

Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXVI - Nº 28
MURCIA, marzo 2022



www.uromurcia.es



amu

Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU 2020

PRESIDENTE:

Ramón Laiglesia Cabrerizo

VICEPRESIDENTE:

Juan Moreno Avilés

SECRETARIO:

Leandro Reina Alcaína

TESORERO:

Dr. Manuel José Segura Sánchez

VOCAL CIENTÍFICO:

Antonio Rosino Sánchez

VOCAL:

Raúl Montoya Chinchilla

VOCAL DE RESIDENTES:

Miriam Artés Artés

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:

L'Urologo.

Pieza de cerámica esmaltada y pintada.

Agrigento, Sicilia

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 XXVII Congreso de la Asociación Murciana de Urología _____	5
Programa científico _____	7
Comunicaciones presentadas _____	11
Premio Server Falgás año 2021 "Análisis de la recidiva bioquímica precoz tras prostatectomía radical" _____	33
Premios de la AMU de 2021 _____	35
Introducción en la Región de Murcia de la cirugía Urológica con el robot Da Vinci® _____	37

Han pasado 28 años del nacimiento de nuestra Asociación Murciana de Urología, y otros muchos más desde que algunos estamos en el ejercicio de la Urología. Digo esto porque es bueno que de vez en cuando miremos hacia atrás y veamos la evolución de la hemos sido protagonistas en esta región. Empezamos siendo 44 urólogos en la Región de Murcia y ahora estamos por encima de los 80, ha habido bajas por defunción o traslados e incorporación de nuevos compañeros hasta este mismo año, y en todo este tiempo ha habido altibajos en nuestro trabajo dentro del terreno de la Urología Murciana.

En octubre de 1995 se celebró el primer congreso de la AMU y en febrero de 1966 se publica el primer boletín de la asociación, y en él se nos invitaba a utilizar dicho boletín como un medio de comunicación entre todos nosotros, donde se reflejarían no solo los trabajos que se iban haciendo en todos nuestros hospitales, sino también quejas y sugerencias para mejorar nuestro quehacer diario. En octubre de 1998 se refleja por primera vez la realidad de que los hospitales periféricos de la región se veían sometidos a una falta de personal especializado y de medios técnicos en relación a los grandes hospitales, en aquel tiempo solo eran el Hospital Virgen de la Arrixaca y el de Santa María del Rosell y se planteaba como intentar solventar ese problema. En octubre de 2000 se recoge por primera vez el contacto de la AMU con el mundo del Internet y se abre una posibilidad a todos los miembros de la asociación a exponer quejas y sugerencias de mejora. En octubre 2001, la región de Murcia es la encargada de acoger el Congreso Nacional de Urología por cierto con gran éxito de asistencia y de nivel científico. En noviembre de 2004 se organiza por primera vez por nuestra asociación el Primer Curso de Medicina Basada en la Evidencia para urología, se organizan cursos de Nefrectomía Laparoscópica mano asistida, cirugía laparoscópica del cáncer de próstata y cursos de cirugía renal percutánea.

En esta fecha se publican dos libros muy interesantes, “100 figuras de la Urología Española” y “Tumores Germinales del Testículo”. En noviembre de 2006 se pone de manifiesto por parte de la AMU un aumento importante de población inmigrante, lo que nos lleva de nuevo al problema de la escasez de personal en los hospitales periféricos y la escasez de medios técnicos, así como la desigualdad en el reparto de los mismos. En noviembre de 2007 se recogen en el boletín, la necesidad de implementar protocolos uniformes para todos nuestros hospitales. En febrero de 2010 se recoge la apertura del nuevo Hospital de Los Arcos en el Mar Menor, en 2019 se incorpora a la junta directiva la vocalía de residentes, y aparece el Covid, que nos cambia la manera de trabajar, y el ritmo de trabajo.

Durante todo este tiempo hemos trabajado incorporando a nuestra actividad todas las técnicas que se iban produciendo en el mundo de la Urología, pero es sin embargo con la aparición del Covid, quizá donde tenemos que aprender de nuevo a una forma diferente de trabajar y de relacionarnos como asociación.

Hemos pasado de una cirugía convencional a una cirugía mínimamente invasiva, de una cirugía general a una cirugía especializada o superespecializada en algunos centros, de una cirugía paternalista a una cirugía demandante en su técnica y en su tiempo de realización, pero creo que no debemos olvidar que el éxito de nuestra actuación siempre se han basado en tres pilares fundamentales: Los derechos del paciente, los derechos del profesional y sus obligaciones, y las obligaciones de la administración.

El paciente viene informado a través del internet demandando un tipo de cirugía que a veces no está en nuestras manos el poder dársela, al menos en todos los hospitales.

Los cirujanos, ya no operamos todo, los servicios se han especializado y se han diversificado en ramas que porque no decirlo a veces se han convertido en pequeños reinos de taifas.

La Administración, cierra los ojos a veces, dotando de medios a algunos hospitales en detrimento de otros, y siempre los más periféricos.

¿Como podemos compaginar todo esto?

Nuestros hospitales actualmente están repartidos en nueve Áreas de Salud, pero hemos olvidado que antes existían unos niveles de complejidad y que poco a poco se han ido olvidando. La ratio paciente /urólogo es muy diferente en las distintas áreas. Los medios técnicos de igual forma. Soy consciente de que los medios técnicos son limitados sobre todo en las últimas compras, pero si no volvemos a poner en práctica los niveles asistenciales, será muy difícil explicar a los pacientes porque no se pueden hacer unas actuaciones concretas en algunos hospitales, así como quedan al descubierto algunos de nuestros profesionales.

Es cierto que tenemos escasez de profesionales, pero si los concentramos en los hospitales grandes, la población de Lorca, Caravaca, Yecla, Los Arcos y Cieza, se verán mermados en sus derechos.

Alguien ha pensado que, desplazando algunos profesionales de las plantillas de los tres grandes centros de Murcia a los hospitales periféricos, con eso se arreglaba el problema, pues tengo que disentir de ello. Precisamos potenciar las áreas periféricas, volver a los niveles de complejidad.

Se supone que los residentes se forman en todas las áreas de la urología antes de obtener su título de especialista, pero también es cierto que no todos los profesionales van a poder operar con los Da Vinci que se han comprado, por lo menos un tiempo próximo.

Vemos como el trípode antes expuesto se está desestabilizando, los derechos de algunos pacientes están afectados, pues se les atenderá en razón de la zona sanitaria en la que vivan, no en razón a la complejidad de su enfermedad, los profesionales si quieren progresar en algún campo, intentaran quedarse en los grandes hospitales, aunque sean con contratos de guardias, y nadie quiere desplazarse a los hospitales periféricos, la administración con tal de no tener problemas prefieren negociar con los sindicatos unas plantillas que en realidad no son reales, pues se abusan de las medidas extraordinarias como las comisiones de servicio.

