenta una baja incidencia, pero nada desdeñable al compararla con la incidencia de tumores renales en la población general. No se conoce su mecanismo etiológico y su presentación suele ser tardía, aproximadamente a los 10 años del trasplante. Al tratarse de personas monorrenas funcionales es necesario realizar una biopsia de confirmación. No existe un tratamiento estandarizado, pero se prefiere un enfoque conservador.

Premio Server Falgás a la mejor comunicación:

Iris Guardiola Ruiz.

R-1 Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

«Uso de pinza peneana circular para tratar la incontinencia urinaria masculina»

Premio Pérez Albacete al mejor Vídeo:

«Experiencia inicial en cistectomía radical laparoscópica más derivación urinaria intracorpórea»

Olimpia Molina Hernández.

R-5 Hospital Universitario Reina Sofía.

Premio Mariano Tomás al mejor examen de residentes:

Olimpia Molina Hernández.

R-5 Hospital Universitario Reina Sofía.

Premio Server Falgás año 2020

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.; Sala Lafuente, L.; Rodríguez Tardido, A.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.

INTRODUCCIÓN.

Aunque la prevalencia de la incontinencia urinaria (IU) no está bien establecida, en España se estima que en varones se aproxima al 13.6% en >60 años¹ y al 15.5% en >65 años², según la bibliografía. Se trata de un problema médico con gran impacto en la vida diaria de los pacientes, pues afecta tanto al entorno social, como el físico, sexual, psicológico y laboral, reduciendo notablemente su calidad de vida^{3,4,5}.

Existen distintas opciones de tratamiento para la IU masculina, entre las que se encuentran los dispositivos externos como los absorbentes (compresas y pañales), colector peneano y pinza peneana; tratamiento farmacológico y tratamiento quirúrgico^{6,7}.

La mayoría de los pacientes emplean métodos absorbentes^{8,9}, pero éstos son incómodos y provocan humedad y escozor en la zona genital, lo que conlleva a una disminución de su calidad de vida. Por ello, surge la necesidad de nuevas opciones terapéuticas.

La pinza peneana es un dispositivo externo que se coloca alrededor del cuerpo del pene y mediante una suave presión en la uretra, detiene el flujo de orina, previniendo y controlando los escapes involuntarios de orina^{10,11,12}. Existen diversos tipos de pinza según su forma y dureza del material: planas, circulares, anguladas, semicircular, etc. Estudios previos analizaron la respuesta fisiológica de la pinza y su potencial acción lesiva por presión en varios tipos de pinza, y observaron que el flujo sanguíneo uretral se veía comprometido tras 50 minutos de uso continuado, recuperando la oxigenación tisular a los pocos minutos de la retirada de la pinza¹³.



Figura 1. Pinza peneana Harex®

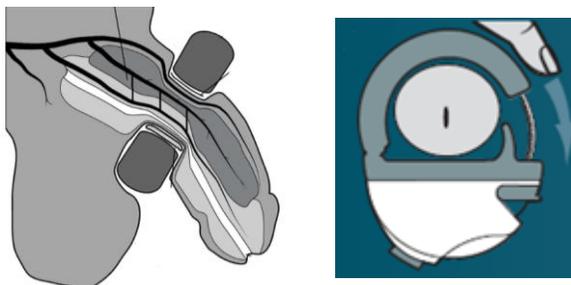


Figura 2 y 3. Colocación de la pinza en el cuerpo del pene.

Figura 2 obtenida de Lemmens et al.¹³

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer la valoración global, incluyendo aspectos clínicos y económicos, del uso de una pinza peneana circular de nuevo desarrollo (Harex®).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se ha realizado un ensayo clínico fase dos, multicéntrico a nivel nacional durante los meses de julio y agosto de 2019, con un tamaño muestral de 65 pacientes. A continuación, se exponen los resultados de los 19 pacientes aportados por la Región de Murcia, reclutados en el Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

Los pacientes emplearon el dispositivo Harex®, una pinza peneana circular de nuevo desarrollo, durante una semana. Este dispositivo presenta una correa que se ajusta alrededor del pene y un botón que ejerce la presión contra la uretra (figura 3).

Mediante encuesta escrita, se analizaron las siguientes variables: edad, causa y tipo de IU, tratamiento actual para la IU, conocimiento previo de otros métodos para la IU aparte de absorbentes, gastos mensuales en tratamiento para la IU, la valoración personal y aportación de posibles mejoras de la pinza.

Para el análisis estadístico, se han empleado los programas Excel y GraphPad Prism 5, mediante los que se ha realizado un estudio descriptivo de las variables.

RESULTADOS.

La media de edad de nuestros pacientes fue de 66.53 ± 9.18 años. El tipo de IU más frecuente fue el de esfuerzo (78.9%), seguido del de urgencia (15.8%), y la causa más frecuente de IU fue la postquirúrgica (78.9%).