Creo que es tiempo de hacer una reflexión sobre el problema de la urología en la región de Murcia, si bien no somos los responsables de la planificación sanitaria de la región, si tenemos algunos medios para ayudar a solventar los problemas que detectemos. Tenemos las Cares, donde asisten representantes de todos los hospitales y están en contacto con los Gerentes del Área y con el Gerente del Servicio Murciano, y otras vías que podemos utilizar.

Animo a que esta vía u otra la utilicemos para mejorar nuestra urología regional, nuestro buen hacer, a seguir haciendo una Urología de Calidad, a coordinar nuestros esfuerzos, a aumentar la participación y compartir las experiencias de los profesionales más cualificados, y sobre todo a no dejar caer en saco roto todos los esfuerzos de nuestros compañeros que con tanto ilusión pusieron en práctica esta Asociación, viendo que el futuro de la misma siempre redundará en beneficio de todos nosotros.

Un saludo y disfrutar de nuestro Congreso Regional

Ramón Laiglesia Cabrerizo



Presentación

Estimados compañeros:

Hace ya algunos años que hicimos en Cieza nuestro congreso anual de la AMU y este año se nos encargó, por parte de la Junta Directiva, la realización del mismo.

Después de dos largos años de pandemia, creo que todos deseábamos un nuevo encuentro. Hemos tenido en nuestro servicio la incorporación de nuevos miembros, Juan Carlos Fernández en 2019 y Javier Rull Hernández en este lo que ha mejorado notablemente la capacidad y funcionalidad del servicio.

Este año celebramos el XX aniversario de la creación del Servicio de Urología en Cieza, por lo que convierte en una fecha doblemente especial el hecho de que coincida con la celebración del congreso en nuestro hospital.

Sin más, daros la bienvenida a nuestro hospital, y deseáros unas fructíferas jornadas, tanto a nivel científico, como personal.

Un saludo de Lucas, Juan Carlos, Javier y yo mismo.

Os esperamos.

D. Castillo Cegarra

XXVII Congreso de la Asociación Murciana de Urología

25 y 26 de marzo de 2022

Salón de Actos del Hospital de la Vega Lorenzo Guirao de Cieza.



PROGRAMA

VIERNES 25 Marzo 2022

15:00 h. Entrega de documentación

15:50 h. Acto de Inauguración

D. Francisco José Ponce Lorenzo (Director Gerente del Servicio Murciano de Salud)
D. Carlos Alberto Arenas Díaz (Director Gerente del Área IX-Vega Alta del Segura).
D. Lucas Asensio Egea (Jefe Sección Servicio de Urología Hospital de la Vega Lorenzo Guirao).

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

Moderadores: Dr. Julián Oñate Celdrán (Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia).
Dra. Ángela Rivero Guerra (Hospital General Universitario Morales Meseguer – Murcia).

17:30 - 18:00 h. Descanso

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

Moderadores: Dr. Emilio Izquierdo Morejón (Hospital General Universitario Morales Meseguer - Murcia).
Dr. Pablo Velilla Asurmendi (Hospital Rafael Méndez – Lorca).

19:00 - 20:00 h. Mesa 1: Novedades en carcinoma vesical infiltrante

Moderador: Dr. G. Hita Villaplana (Hospital General Universitario Morales Meseguer - Murcia):

- *Presente y futuro de neoadyuvancia en carcinoma vesical infiltrante.* Ponente: Dr. Silverio Ros Martínez - Especialista Oncología médica (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca – Murcia).
- *Actualización en preservación vesical.* Ponente: Dr. Francisco López Soler - Especialista oncología radioterápica (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca - Murcia).
- *Neovejigas puesta al día.* Ponente: Dr. Bogdan Pietricica. Servicio de Oncología. (Hospital General Universitario Morales Meseguer - Murcia).

SÁBADO 26 MARZO 2022

09:00 - 10:30 h. Mesa de comunicaciones 3: Urología General

Moderadores: Dr. Cristóbal Moreno Alarcón (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca- Murcia).

Dr. Juan Carlos Fernandez Garay (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca- Murcia).

10:30 – 11:00 h. La formación y especialización médica en España

Dr. Mariano Pérez Albacete. Urólogo sénior (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca)

11:00 – 11:30 h. Producción científica de la Región de Murcia en el último año

Dr. Raúl Montoya Chinchilla (Hospital General Universitario Santa Lucía – Cartagena).

11:30 - 12.00 h. Descanso

12:00 - 13:00 h. Mesa de comunicaciones 4 - Cáncer de próstata

Moderadores: Dr. Pedro Ángel López González. (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca – Murcia).

Dra. Gloria Doñate Iñiguez (Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor).

13:00 - 14:00 h. Mesa 2. “ Pesadillas en endourología”

Moderador: Dr. Lucas Asensio Egea (Hospital de la Vega Lorenzo Guirao - Cieza)

Dr. Enrique Cao Avellaneda. (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca - Murcia).

Dr. Pedro Valdevira Nadal. (Hospital General Universitario Reina Sofía - Murcia).

Dr. José Carlos Ruiz Morcillo. (Hospital Rafael Méndez – Lorca).

Dr. Leandro Sala Lafuente. (Hospital General Universitario Santa Lucía – Cartagena).

14:00 - 14:30 h. Reunión Asamblea y examen Residentes

COMITÉ ORGANIZADOR

HOSPITAL DE LA VEGA LORENZO GUIRAO - CIEZA

Presidente:

Dr. Lucas Asensio Egea

Vocales:

Dr. Diego Castillo Cegarra

Dr. Juan Carlos Fernández Garay

Dr. Javier Rull Hernández

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Dr. Antonio Rosino Sánchez

Vocales:

Dr. Raúl Montoya Chinchilla

Dr. Cristóbal Moreno Alarcón

Dr. Julián Oñate Celdrán

Dr. Leandro Reina Alcaina



Comunicaciones. Mesa 1

C-1.1 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA NEFRECTOMÍA RADICAL Y PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER RENAL

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

INTRODUCCIÓN. La nefrectomía radical (NR) y parcial (NP) laparoscópica son opciones de tratamiento para el carcinoma renal localizado. El uso de la NP se ha convertido en una de las intervenciones preferidas, ya que preservan una mejor función renal reduciendo las complicaciones cardiovasculares.

OBJETIVO. Comparar complicaciones, función renal y resultados oncológicos tras NR y NP laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza estudio retrospectivo de 45 pacientes con cáncer renal intervenido entre julio 2019 y julio 2021. Se registraron datos como la edad, sexo, presencia de comorbilidades, puntuación RENAL score, función renal antes y tras la cirugía, complicaciones postquirúrgicas surgidas, y si hubo recidiva o éxitos. Las variables continuas se compararon utilizando la prueba U de Mann Whitney, y las categóricas con el Test de Fisher. Los análisis se llevaron a cabo con el programa EPIDAT versión 4.2.