Todos nuestros pacientes empleaban absorbentes como método previo, y el 89% de ellos desconocía otras opciones terapéuticas. En las figuras 4 y 5 se muestran la frecuencia de uso de absorbentes al día y durante cuánto tiempo llevan usándolos.

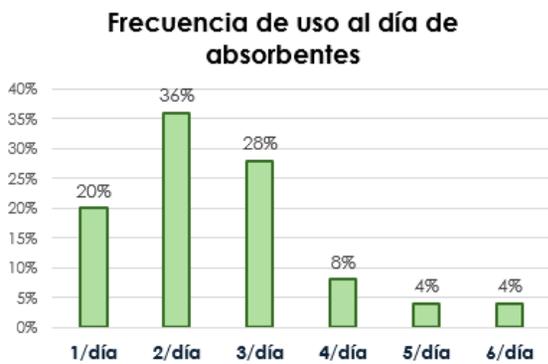


Figura 4. Frecuencia de uso de absorbentes al día.

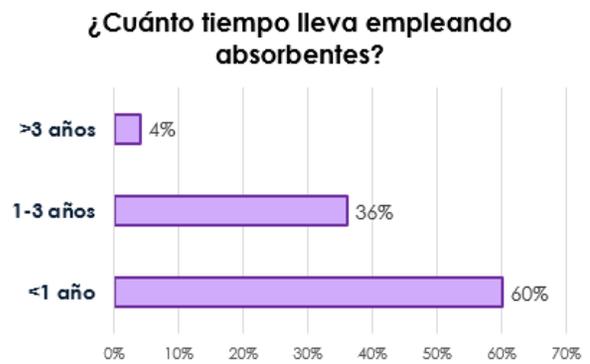


Figura 5. Tiempo empleando absorbentes.

En cuanto a la perspectiva económica, el 72% gasta hasta 30€ mensuales en absorbentes.

Los pacientes reivindicaron diversas cuestiones respecto al tratamiento de su IU, entre las que destacan las siguientes: que ningún producto le ofrece garantías al cien por cien (36%), que los productos actuales tienen un gasto elevado anual (20%) y que es necesario mejorar su calidad de vida, pues con los métodos actuales no ha mejorado sustancialmente (20%).

Los aspectos de la pinza que más han apreciado son la mejora en la higiene genital (29%) y la comodidad del dispositivo (21%). Por otro lado, lo peor valorado fue la dificultad de ajuste al pene (30%).

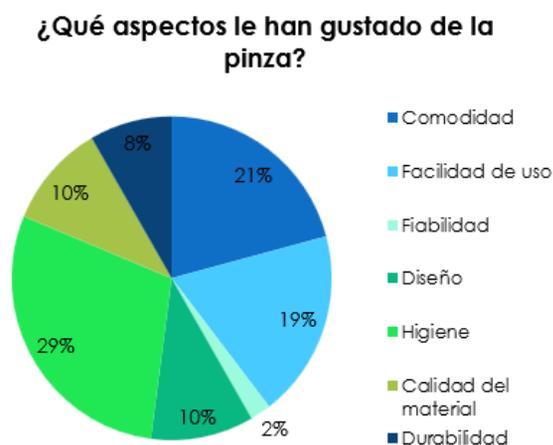


Figura 6. Valoración positiva del dispositivo.



Figura 7. Valoración negativa del dispositivo.

El 63% consideró “algo mejor”/ “mucho mejor” la pinza, en comparación con los absorbentes. Respecto al nivel de satisfacción global, el 47% expresó que estaba “satisfecho”/ “muy satisfecho” con el dispositivo, aunque el 21% manifestó que estaba “nada satisfecho”.

La limitación principal del estudio ha sido el pequeño tamaño muestral, ya que se trata de una porción de un estudio multicéntrico. Otro aspecto a tener en cuenta es que la mayoría de las variables analizadas son subjetivas, y ello puede implicar una menor validez de los resultados.

CONCLUSIONES.

Tras la realización del estudio, hemos observado que gran parte de los pacientes con IU desconocen otros métodos terapéuticos para intentar mejorar su calidad de vida. La pinza peneana Harex® ha resultado una opción interesante para más de la mitad de los pacientes, por lo que consideramos necesario facilitar información a los pacientes para que puedan valorar otras opciones terapéuticas y amplíen sus conocimientos en todas las alternativas de tratamiento de la IU.