RESULTADOS. 22 pacientes fueron intervenidos de NR y 23 de NP. La edad media fue >60 años, >60% eran varones, en torno al 40% eran fumadores y tenían un filtrado glomerular >70 en los dos grupos. El tamaño medio de los tumores fue de 59.86mm en la NR y de 29.87mm en la NP, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$). En la puntuación RENAL score objetivamos que el 95.65% de las NP tenían una complejidad baja, frente a 22.73% de complejidad baja y 45.45% de moderada en las NR, con resultados estadísticamente significativos ($p<0.05$). No encontramos diferencias significativas en el tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y complicaciones, que aparecieron en el 59.09% de los intervenidos de NR y en el 43.48% de NP, siendo el fracaso renal agudo la más frecuente. El carcinoma de células claras fue el tumor más frecuente encontrado. Observamos diferencias significativas en el filtrado glomerular al mes de la cirugía, siendo de media de 50.10 en la NR y de 74.2 en la NP ($p<0.05$). Hubo recidiva en un paciente intervenido de NR y que fue éxitos a los dos meses.

CONCLUSIONES. La NP se realiza en tumores con menor complejidad quirúrgica y preserva mejor la función renal a largo plazo que la NR, sin encontrar diferencias en complicaciones y resultados oncológicos.

C-1.2 EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA FULGURACIÓN AMBULATORIA

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

INTRODUCCIÓN. La fulguración vesical ambulatoria resulta un método eficaz para el tratamiento de tumores papilares pequeños de bajo grado. Evaluar costes puede generar un impacto en su implementación en nuestra práctica clínica.

OBJETIVO. Analizar el coste-efectividad y la seguridad del procedimiento de fulguración vesical ambulatoria en tumores vesicales no músculo infiltrantes con respecto a la resección transuretral de vejiga.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de cohortes, longitudinal (enero 2009 a noviembre 2021). 164 pacientes con historia previa de tumor vesical superficial de bajo riesgo fueron sometidos a 113 procedimientos de fulguración con láser Holmio junto a instilación intravesical inmediata de Mitomicina o Gemcitabina. Se realizó un análisis de coste efectividad frente a RTU vesical y así mismo se identificaron tasas de recidiva y de progresión para valorar la seguridad oncológica. Para el cálculo de costes se obtuvieron los datos reportados por el servicio de control de gestión incluyendo en cada uno de los apartados costes de personal, de medicación y de material.

RESULTADOS. Los procedimientos fueron completados en una única sesión siendo preciso el ingreso en 2 de los pacientes por hematuria en el postoperatorio inmediato, a uno de los cuales le fue realizada cirugía hemostática. El procedimiento fue bien tolerado por los pacientes, con dolor EVA ≤ 3 en un 89.5%. El 79.8% de pacientes recibieron instilación postoperatoria con Mitomicina y el 17.8% con Gemcitabina. El tamaño medio de las lesiones fue de 5 mm (2-13 mm).

La diferencia de costes es de 1991,41 euros a favor de la fulguración. Además, se comprobó que el procedimiento es seguro desde el punto de vista oncológico. En nuestra serie la tasa de recidiva global fue del 46.6% y la tasa de progresión del 4.9% con un tiempo medio de seguimiento de 48 meses (1-110 meses).

CONCLUSIONES. El procedimiento de fulguración vesical en régimen ambulatorio resulta ventajoso económicamente sin comprometer la seguridad oncológica.

C-1.3 FACTORES PREDICTIVOS DE RECIDIVA TEMPRANA TRAS RESECCIÓN TRANSURETRAL VESICAL

Natalia Vidal Crespo¹, Laura Aznar Martínez¹, Alicia López Abad¹, Pablo Yago Giménez¹, Laura Herrero Vidal¹, Francisco García-Rivas Carmona¹, Enrique Cao Avellaneda¹, José Félix Escudero Bregante¹, Juan Carlos Fernández Garay¹, Pedro López Cubillana¹, Pedro Ángel López González¹, Gloria Martínez Gómez¹, Cristóbal Moreno Alarcón¹, José Antonio Nicolás Torralba¹, Antonio Prieto González¹, Mariano Rigabert Montiel¹, Javier Rull Hernández¹, Gerardo Server Pastor¹, Jesús Ignacio Tornero Ruiz¹, Guillermo Antonio Gómez Gómez¹

1. Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. La recurrencia temprana tras resección transuretral (RTU), generalmente atribuida a resección incompleta, es un potente predictor de futuras recidivas. El objetivo es valorar la tasa de recidiva temprana en nuestro centro y los factores que influyen en su presencia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión retrospectiva de las RTU de tumor vesical no musculo-infiltrante de nuestro centro durante el año 2020. Se han evaluado las características basales de los pacientes, características de la RTU y de la AP posterior. Se ha evaluado la tasa de recurrencia temprana (recurrencia en la primera cistoscopia de control a los tres-seis meses). Para evaluar los factores que influyen en su presencia se ha realizado análisis univariante y multivariante mediante regresión logística.

RESULTADOS. Se incluyeron 105 pacientes. El 82.9% (87), varones. La mediana de edad fue de 69 años (RIQ 63.25-79). El 52.4% (55) eran tumores primarios. La mayoría de pacientes (53.5%) fueron de riesgo intermedio, seguidos de los de alto riesgo (30.98%), muy alto riesgo (8.42%) y bajo riesgo (7.1%). En la primera cistoscopia tras la RTU, se presentaron un total de 27 recidivas (25.7%), confirmadas en posterior RTU. La mayoría de recidivas (11) se dieron en pacientes Ta de bajo grado, seguido de Ta de alto grado (8). El 66.66% (18) mantenían la misma anatomía que en la RTU inicial, 6 pacientes (22.22%) disminuyeron su grado y/o estadio, y tres aumentaron su estadiaje, dos de ellos presentando enfermedad músculo-infiltrante. En el análisis univariante, los factores de riesgo para la recidiva temprana fueron el antecedente de tumor previo de alto grado [OR: 6.82 (IC95%: 1.42-33.33), p= 0.02] y el tamaño tumoral [OR: 3.88 (IC95%: 1.02-14.75), p= 0.04]. Tan solo el antecedente de tumor de alto grado se mantuvo significativo en el análisis multivariante [OR: 12.88 (IC95%: 1.30-127.65), p= 0.02].

CONCLUSIONES. La recidiva temprana fue un evento prevalente. Su presencia se vio influida principalmente por el antecedente de tumor de alto grado, y por el tamaño tumoral. El resto de factores de la resección, al contrario que lo esperado según estudios previos, no han influido de forma significativa en la presencia de recidiva temprana.

C-1.4 LA IMPORTANCIA DE LA RE-RTU PRECOZ EN LOS PACIENTES CON TUMOR UROTELIAL VESICAL T1

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

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca - Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los pacientes diagnosticados de tumor vesical no músculo-infiltrante (TVNMI) pT1 sometidos a una segunda resección transuretral (re-RTU) a las 2-6 semanas de la primera tienen mejores resultados oncológicos que los pacientes sometidos a otros tratamientos, según se indica en las guías de práctica clínica del TVNMI. Dada la dificultad de cumplir estos plazos, se propone revisar los resultados oncológicos de nuestro centro en función de la fecha de realización de esta re-RTU.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de TVNMI pT1 entre 2016 y 2021, comparando los resultados oncológicos entre los grupos de pacientes evidenciados: re-RTU reglada (2-6 semanas -56 pacientes-), re-RTU tardía (>6 semanas -34-) y pacientes que por diversos motivos (comorbilidades, deseo del paciente) solo han recibido tratamiento con BCG (24). Los pacientes de los dos primeros grupos recibieron BCG tras la re-RTU.