La pinza Harex® mejora la higiene genital de los pacientes y es considerado un método más cómodo, en comparación con los absorbentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalence of urinary incontinence and its relation with sedentarism in Spain. *Actas Urol Esp.* 2017 Dec;41(10):624-630.
2. Cervera Deval J, Serralta Davia I, Macia Pareja C et al. Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto? *Rehabilitación.* 2004. Vol 38:1-6.
3. Tennstedt SL, Chiu GR, Link CL, Litman HJ, Kusek JW, McKinlay JB. The effects of severity of urine leakage on quality of life in Hispanic, white, and black men and women: the Boston community health survey. *Urology.* 2010 Jan;75(1):27-33.
4. Harris SS, Link CL, Tennstedt SL, et al. Care seeking and treatment for urinary incontinence in a diverse population. *J Urol* 2007; 177:680.
5. Lagro-Janssen TA, Hilkens CJ, Klaasen RI, Teunissen D. Greater emotional and social effect of urinary incontinence in men than women. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1779.
6. Clemens JQ. Urinary incontinence in men. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on November 22, 2019).
7. Chong JT, Simma-Chiang V. A historical perspective and evolution of the treatment of male urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018 Mar;37(3):1169-1175
8. Cottenden A, Bliss D, Fader M, et al. Management with continence products. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence (3rd Int. Con.)*. Health Publications Ltd., Jersey; 2005. 149– 253.
9. Macaulay M, Broadbridge J, Gage H, Williams P, Birch B, Moore KN, Cottenden A, Fader MJ. A trial of devices for urinary incontinence after treatment for prostate cancer. *BJU Int.* 2015 Sep;116(3):432-42.
10. Levy A, Fader M, Bader D, Gefen A. Penile compression clamps: A model of the internal mechanical state of penile soft tissues. *Neurourol Urodyn.* 2017 Aug;36(6):1645-1650.
11. Barnard J, Westenberg AM. The penile clamp: medieval pain or makeshift gain? *Neurourol Urodyn.* 2015 Feb;34(2):115-6.
12. Sharaf A, Fader M, Macaulay M, Drake MJ. Use of an occlusive penile clamp during filling cystometry in men with symptoms of stress urinary incontinence. *Low Urin Tract Symptoms.* 2019 May;11(3):133-138.
13. Lemmens JM, Broadbridge J, Macaulay M, Rees RW, Archer M, Drake MJ, Moore KN, Bader DL, Fader M. Tissue response to applied loading using different designs of penile compression clamps. *Med Devices (Auckl).* 2019 Jun 27;12:235-243.

Aproximación histórica al desarrollo de la urología en la Región de Murcia

En el apartado de Publicaciones de la página web de la AMU, se encuentra ya incluido su contenido, dividido en catorce capítulos más una introducción y un epílogo, que cubre la historia del desarrollo de la Urología como especialidad médica en nuestra Región; consta de 210 páginas y 515 figuras de las que 200 corresponden a fotografías de los urólogos. Aprovechamos el congreso de este 2021 para la presentación de la obra en su Boletín, con un resumen de la misma.

Iniciamos nuestro recorrido en la época prehistórica con las representaciones de figuras itifálicas conservadas en los abrigos del sureste y con exvotos extraídos en diversas excavaciones arqueológicas, seguimos con una reseña de la urología en el periodo visigótico, no hemos localizado ninguna referencia urológica murciana en el árabe.

Durante el reinado de Felipe II, la sublevación morisca de Granada llevó a la guerra de las Alpujarras (1568-1571); en Murcia, como región fronteriza que era, hubo una leva forzada para acudir a luchar contra los rebeldes. La promiscuidad existente en los campamentos condujo a que, al regreso al hogar, hubiera numerosos “enfermos de pasión de orina y carnosidades” de tal modo que, en 1581, el Concejo de Murcia solicitó al rey Felipe II permiso para contratar a Pedro Bibes como experto en la cura de las “carúnculas”, responsables de ese daño.

El Hospital de San Juan de Dios fue el principal nosocomio de la ciudad, en el que el cirujano Juan Alarcón Tomás realizó el tratamiento del mal venéreo con aplicaciones mercuriales en diez enfermos, descrito y publicado en 1802, por el médico Meseguer Ingoloti, buen ejemplo de observación y de medicina experimental.

José Meseguer Huertas fue el primer urólogo con preparación específica urológica de la Región, cirujano del hospital por oposición en 1853 y formado en Madrid en la operación de la talla por vía perineal y en la litotricia de la litiasis vesical, que realizaba con destreza y sobre las que presentó dos casos en *El Siglo Médico* en 1865.

En el último tercio del siglo XIX, se implantan en el quirófano del Hospital Provincial de Murcia la anestesia y las medidas de asepsia y antisepsia; el cloroformo lo utiliza en 1881 **Antonio Hernández Ros** para efectuar una talla por vía perineal y el método antiséptico en cirugía es difundido por el cirujano **Agustín Ruiz Martínez** en 1882.

En el siglo XX **Claudio Hernández-Ros Navarro**, pionero en la introducción de la anestesia raquídea en 1901, hizo numerosas operaciones urológicas, relación que publica en 1905 y en 1915 practicó la primera prostatectomía transvesical en Murcia; diseñó también un “vástago para extraer los cuerpos extraños de la vejiga por cistoscopia”.