RESULTADOS. Los tres grupos de pacientes son de características similares en cuanto a sexo, aspecto tumoral, mediana de edad y hábito tabáquico. Se observó recidiva tumoral en el 19,6% de los pacientes sometidos a una re-RTU reglada, en el 45,5% de los pacientes sometidos a una re-RTU tardía y en el 54,2% de los pacientes del grupo

de BCG (p 0,002). Se apreció progresión tumoral en el 8,9%, 11,8% y 20,9% (p 0,329). La supervivencia global (SG) a 5 años ha sido del 82,1%, 85,3% y 66,5% (p 0,183). La supervivencia cáncer-específica (SCE) a 5 años es del 94,7%, 94,12% y 87,5%, respectivamente (p 0,494). Se aprecia una tendencia a la significación estadística entre la presencia, o no, de muestra de la capa muscular en la primera RTU y la SG (p 0,087) y entre la persistencia tumoral en la re-RTU y la SG (p 0,059).

CONCLUSIONES. La re-RTU antes de las 6 semanas disminuye el riesgo de recidiva tumoral. No se han observado diferencias estadísticamente significativas (probablemente debido al tamaño muestral) en términos de progresión, SG y SCE. Esto subrayan la importancia de realizar la re-RTU durante las 2-6 primeras semanas tras la RTU inicial, ya que puede condicionar el pronóstico de la enfermedad.

C-1.5 PROTOCOLO DE INSTILACIONES CON GEMCITABINA EN CVNMI: ANÁLISIS INICIAL DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS.

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

INTRODUCCIÓN. El uso de Gemcitabina intravesical en el Carcinoma Vesical No Músculo Infiltrante (CVNMI) es una de las opciones terapéuticas para evitar su recidiva y/o progresión. Actualmente, existe evidencia mixta sobre la utilidad de esta terapia. En nuestro centro, se implantó un protocolo de tratamiento con la misma desde inicio de 2020 dado desabastecimiento de Mitomicina C.

OBJETIVOS. Evaluar resultados oncológicos de Gemcitabina intravesical en CVNMI en nuestro centro y valorar factores relacionados a recidiva.

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo retrospectivo observacional de pacientes con CVNMI riesgo intermedio que han recibido tratamiento intravesical con Gemcitabina según protocolo desde enero de 2020 hasta octubre 2021. Se evaluó tiempo libre de recidiva y se analizaron variables como marcadores pronósticos de recidiva. Se realizó regresión de Cox univariante y multivariante para evaluar variables asociadas a recidiva.

RESULTADOS. Se obtuvieron 46 pacientes, 3 casos (6,5%) de suspensión por intolerancia/efecto adverso y 6 casos (19,60%) de recidiva. La edad media fue 70 años (43-89). Presentaron lesiones múltiples 33 casos (76,70%) y lesiones mayores a 3 cm 13 pacientes (30,2%). 23 casos (53,50%) correspondían a recidivas de tumores vesicales previos. Media de 2,04 (0,96-4,73) de RNL prequirúrgico.

Media de seguimiento de 8,37 meses, media de supervivencia a recidiva de 15,41 meses, no se llega a la mediana de supervivencia. Los pacientes con un RNL > 2,40 presentan una recidiva más temprana con una mediana de 15 meses. (Log Rank Test 3,97, p=0,046). En el test Cox univariante se encontraron varias variables asociadas a una recidiva más temprana (Edad>70 años, tamaño lesión>3cm, lesiones múltiples, recidiva previa, RNL > 2,4) pero ninguna llegó a la significación estadística (p>0,05). No se encontraron variables estadísticamente significativas en el análisis multivariante.

CONCLUSIONES. Los resultados de nuestra serie concuerdan con trabajos publicados en cuanto a tasa de recidiva. En nuestra serie, pacientes con RNL > 2,40 presentan un tiempo libre recidiva menor. Nuestros resultados deben ser confirmados con un mayor tamaño muestral y seguimiento.

PALABRAS CLAVE. Vejiga, Gemcitabina, Instilaciones.

C-1.6 ESTUDIO DE PREVALENCIA DE PACIENTES CON TERAPIA DEPRIVATIVA ANDROGÉNICA POR CÁNCER DE PRÓSTATA DEL ÁREA III DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

Reina L., La Iglesia B., Segura M., Martínez H., Velilla P., Ballesteros C., Bitsunov A., Ruiz J.
Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca.

INTRODUCCIÓN. En nuestra práctica clínica diaria, para desarrollar planes de actuación futura o mejorar nuestras vías clínicas, es necesario realizar estudios epidemiológicos que determinen características clínico-epidemiológicas de nuestros pacientes.

OBJETIVO DEL TRABAJO. Determinar la prevalencia de pacientes en tratamiento activo con terapia de privación androgénica por cáncer de próstata del Área 3 del Servicio Murciano de Salud (SMS). Nuestro objetivo secundario fue determinar la prevalencia del cáncer de próstata resistente a castración (CPRC) bioquímico y metastásico en los pacientes con cáncer de próstata sometidos terapia deprivativa de andrógenos del Área 3 del SMS.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo observacional de corte transversal, estudio de prevalencia realizado en Diciembre de 2020. La población a estudio fueron los varones del área 3 de salud del Servicio Murciano de Salud. La muestra a estudio fueron los varones terapia de privación androgénica activa por cáncer de próstata.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Pacientes con cáncer de próstata bajo tratamiento con análogos de LHRH en Diciembre 2020, CPRC M0 y CPRC M1.

Las variables a estudios analizadas fueron: edad, peso, índice de masa corporal, tabaquismo, tipo de TDA, indicaciones TDA, CPRCM0, CPRCM1.

RESULTADOS. El número de pacientes con terapia activa de análogos de LHRH para cáncer de próstata fue de 150 de un total de 93.954 varones, resultando una prevalencia del 0,16% de la población masculina. La prevalencia del CPRC fue del 20,6%, correspondiendo el 9,3% a CPRCM0 y el 11,3% a CPRCM1.

CONCLUSIÓN. El 0,16 % de la población masculina del área 3 de salud del Servicio Murciano de Salud estuvo en tratamiento con terapia de privación androgénica por cáncer de próstata en 2020.

C-1.7 PRODUCTOS DE SOJA E ISOFLAVONA Y SU ASOCIACIÓN CON EL RIESGO DE DESARROLLO Y PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

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

INTRODUCCIÓN. el cáncer de próstata (CaP) es el cáncer más frecuente diagnosticado en hombres después del cáncer de pulmón, se estima que para el 2030 causará más de medio millón de muertes. En los últimos años se ha despertado un gran interés por el consumo de productos de soja e isoflavonas como quimioprevención para el CaP, este interés surge a raíz de estudios que demuestran que en regiones donde el consumo de productos de soja es elevado, la incidencia y mortalidad del CaP es baja.