En 1911 se constituyó la Asociación Española de Urología de la que fueron socios fundadores **Salvador Pascual Ríos**, natural de La Unión y que ejerció en Madrid, y **Julio Lorca Tortosa**, murciano adiestrado en urología por Joaquín Albarrán en el Hospital Necker de París y que ejerció en Murcia desde dicha fecha, sin poder desplegar sus conocimientos debido a su temprano fallecimiento (1919).

Fulgencio Cano Soria fue el iniciador de la especialidad en Murcia desde 1917; formado con Mollá Rodrigo, amplió su preparación en la patología de las vías urinarias en París con el Dr. Marion; urólogo del Hospital de la Cruz Roja de la ciudad, el ser director médico del centro durante la contienda nacional le costó ser depurado e inhabilitado a su término para la práctica quirúrgica.

En 1931 se constituyó oficialmente en el Hospital de San Juan de Dios, un servicio de urología unido al de cirugía general del que fue encargado **Ramón Sánchez-Parra García**, buen cirujano general, pero sin formación urológica específica, lo cual hizo que en Murcia no prosperara la especialidad ni se constituyera un centro de calidad para llevar a cabo su completa y extensa cirugía.

Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Fue el medio de extender la asistencia sanitaria a la población obrera, en Murcia se inició su implantación en 1946. La urología contó con dos plazas, que fueron atendidas por **Leopoldo Navarro Mínguez** y **Juan Martínez García**; en 1955 se creó otra de jefe de equipo quirúrgico, ganada en concurso por Vicente Font Lledó; en 1966, una cuarta, obtenida igualmente por Antonio Gras Richart; las siguientes fueron desempeñadas por José Alcaraz Pedreño, en 1972, y por Francisco Cuesta Climent, en 1984.

Una vez formados se establecieron en Murcia capital otros especialistas, que comienzan por lo general como ayudantes de cupo urológico en el SOE, puesto previo a lograr una plaza de titular: en 1958, Gerardo Server Falgás; en 1959, José Luis Prefasi Martínez; en 1964, José Lorca García; en 1966, José Gil Franco; y, en 1984, Óscar Fontana Compiano.

Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca. Inaugurada en enero de 1968, con ella la calidad asistencial mejoró notablemente e hizo que los ciudadanos recibieran una atención médico quirúrgica igual a la de los principales hospitales españoles, de ahí que fuese rápidamente aceptada la medicina que se practicaba en el centro con una entrega de total confianza a sus médicos.

La urología la ejercen en ella **Gerardo Server Falgás** como jefe del servicio, y como adjunto, **Santiago Lescure del Río**; en 1969 ingresa **Mariano Pérez Albacete** y, en 1972, **Gerónimo Salmerón López-Rúa** en sustitución de Lescure del Río quien se traslada a Cartagena como jefe de servicio de la residencia Santa María del Rosell. En 1973, en concurso libre nacional, se consolidan las plazas interinas y Pérez Albacete, en nueva convocatoria libre nacional de 1975, obtiene la de jefe de sección. Mantiene este equipo una sólida práctica urológica con la introducción en la Región de la resección transuretral tanto prostática como de los tumores vesicales, la técnica de Millin para la adenomectomía prostática y la aplicación de citostáticos intravesicales, como acciones más relevantes.

Transcurridos escasamente ocho años quedó claramente demostrada la insuficiente capacidad del nosocomio para asistir adecuadamente a la población del área de Murcia y su provincia, con la masiva afluencia de enfermos gracias al prestigio logrado por el alto grado de tratamiento prestado en todas sus especialidades, lo que hizo que se levantase la Ciudad Sanitaria de igual nombre en 1975, con el traslado de los enfermos y del personal a ella y en la que al servicio de urología al poco se incorporan como médicos adjuntos **Ángel Guardiola Mas** y **Pablo Martínez Pertusa**.

La década de los ochenta se caracteriza en la especialidad por la entrada de innovaciones técnicas como la ecografía, la tomografía axial computarizada, la ureterorenoscopia y la litotricia por ondas de choque. En 1983 se inicia el programa de trasplante de órganos con la extracción renal y la realización del primer implante tuvo lugar en julio de 1985.

El Hospital Virgen de la Arrixaca contó con acreditación para la formación de especialistas por el sistema de médicos internos y residentes (MIR) desde la creación de esta modalidad de enseñanza en 1970; en estos 50 años se han preparado como urólogos treinta y tres médicos, la mayoría de los cuales ocupan actualmente plaza en los hospitales de la Comunidad

Al jubilarse Server Falgás en 1990, es nombrado jefe de servicio de urología Pérez Albacete; de sección, Guillermo Gómez Gómez; y se incorporan como adjuntos Antonio Prieto González y Pedro López Cubillana. En estos años la cirugía mínimamente invasiva se impone, especialmente la laparoscópica y la percutánea renal.

En el año 1998 la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia se hace cargo de la sanidad, se constituye el Servicio Murciano de Salud, que eliminó el sistema de cupos del SOE; todos los médicos especialistas, junto con sus ayudantes titulados, se integraron paulatinamente hasta el 2005 como facultativos especialistas de área (FEA) en el servicio de su hospital de referencia al que fueron también dirigidos los pacientes de la zona.

En 2010, al retiro de Pérez Albacete, se hace cargo del servicio Gómez Gómez y Server Pastor asciende a jefe de sección. La plantilla en este 2021 la forman, además: Antonio Prieto González, Pedro López Cubillana, Mariano Rigabert Montiel, José Antonio Nicolás Torralba, Jesús Tornero Ruiz, Pedro Ángel López González, Félix Escudero Bregante, Cristóbal Moreno Alarcón, Gloria Martínez Gómez, Enrique Cao Avelaneda y Juan Carlos Fernández Garay, quien se desplaza tres días a la semana al Hospital de Cieza.

Facultad de Medicina. Creada en 1969, en ella se integraron como profesores numerosos médicos murcianos. La docencia urológica, impartida en el sexto curso, comenzó en el de 1975-76, con **Server Falgás** como profesor responsable y **Pérez Albacete** como ayudante y quien, tras el retiro del primero en 1990, obtiene por concurso de méritos la plaza de profesor asociado y cubre la vacante Gerardo Server Pastor. En 1988 el nosocomio fue reconocido como centro docente universitario y desde entonces se denomina Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Hospital Provincial de San Juan de Dios. Una vez reformado en 1992, se reorganizan los servicios, el de urología se independiza del de cirugía y, en 1995, Óscar Fontana Compiano gana por oposición la jefatura y efectúa una profunda transformación: actualiza la atención de la patología urinaria, que eleva a los estándares propios de un hospital de su categoría, con la colaboración de un equipo de urólogos bien formados encabezados por **Mariano Tomás Ros**, **José Luis Rico Galiano** y **Andrés Sempere Gutiérrez** y logra, además, la acreditación del servicio como centro de formación MIR en la especialidad que ultimamente cinco urólogos, hasta 1999, cuando el nosocomio es cerrado y demolido.

Hospital de la Reina Sofía. Se levantó en el solar que ocupaba el viejo y se inauguró en 2005; Fontana Compiano se mantuvo al frente de urología hasta su retiro en 2017, en el que se hace cargo como responsable del servicio **Pablo Guzmán Martínez-Valls**, quien continúa con la gran tarea mantenida por el equipo urológico compuesto en la actualidad por: Andrés Sempere Gutiérrez, jefe de sección, Juan Pedro Morga Egea, Pedro Valdelvira Nadal, Ángel Andreu García, Julián Oñate Celdrán y los recién incorporados Carlos Carrillo George, Damián García Escudero y José David Jiménez Parra. Recupera el servicio la acreditación docente MIR en 2008 y se formaron otros seis especialistas, uno por año.

Hospital Morales Meseguer. El edificio de la “Arrixaca vieja” estuvo completamente abandonado durante 18 años; remodelado y ampliado, se abrió en 1994 como Hospital Morales Meseguer. La asistencia urológica comenzó en 1995 y fue encomendada a **Bernardino Miñana López** y a **Tomás Fernández Aparicio**, la plantilla se completó con los urólogos jefes de equipo quirúrgico de cupo de su área sanitaria, José Lorca García y Francisco Cuesta Climent, y sus respectivos ayudantes, Pedro Peñaranda Gil de Pareja y Fulgencio Meseguer Carpe; posteriormente se integran Gregorio Hita Villaplana, Antonio Rosino Sánchez, Antonio Romero Hoyuela y Emilio Izquierdo Morejón. Desde el comienzo abordan una completa cartera de servicios de la especialidad, con protocolos para la normalización de los procedimientos urológicos. En 2017 Miñana López se traslada a Madrid, su puesto como responsable del servicio es ocupado por Fernández Aparicio y es nombrado jefe de sección Hita Villaplana. El hospital fue acreditado para impartir docencia MIR en 1999, desde entonces han finalizado su formación once urólogos.

Cartagena. La práctica urológica en la ciudad la establece en 1901 el cirujano y urólogo **Manuel Más Gilabert** quien había ampliado su preparación en el Hospital Necker de París con el Dr. Albarrán y quien desempeñó en la ciudad portuaria una gran labor profesional y social. En 1904 fue destinado al Hospital Naval Ángel Sánchez de Val, urólogo y venereólogo precursor en el uso terapéutico del calor en urología, quien llevó a cabo una importante actividad urológica.