OBJETIVO. Establecer la relación entre el consumo de productos de soja con el riesgo de desarrollo y progresión del cáncer de próstata.

MATERIAL Y MÉTODO. Se ha realizado una revisión sistemática utilizando como principales bases de datos PubMed, Cochrane Library y Web of Science. Se evaluaron cuidadosamente los artículos publicados desde el 2009 hasta la actualidad, se incluyeron estudios epidemiológicos, metaanálisis y ensayos clínicos publicados hasta el momento.

RESULTADOS. Tras la búsqueda de los artículos relevantes sobre el tema y luego de excluir los artículos que no cumplieron con los criterios de inclusión, se obtuvo un total de 8 artículos. Los resultados sugieren que existe una disminución significativa del riesgo de CaP con el consumo regular de estos productos, pero los efectos durante el tratamiento y en el CaP avanzado aún no están claros. Las isoflavonas han demostrado efecto antitumoral in vitro/in vivo contra el CaP, disminuyen la secreción de andrógenos e Inhiben directamente el crecimiento y la proliferación de las células tumorales prostáticas. Los resultados también sugieren que estos agentes son seguros y bien tolerados, siendo los principales efectos adversos alteraciones gastrointestinales.

CONCLUSIONES. A pesar de que los resultados van a favor de la disminución del riesgo del CaP, es necesario continuar las investigaciones y realizar estudios correctamente diseñados que eliminen los posibles factores de confusión y que tomen en cuenta otros factores que puedan aumentar o disminuir el riesgo del CaP.

PALABRAS CLAVE. Cáncer de próstata, Soja, Isoflavonas, Genisteína, Químio-prevención del cáncer de próstata.

C-1.8 PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN HCUVA. SEGUIMIENTO Y FACTORES DE RIESGO DE PROGRESIÓN

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La Vigilancia Activa (VA) es una opción de manejo del Cáncer de Próstata (CaP) de bajo riesgo, para evitar el sobretratamiento de estos pacientes. El objetivo es evaluar los resultados de nuestro protocolo de VA.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo de 221 pacientes en VA en el H.C.U. Virgen de la Arrixaca incluidos desde marzo de 2012. Criterios de inclusión: estadio T1-T2a, antígeno prostático específico(PSA)10 ng/ml, densidad de PSA(dPSA)<0,2 ng/ml, $\leq 33\%$ cilindros afectados y Gleason ≤ 6 . Se realizó biopsia de confirmación(BC) antes del año de la inicial, y después cada 2-3 años y según criterios de actuación: aumento de PSA y resultado desfavorable en la RMN. La progresión se define como Gleason ≥ 7 y/o afectación $>33\%$ de los cilindros. Se realizó análisis descriptivo y analítico mediante: chi-cuadrado, log-rank y regresión de Cox, evaluando la supervivencia global(SG), libre de tratamiento(SLT), libre de progresión(SLP) y de recidiva(SLRb).

RESULTADOS. Mediana de edad de 65 años (44-85) y de seguimiento de 48 meses (máx. 116 meses). La mediana de PSA y de dPSA fue de 6'1ng/mL y de 0,15 respectivamente. El 34% de los pacientes progresaron (grado y/o volumen) en la biopsia de confirmación. A los 8 años la SG fue del 94,2%, la SLT del 41,7%, la SLP del 58%. La SLRb a los 5 años fue del 93%. Ningún paciente ha muerto por CaP ni ha presentado metástasis.

Los factores de riesgo de progresión encontrados en el análisis univariante y confirmados en el multivariante, con un valor significativo ($p<0.05$), fueron:

- Edad > 65 años, con un 31'1% frente al 18'8% en los <65 (OR:5'2)
- Hallazgo PIRADS ≥ 4 , con un 30'4% frente al 13'7% en PIRADS <4 (OR:3'3)
- BC positiva, con un 14'3% frente al 3'2% con BC negativa (OR:7).

CONCLUSIONES. Nuestros datos abalan la VA como una estrategia factible para reducir el sobretratamiento en el CaP de bajo riesgo. Ser mayor de 65 años, tener la biopsia de confirmación positiva y PIRADS ≥ 4 en la RMN son factores de riesgo para progresión de la enfermedad.

C-1.9 RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE MUY BAJO RIESGO CON TRATAMIENTO ACTIVO INMEDIATO FRENTE A DIFERIDO EN PACIENTES EN PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA

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

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La vigilancia activa(VA) es un manejo aceptado para el cáncer de próstata (CaP) de bajo riesgo frente a un tratamiento activo. La progresión en un protocolo de VA puede reflejar un infraestadiaje de la biopsia inicial, y en estos pacientes los riesgos asociados al retraso del tratamiento activo no están definidos. El objetivo es comparar a los pacientes con CaP de muy bajo riesgo sometidos a tratamiento activo inmediato frente a VA.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se comparan 2 cohortes de pacientes, todos ellos con criterios de muy bajo riesgo (Grupo 1 de la NCCN- National Comprehensive Cancer Network), con estos criterios: estadio T1c, Gleason 6, PSA < 10 ng/ml, densidad de PSA(dPSA) $< 0,15$ ng/ml, ≤ 2 cilindros afectados y $\leq 50\%$ de cada uno).

El primer grupo, de los 221 hombres incluidos en protocolo de VA, 185 eran del grupo 1 NCCN. De estos 103 (55,7%) permanecen en VA, y 82 llevaron tratamiento activo: 38 prostatectomía radical(PR), y el resto otra modalidad. El segundo grupo se compone de 79 pacientes con tratamiento activo inmediato (TAI) entre 2011 y 2015. De estos, 38 se sometieron a PR, y el resto a otro. Se realizó un estudio descriptivo y analítico, mediante chi-cuadrado y log-rank. Se comparó la supervivencia Global(SG), Supervivencia Libre de Recidiva Bioquímica(SLRB), Supervivencia Cáncer Específica(SCE) y Supervivencia Libre de Metástasis(SLM) a los 5 años.

RESULTADOS. La mediana de seguimiento fue de 116 meses en TAI, y la del grupo VA tras tratamiento activo de 48 meses. Presentaron características clínicas y patológicas similares en cuanto a PSA, número de cilindros y afectación. La SG, SLM, SCE y SLRB a los 5 años fueron de 96,7%VA vs 96,1%TAI, 100%VA vs 97,5%TAI, 100%VA vs 97,4%TAI y 96,1%VA vs 93,3%TAI, respectivamente, sin diferencias entre los dos grupos ($p>0'05$).

Se evaluaron las características de mal pronóstico tras prostatectomía radical: Márgenes positivos:52,8%VA vs 33,4%TAI($p 0,21$); Gleason ≥ 7 ng/ml:80,6%VA vs 52,9%TAI($p 0,05$); estadio $>T3a$:8,3%VA vs 2,9%TAI($p 0,19$).

CONCLUSIONES. Los pacientes en nuestro protocolo de VA presentan unos resultados oncológicos similares a los que se realiza un tratamiento activo inmediato.

C-1.10 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES CON ESTADIO PT3B SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Cívico Sánchez, C.; Rosino Sánchez, A.; Jiménez Peralta, D.; Barragán Gamero, M.; Barragán Flores, W.A.; Sandoval Martínez-Abarca J. M.; Muñoz Guillermo V.; Rivero Guerra, A.; Carrillo George, C.; Pietrónica, B.; Izquierdo Morejón, E.; Cruces Arabia F.; Romero Hoyuela A.; Hita Villaplana G.; Fernández Aparicio T.

Hospital General Universitario Morales Meseguer - Murcia

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El de cáncer de próstata pT3b es un tumor localmente avanzado con alto riesgo de recidiva. Nuestro objetivo es evaluar la supervivencia libre de recidiva bioquímica y la supervivencia libre de tratamiento sistémico indefinido en pacientes pT3b tratados mediante prostatectomía radical. Valorar variables relacionadas con la progresión oncológica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos en el Hospital Morales Meseguer de prostatectomía radical entre noviembre de 2011 y febrero de 2021 con informe anatomopatológico de pT3b. Se define PSA indetectable como PSA<0,2ng/ml y progresión bioquímica PSA>0,2ng/ml en 2 analíticas separadas en el tiempo o con indicación de tratamiento de rescate. Se utilizaron análisis de regresión logística, análisis multivariante y curvas Kaplan-Meier.

RESULTADOS. Se identifican 38 pacientes, siendo válidos para el estudio 37 pacientes, con una media de edad en la cirugía de 63,29 años (p25-75 59,75-67,75) y con una mediana de seguimiento de 44 meses (p25-75 28,75-72,5). En cuanto a las variables oncológicas: la media de PSA al diagnóstico fue de 12,47ng/ml (p25-75 7,36-14,34), un 39,5% tuvieron afectación ganglionar, un 57,9% de los pacientes tuvo márgenes afectados tras la cirugía y el 68,4% tuvo un PSA indetectable tras la cirugía.

Por lo que respecta a las variables de seguimiento: de los que tuvieron un PSA indetectable tras la cirugía el 18,4% presentó progresión bioquímica y la mediana del tiempo de progresión en este grupo de pacientes fue 31 meses (p25-75 13-64). Globalmente el 63,1% de los pacientes recibió radioterapia (26,3% adyuvante y 36,8% de rescate), el 18,4% recibió terapia de deprivación androgénica de forma indefinida, el 7,9% recibió ARTA y sólo hubo 1 exitus relacionado con su neoplasia prostática. No se consiguieron identificar variables de riesgo para la progresión bioquímica ni para la necesidad de terapia sistémica indefinida, posiblemente por el pequeño tamaño muestral.

CONCLUSIONES. La presencia de un pT3b se asocia a una alta probabilidad de presentar enfermedad ganglionar asociada. Sin embargo, a corto/medio plazo la cirugía ofrece un adecuado control oncológico en un tercio los pacientes, evitando en más del 80% de los pacientes el tratamiento sistémico si se asocia a radioterapia dentro de un esquema multimodal.

Comunicaciones. Mesa 2. Vídeos

V-1 CISTOPLASTIA CON AVANCE DE CUELLO VESICAL Y-V PARA TRATAR LA ESCLEROSIS DE CUELLO RECIDIVANTE

Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; Nedelcu, R.G.; García Andrés, R.; Montoya Chinchilla, R.; Martínez Muñoz, R.; Pardo Martínez, A.; Marín Martínez, F.; García Espona, C Cachay Ayala, M.; Sala Lafuente, L.; Rodríguez Tardido, A.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía – Cartagena

INTRODUCCIÓN. La esclerosis de cuello vesical (ECV) tiene un origen iatrogénico en la mayoría de casos, como complicación de la resección transuretral de próstata (RTUp). El tratamiento endoscópico de la ECV no siempre es eficaz, y requiere de otras técnicas quirúrgicas. La cistoplastia con avance de cuello vesical en “Y-V” es una alternativa para tratar esta patología, y se basa en la transposición de un *flap* de tejido vesical con buena vascularización sobre la zona esclerótica.

OBJETIVO. Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la cistoplastia de avance “Y-V” para tratar la esclerosis de cuello recidivante en nuestro paciente.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 62 años con antecedentes de síntomas del tracto urinario inferior de varios años de evolución que no mejoró con tratamiento médico, por lo que se realizó RTUp. En los meses posteriores a la intervención, sufrió varios episodios de retención aguda de orina (RAO) y se colocó sondaje bajo visión en diversas ocasiones e incluso cistostomía por imposibilidad de sondaje. En la cistoscopia se observó el cuello vesical cerrado y remanente de tejido prostático obstructivo. En la flujometría, se obtuvo un flujo máximo de 12 ml/s y un residuo postmiccional no significativo.

Se realizaron hasta tres RTUp con apertura del cuello vesical. Tras varios meses sin mejoría de los síntomas, diversos episodios de RAO y necesidad de portar sonda vesical, se decide realizar cistoplastia de avance “Y-V” para tratar la ECV.

Técnica quirúrgica: La intervención se lleva a cabo por vía laparoscópica y con abordaje extraperitoneal. Se coloca al paciente en posición de litotomía, con cadera semiflexionada y Trendelenburg. Disección y apertura del cuello vesical.

Corte en "Y" de la vejiga. Se realiza avance de colgajo y sutura en "V" con dos hemisuturas continuas de vicryl 3/0. Se realiza comprobación de estanqueidad y se deja sonda vesical de 20Ch durante 14 días. *Tiempo quirúrgico*: 2.5 horas. *Resultados*: El paciente evoluciona favorablemente y tras retirada de sonda presenta una mejoría subjetiva en la dinámica miccional, con chorro fuerte y sin incontinencia. Se realiza cistoscopia de control al mes y a los 6 meses postoperatorios, en la que se observa el cuello vesical abierto, que permite el paso del cistoscopio sin dificultad. En la flujometría, se obtiene flujo máximo de 20 ml/s y residuo postmiccional no significativo.

CONCLUSIONES. La cistoplastia de avance del cuello vesical en "Y-V" ha dado buenos resultados a corto-medio plazo para tratar la esclerosis de cuello recidivante en nuestro paciente.

V-2 TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA DE ACCESO RETROPERITONEAL.

Reina L., Segura M., La Iglesia B., Martínez H., Vellilla P., Ballesteros C., Bitsunov A., Ruiz J. Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca.

INTRODUCCIÓN. El desarrollo del abordaje retroperitoneal laparoscópico ha sido lento desde sus inicios. En 1983 Wickham logra mediante la insuflación de CO₂ distender el retroperitoneo y puede realizar una ureterolisis. Weimberg y Smith en 1988, intentan extirpar el riñón de un animal de experimentación, por vía retroperitoneal laparoscópica. Es a inicios de la década de los 90, cuando se establece un método reglado de distender el espacio virtual retroperitoneal mediante la aplicación de un balón de distensión creado por Gaur.