Desde 1936 ejerció la especialidad **Fulgencio Roca Martínez**, adiestrado en el Hospital Clínico de Madrid; primer urólogo con ejercicio en el SOE en la ciudad en 1946 y gran cirujano, aportó innovaciones operatorias en la cirugía. En 1965 se instaló **Eduardo Chacón Gómez** quién, con excelente formación, ejerció la práctica libre de la profesión y quien desde 1972 ocupó plaza interina en el SOE hasta ejercerla definitivamente al retiro de Roca Martínez en 1986.

Hospital Naval del Mediterráneo o de Carlos III. Construido en 1762, en Cartagena fue el principal centro sanitario militar del Mediterráneo y en el que también se trataba a la población de la ciudad. La urología era atendida por los cirujanos generales y en 1963, al ser destinado como urólogo **Matías Lafuente Jiménez**, se inició la atención de la especialidad. Al no contar el nosocomio con una distribución adecuada para proseguir su cometido hospitalario, fue cerrado en 1984 y abandonado.

Hospital General de la Defensa de Cartagena. Levantado como sustituto del anterior en 1995, se hace cargo del servicio de urología **Carlos García Espona** hasta que, en 2005 y debido a la decisión ministerial de clausura de los hospitales militares, pidió la excedencia y se integró en el de urología del H. Santa María del Rosell, en el que fue nombrado jefe de sección (2002), cargo con el que pasó al H. Santa Lucía.

En el hospital naval militar prosiguió como responsable urológico hasta su cierre definitivo en 2008, **José Pascual Alcaraz Reverte**, con la colaboración de Oleg Santamaría Fernández.

Residencia Sanitaria Santa María del Rosell. El servicio de urología comenzó su actividad en julio de 1972, dirigido por **Santiago Lescure del Río** y como ayudante Ángel Conesa Inglés; al siguiente año se incorporó como adjunto **José María Cervell Ferrón** y, por concurso (1975), como jefe de sección **Ricardo García Pérez**, quienes atendieron la patología urológica con una calidad propia de especialistas bien preparados, aunque con escasa disponibilidad de medios.

A partir de los años noventa, mejora la situación con una dotación médica y de utillaje exploratorio y quirúrgico más adecuada a la categoría de la ciudad, ingresan nuevos urólogos: María José Montes Díaz, Juan Moreno Avilés, Rafael Miquel i Foc, Juan Manuel Soler Fernández y Luis Olmos García. Al retiro de Lescure del Río en 1997, le sucede al frente del servicio García Pérez y Cervell Ferrón es nombrado jefe de sección. En 2010 la jefatura es ocupada por Juan Moreno Avilés.

En estos años fue evidente la saturación del nosocomio lo que condujo a edificar un nuevo hospital y dejar únicamente el viejo como consultorio y para la práctica de cirugía mayor ambulatoria a cargo de Santamaría Fernández y Montes Díaz, que, a su retiro en 2020, es sustituida por Hita Rosino.

Hospital General Universitario de Santa Lucía. Se inauguró en febrero de 2011 con un completo traslado de enfermos y de personal. Se mantuvo todo el equipo médico de urólogos dirigido por **Juan Moreno Avilés** como jefe de servicio, **Carlos García Espona** y **Francisco Jiménez Penick**, jefes de sección, y los facultativos especialistas de área: Enrique Cao Avellaneda, Eugenio Hita Rosino y Almudena Rodríguez Tardido, a los que se unieron Raúl Montoya Chinchilla, Max Eusebio Cachay Ayala y Leandro Gabriel Sala Fuente, todo un conjunto de especialistas jóvenes y bien preparados. Recupera el hospital la formación docente MIR y en 2018 ingresa el primer alumno para especializarse por esa vía en urología. En 2020 Enrique Cao Avellaneda se traslada en comisión de servicio al H. Virgen de la Arrixaca y su puesto lo cubre Rocío Martínez Muñoz.

Lorca. Francisco Fernández Salvador se estableció en 1959 y fue el primer urólogo asentado en ella con buena formación médico quirúrgica ampliada en París con el profesor Roger Couvelaire y en Lyon con Jean Cibert. Empezó con el ejercicio libre de la profesión y, desde 1980, ocupó una plaza como especialista en el SOE, que consolidó en 1990 y desempeñó hasta su jubilación (2000).

Residencia Sanitaria de Santa Rosa de Lima. Fue inaugurada en 1974 y no contaba con la urología en su cartera de servicios. En 1982 se incorporó Ramón Laiglesia Cabrerizo como ayudante de cupo de Fernández Salvador quien, en 1985, fue jefe de equipo quirúrgico de urología por oposición, con actividad de consulta y de cirugía menor en el centro.

Hospital Rafael Méndez. Construido y puesto en servicio en 1990, contó con una sección de urología de la que fue encargado tanto de seleccionar su utillaje como de su organización **Ramón Laiglesia Cabrerizo**, quien, por espacio de cuatro años, fue el único médico responsable de la especialidad del centro hasta la llegada de **María José Montes Díaz**, en 1995, la primera uróloga con ejercicio en la Región, a la que siguió **Andrei Bitsunov Bitsunova**.

Durante una quincena de años, la plantilla, ampliada hasta contar con cinco urólogos, fue centro de paso con una breve estancia de una decena de especialistas de diversas nacionalidades y cuya composición no se logró estabilizar hasta que se produjo el incremento de urólogos formados por vía MIR. En 2012 se incorporan José Carlos Ruiz Morcillo, José David Jiménez Parra, Manuel José Segura Sánchez, Carlos Sánchez Rodríguez y Pablo Velilla Asurmendi.

Esta relación sufre varios cambios y en el 2020 Ramón Laiglesia Cabrerizo es nombrado director médico del centro, puesto que cubre durante un año ya que en enero de 2021 se jubila y el equipo queda formado por José Carlos Ruiz Morcillo, como responsable, Andrei Bitsunov Bitsunova, José Segura Sánchez, Harold Martínez Peralta, Leandro Reina Alcaina, Guillermo Hidalgo Agulló, Beatriz Laiglesia Lozano y los recién incorporados Pablo Velilla Asurmendi, que regresa después de pasar por el H. de los Arcos, y Arancha Pardo Martínez. Con este conjunto la labor urológica alcanza un nivel similar al de un gran centro hospitalario en el que destaca su trabajo operatorio en cirugía laparoscópica y en patología uretral.

Hospital Virgen del Castillo de Yecla. Puesto en marcha en 1981, la Urología fue atendida por **Francisco Ojados Castejón** como jefe de sección hasta su retiro (2016) y como médico adjunto **Emilio Moreno Barrachina**, quien, en 1989, se trasladó al Hospital de la Vega Baja de Orihuela. Ambos urólogos, especialistas bien preparados, constituyeron un buen equipo que, con la colaboración de enfermería, logró prestar una atención médico quirúrgica urológica de buena calidad con resolución de una serie importante de patologías, arrastradas como consecuencia de una falta de adecuada asistencia hasta ese momento. En su cartera de servicio incluye la atención urológica a la población de Jumilla, ciudad en la que pasan consulta tres veces por semana; en periodos de falta de personal les corresponde prestarla a los urólogos de su hospital de referencia, el Morales Meseguer de Murcia.

En 1989 se incorpora Iván Manzano Duque, que falleció en activo en 2007 y que fue sustituido por el libanés **Maroun Abi Moussa**. Tras el retiro de Ojados Castejón (2016), la plaza de jefe de sección de urología se encuentra vacante, la dirección del servicio es asumida por el jefe del de la especialidad del H. Morales Meseguer, Tomás Fernández Aparicio, y desde 2020 se desplazan tres días a la semana las formadas vía MIR, Ángela Rivero Reina e Isabel Barceló Bayonas, incorporadas a la plantilla del H. Morales Meseguer, lo que, junto con la adquisición de utillaje tecnológico que permite la realización de biopsias prostática guiadas por imagen y de instrumental laparoscópico, para la cirugía mínimamente invasiva, mejora la atención urológica a la población.

Hospital Comarcal del Noroeste de Caravaca de la Cruz. Inaugurado en octubre de 1986, desde su comienzo contó con una sección de urología. **Emilio Falcó Falcó** fue el primer y único urólogo lo que solamente le permitía pasar consulta, realizar exploraciones cistoscópicas y operar cirugía menor; tras opositar en 1989, se trasladó al Hospital de Villajoyosa (Alicante).

En 1990 se hacen cargo **Alberto Murcia Valcárcel**, quien por concurso obtuvo la plaza de jefe de sección y **José Joaquín Pérez Calvo**, juntos constituyen el equipo básico de asistencia; en el periodo de 2004 a 2010 se incorpora Felipe García García y a su marcha su puesto fue ocupado por **José Miguel Rodríguez Bazalo**, con el que se completa el grupo urológico del nosocomio que mantiene una adecuada actividad urológica, con la colaboración de su hospital de referencia, el Virgen de la Arrixaca.

En 2019, tras el retiro de Murcia Valcárcel y la baja por enfermedad de Pérez Calvo, la dirección de la atención urológica es asumida por la Unidad Funcional del Hospital Reina Sofía de Murcia, junto con la quirúrgica y urgente y en 2020 es contratada Olimpia Molina Hernández al finalizar su formación.

Fundación Hospital de Cieza. Creada bajo esta denominación con la finalidad de prestar asistencia sanitaria a sus habitantes, inauguró su hospital en 1997. En 2001 llegó a un acuerdo con el Insalud para que atendiese como institución comarcal de referencia a las zonas del Área de Salud de Abarán, Blanca y Cieza; en mayo de 2010, definitivamente se hace cargo de la gestión del centro el Servicio Murciano de Salud y pasa a denominarse **Hospital de la Vega Lorenzo Guirao**.