OBJETIVO DEL TRABAJO. Exponer la vía de acceso retroperitoneal en cirugía mínimamente invasiva como una vía de abordaje útil y válida para casos seleccionados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Se muestra el video de una cirugía de tumorectomía renal laparoscópica de acceso retroperitoneal en un paciente con tumoración exofítica de 3 cm de diámetro superior en valva posterior renal izquierda.

CONCLUSIÓN. La vía de acceso retroperitoneal laparoscópica es una técnica de abordaje útil para tumoraciones renales situadas en cara posterior renal.

V-3 DIVERTICULECTOMÍA VESICAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ENDOSCOPIA

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

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Aunque los divertículos vesicales, no son una causa frecuente de síndrome del tracto urinario inferior, deben ser tenidos en cuenta cuando nos enfrentemos a pacientes refractarios a tratamiento médico y quirúrgico. Es una patología que se puede corregir mejorando de forma drástica la calidad de vida del paciente. A continuación, presentamos el caso de un paciente con esta patología al que se le realizó una diverticulectomía vesical laparoscópica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Se presenta el caso de un paciente que acudió a consulta por síndrome de tracto urinario inferior de larga evolución. Como antecedentes urológicos destaca una resección de próstata endoscópica hace 9 meses. El paciente presentaba micción con prensa abdominal, una única vez al día, y dolor intenso en hipogastrio. En la flujometría aparecía un claro patrón obstructivo. Tras la cirugía desobstructiva solamente presentó mejoría durante 6 meses. Ante la sospecha de un divertículo vesical se solicitó uretrocistografía miccional hallando un divertículo de aproximadamente 10 cm de diámetro en cara lateral izquierda de vejiga. Se completó estudio con cistoscopia encontrando un divertículo de cuello estrecho a 2 cms del meato ureteral izquierdo. Además, se objetivó una esclerosis de cuello vesical que no impedía, pero dificultaba el paso del cistoscopio.

Ante los hallazgos, y mala calidad de vida del paciente, se decidió realizar diverticulectomía vesical laparoscópica asistida por endoscopia y cervicotomía vesical.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo dado de alta el paciente al segundo día. La sonda vesical se retiró a las 4 semanas y el catéter JJ a las 2 semanas. Al año de seguimiento el paciente permanece asintomático, con una flujometría adecuada y sin residuo postmiccional.

CONCLUSIONES. La diverticulectomía vesical laparoscópica es una técnica segura, efectiva y asociada a pocas complicaciones. La asociación con transluminiscencia endoscópica facilita la disección del divertículo y la identificación del cuello vesical, lo que facilita la cirugía y minimiza el tiempo quirúrgico.

V-4 URETERECTOMÍA DISTAL CON LINFADENECTOMÍA TRAS NEFRECTOMÍA POR LITIASIS

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

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN. La aparición de un tumor maligno primario en el remanente ureteral tras una nefrectomía por enfermedad benigna es una patología extremadamente rara. Por este motivo, no existe un protocolo de seguimiento adecuado para estos pacientes, que se diagnostican del tumor cuando presentan clínica, en especial hematuria. Un caso distinto es nuestro paciente, que se diagnosticó tras el estudio anatomopatológico de la pieza.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos el caso de un hombre de 64 años cuyos antecedentes urológicos incluyen cólicos renoureterales de repetición, sometiéndose hace 15 años a una pielolitomía mediante lumbotomía. Consultó por dolor persistente tipo cólico izquierdo, se realizó TAC abdominal simple que informaba de varias litiasis en uréter distal que ocasionaban hidronefrosis grado IV. Se realizó ureterorenoscopia hallando estenosis ureteral y se fragmentó parte de las litiasis, retirando catéter doble J al mes. En el seguimiento persistía la hidronefrosis por lo que se realizó nuevo TAC simple, que informaba de litiasis en uréter distal. El renograma diurético nos informó de una función renal diferencial del riñón izquierdo del 3%. Se decide la realización de nefrectomía simple izquierda, aunque se incluye la zona ureteral estenótica y de ocupación litiasica a nivel del cruce los iliacos.

El estudio de anatomía patológica informa de neoplasia urotelial de uréter pT3, alto grado con margen ureteral distal afecto por carcinoma in situ. Ante estos hallazgos se realiza estudio de extensión hallando un nódulo pulmonar único de 1,5 cms. Se decide completar cirugía oncológica realizándose ureterectomía distal con rodete vesical y linfadenectomía pélvica izquierda.

El postoperatorio transcurrió sin incidencias, siendo el paciente alta a los 3 días. La anatomía patológica informó de carcinoma urotelial invasivo, sólido de alto grado, estadio pT1 con límites quirúrgicos libres, 13 ganglios negativos en la linfadenectomía.

CONCLUSIONES. No se sabe con certeza por qué se producen tumores malignos no epidermoides en el contexto de una enfermedad litiasica de larga evolución. Se han postulado diversas teorías incluyendo la inflamación crónica secundaria a las litiasis. Aunque sea una entidad rara se debería tener en cuenta a la hora de valorar estenosis del tracto urinario superior en pacientes litiasicos.

V-5 URETEROLISIS BILATERAL E INTRAPERITONIZACIÓN LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE LA UROPATÍA OBSTRUCTIVA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL

Jiménez Peralta, Daniel; Hita Villaplana, Gregorio; Pietricica, Bogdan Nicolae; Barragán Gamero, Melque; Barragán Flores, William Andrés; Sandoval Martínez-Abarca, José María; Cívico Sánchez, Claudia; Muñoz Guillermo, Victoria; Rivero Guerra, Angela; Fernández Aparicio, Tomás

Hospital General Universitario Morales Meseguer - Murcia

INTRODUCCIÓN. La uropatía obstructiva es una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes con fibrosis retroperitoneal, lo cual añade morbilidad debido a la necesidad de nefrostomías permanentes en muchos casos. En la literatura está descrita la ureterolisis con intraperitonización como tratamiento de dicha complicación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 71 años, hipertensa y fumadora que ingresa en 2020 para estudio de síndrome constitucional, fracaso renal e hidronefrosis bilateral secundaria a masa retroperitoneal de partes blandas. Se realizan estudios complementarios (incluyendo biopsia retroperitoneal, no concluyente) con los que se descarta causa secundaria de la fibrosis retroperitoneal, iniciando tratamiento con corticoides.

En mayo 2021 ingresa por sepsis urinaria objetivando hidronefrosis bilateral a pesar de recambio reciente de catéter JJ, por lo que se propone ureterolisis bilateral e intraperitonización laparoscópica.

En posición de decúbito lateral derecho, se realiza disección y liberación del uréter izquierdo de su carcasa fibrosa, con intraperitonización y cierre del peritoneo con sutura barbadada. Se realiza el mismo procedimiento del lado derecho en posición de decúbito lateral izquierdo.

RESULTADOS. Estancia hospitalaria de 7 días (por problemática social) sin complicaciones postquirúrgicas u otras incidencias.

CONCLUSIÓN. La ureterolisis bilateral e intraperitonización laparoscópica es una técnica factible como tratamiento de la uropatía obstructiva en la fibrosis retroperitoneal.