En junio de 2002 se organizó una sección de urología dirigida por **Lucas Asensio Egea** como jefe de sección y **Diego Castillo Cegarra** como adjunto, quienes desde 2019 cuentan con **Juan Carlos Fernández Garay**, que se desplaza del H. Virgen de la Arrixaca tres días por semana, y con sus limitados medios efectúan una amplia labor urológica entre la que se incluye la cirugía laparoscópica.

Hospital de Los Arcos de Santiago de la Ribera. En la década de 1980 el Insalud adquirió un hotel en Santiago de la Ribera y lo adecuó como nosocomio para dar servicio a la población del área de salud del Mar Menor, dependiente del Hospital de Santa María del Rosell de Cartagena. Pasados los años el centro que, de inicio, tenía el inconveniente de no haber sido construido con una finalidad sanitaria, y que, pese a sucesivas reformas sufría de una gran precariedad para su nueva función, tuvo que cerrarse y edificar uno nuevo.

Hospital Universitario de Los Arcos del Mar Menor. Fue el nombre que recibió el nuevo inaugurado en marzo de 2011, contó con una sección de urología, ocupada por **Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls** como responsable y **Beatriz Honrubia Vilchez**, **Gloria Doñate Íñiguez** y **Alejandro Maluff Torres** como facultativos especialistas de área. Equipo bien formado, preparado y unido para abordar al completo la patología del aparato urinario en todos sus aspectos de estudio, exploración y tratamiento, así como la cirugía urológica tanto por vía abierta como endoscópica y por medio de la laparoscopia, además de la percutánea renal por litiasis.

En 2017 Guzmán Martínez-Valls se traslada como jefe de servicio al Hospital Reina Sofía de Murcia, su puesto de jefe de sección es ocupado por Beatriz Honrubia Vílchez y en su lugar se incorpora **Carlos Sánchez Rodríguez** y además **Pablo Velilla Asurmendi**, en 2019 ingresa **José Carlos Real Colomer**, especializado vía MIR en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca y Pablo Velilla regresa al de Lorca en 2021.

El Servicio Murciano de Salud, una vez que se hizo cargo de la sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región, convocó, tras cerca de una larga quincena de años pendiente de hacerlo, un concurso oposición para cubrir plazas vacantes de urólogos; anunciado en 2011, las pruebas tuvieron lugar en 2016 y fue resuelto en 2018. De inicio fueron cinco las plazas asignadas al H. Rafael Méndez de Lorca y, una vez concluida la adjudicación en 2020, fueron obtenidas la primera, en turno restringido, por Pedro Ángel López González y, en turno libre, por Félix Escudero Bregante, Julián Oñate Celdrán, José David Jiménez Parra y Carlos Sánchez Rodríguez. En 2016 se anunció otro nuevo concurso con catorce plazas de urología, el examen se realizó en 2018 y actualmente se encuentra en periodo de evaluación. En este mes de mayo se ha resuelto el concurso de traslado de modo que cada profesional ocupa el puesto ganado.

Desde mi punto de vista la sanidad murciana alcanzó su cénit en los años noventa del pasado siglo, posteriormente las crisis económicas sufridas unidas a la infrafinanciación de nuestra Región condujo a un enlentecimiento del avance sanitario puesto muy en evidencia por la pandemia del Covid-19, especialmente en medicina primaria y en enfermería, y demostrado en nuestra especialidad con la precaria situación por la falta de contratar a urólogos sobre todo en los hospitales de Yecla, Caravaca de la Cruz y Cieza sin que la Administración tenga ningún reparo por mantener tal situación al crear la Dirección General de Asistencia Sanitaria murciana una Unidad Funcional, asignada al responsable del servicio de urología del hospital de referencia de dichas poblaciones, para apoyar con su personal la necesidad de especialistas en dichos centros y así poder mantener la atención urológica, con lo que se resiente la prestada en el centro de origen.

La inestabilidad de las ajustadas plantillas los urólogos que ejercen en nuestros hospitales con continuos cambios, junto a la edad del retiro de varios, hace que la falta de profesionales especializados constituya un problema continuo en nuestra Región, los médicos residentes que finalizan su preparación cada año en ella tienen un puesto asegurado y aún faltan para dar y mantener una asistencia urológica de calidad, a lo que podemos sumar el menoscabo que sufren poblaciones como Águilas o Mazarrón de más de 30.000 habitantes, que precisarían contar en sus ambulatorios con especialistas que aliviasen la presión de los nosocomios de referencia.

Otra cuestión necesaria es el de mantener al día el equipamiento con su renovación cuando se confirma su deterioro o con la adquisición de nuevos aparatos que los sustituyan o aporten mejores prestaciones, así como la introducción de modernas tecnologías como la de cirugía con energía láser de 100 megahercios como mínimo, o la de operar a distancia con robot como el Da Vinci, de uso normal ya en los principales centros sanitarios del país.

Mariano Pérez Albacete, mayo, 2021