V-6 URETERORRENOSCOPIA FLEXIBLE RETRÓGRADA DIAGNÓSTICA EN PACIENTE CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los tumores de vía urinaria superior siempre deben tenerse en cuenta en pacientes con antecedentes de tumores uroteliales y aparición de hematuria. Presentamos un caso de utilización de ureterorrenoscopia flexible retrógrada diagnóstica en paciente con derivación urinaria tipo Bricker.

MATERIALES Y MÉTODOS. Paciente con antecedente de Cistectomía radical más Bricker por antecedente de neoplasia vesical. Trasladado a nuestro servicio por fiebre e hidronefrosis bilateral. Durante su estancia, y tras colocación de nefrostomía bilateral presenta hematuria persistente por nefrostomía izquierda y urostomía. Se propone ureterorrenoscopia flexible retrógrada diagnóstica.

RESULTADOS. Se inicia intervención con introducción cistoscopio flexible por urostomía, identificando neo meatos estenóticos. Se realiza paso de guía sensor por trayecto de nefrostomía izquierda y se asciende con ureterorrenoscopia flexible. Se explora uréter, pelvis y cálices renales objetivando varias lesiones aparentemente tumores, por lo que se toman biopsia con cesta NGage y pinza fría. Se colocan catéteres ureterales retrógrados bilateral. Postoperatorio dentro de la normalidad. La biopsia y citologías son compatibles con tumor urotelial de alto grado. Por lo que posteriormente se interviene de nefroureterectomía izquierda y reconstrucción de Bricker laparoscópica.

CONCLUSIÓN. La URSC retrógrada flexible es una técnica factible en pacientes con derivaciones urinarias tipo Bricker para el diagnóstico diferencial de hematuria macroscópica.

V-7 INTERPOSICIÓN DE ASA ILEAL LAPAROSCÓPICA EN CASO DE ESTENOSIS URETERAL BILATERAL

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La interposición de segmentos intestinales dentro de la cirugía reconstructiva urológica se ha realizado clásicamente con técnicas abiertas; sin embargo, la utilización de técnicas mínimamente invasivas va en aumento. Presentamos un caso de reconstrucción ureteral bilateral mediante interposición ileal intracorpórea laparoscópica.

MATERIALES Y MÉTODOS. Paciente con diagnóstico de estenosis ureteral bilateral a nivel de cruce de vasos ilíacos en relación con antecedente de cirugía ginecológica oncológica y radioterapia previa. Tras varios años de recambio de catéteres ureterales bilateral. Se propone cirugía reconstructiva mediante interposición ileal intracorpórea laparoscópica.

RESULTADOS. Se realizó la cirugía en decúbito supino. Tras la movilización de asas intestinales y acceso a retroperitoneo, se localizan uréteres libres a nivel de tercio medio y se referencian. Se procede a la selección de segmento ileal y reconstrucción del tránsito intestinal. Se realiza anastomosis de ambos uréteres (previamente cateterizados) a asa ileal, uno en cada extremo y anastomosis de asa a cúpula vesical. Tiempo quirúrgico 4 horas. Postoperatorio sin complicaciones. Se retiran catéteres ureterales a las cuatro semanas. Control con UroTAC dos semanas tras retiro de doble j con buen paso de contraste hasta vejiga.

CONCLUSIÓN. La reconstrucción ureteral bilateral mediante interposición ileal totalmente intracorpórea laparoscópica es una técnica factible que permite un abordaje mínimamente invasivo.

V-8 URETEROLISIS BILATERAL E INTRAPERITONIZACIÓN LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DE LA UROPATÍA OBSTRUCTIVA POR FIBROSIS RETROPERITONEAL

Jiménez Peralta, Daniel; Hita Villaplana, Gregorio; Pietricica, Bogdan Nicolae; Barragán Gamero, Melque; Barragán Flores, William Andrés; Sandoval Martínez-Abarca, José María; Cívico Sánchez, Claudia; Muñoz Guillermo, Victoria; Rivero Guerra, Angela; Fernández Aparicio, Tomás
Hospital General Universitario Morales Meseguer - Murcia

INTRODUCCIÓN. La uropatía obstructiva es una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes con fibrosis retroperitoneal, lo cual añade morbilidad debido a la necesidad de nefrostomías permanentes en muchos casos. En la literatura está descrita la ureterolisis con intraperitonización como tratamiento de dicha complicación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 71 años, hipertensa y fumadora que ingresa en 2020 para estudio de síndrome constitucional, fracaso renal e hidronefrosis bilateral secundaria a masa retroperitoneal de partes blandas. Se realizan estudios complementarios (incluyendo biopsia retroperitoneal, no concluyente) con los que se descarta causa secundaria de la fibrosis retroperitoneal, iniciando tratamiento con corticoides.

En mayo 2021 ingresa por sepsis urinaria objetivando hidronefrosis bilateral a pesar de recambio reciente de catéter JJ, por lo que se propone ureterolisis bilateral e intraperitonización laparoscópica.

En posición de decúbito lateral derecho, se realiza disección y liberación del uréter izquierdo de su carcasa fibrosa, con intraperitonización y cierre del peritoneo con sutura barbadada. Se realiza el mismo procedimiento del lado derecho en posición de decúbito lateral izquierdo.

RESULTADOS. Estancia hospitalaria de 7 días (por problemática social) sin complicaciones postquirúrgicas u otras incidencias.

CONCLUSIÓN. La ureterolisis bilateral e intraperitonización laparoscópica es una técnica factible como tratamiento de la uropatía obstructiva en la fibrosis retroperitoneal.

Comunicaciones. Mesa 3

C-3.1 ANÁLISIS PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE LA MORBILIDAD ORAL DERIVADA DE LA OBTENCIÓN DE LOS INJERTOS DE LA CAVIDAD ORAL EMPLEADOS EN URETROPLASTIAS DE AMPLIACIÓN O SUSTITUCIÓN

Ruiz Morcillo, JC.; Reina Alcaína, L.; Velilla Asurmendi, P.; Martínez Peralta, HL.; La Iglesia Lozano, B.; Ballesteros Torres, C.; Segura Sánchez, MJ.; Bitsunov, A.
Hospital Rafael Méndez – Lorca

INTRODUCCIÓN. El tratamiento de la estenosis de uretra suele ser quirúrgico. Si la estenosis afecta a un segmento largo pueden utilizarse tejidos de sustitución en forma de injertos. La extracción de mucosa oral no está exenta de morbilidad.

OBJETIVO. Análisis descriptivo de morbilidad postoperatoria tras extracción de injerto de mucosa bucal (MB). Seguimiento a 21 días.

METODOLOGÍA. Estudio observacional, longitudinal y prospectivo. Mediante cuestionario compuesto con 12 preguntas con escala de 1-10 (1 ausencia de síntomas, 10 máximo de intensidad) se obtiene valoración de **Síntomas Preoperatorios (PreOP)** (Hábito Tabáquico, Intervenciones/material protésico bucales, Dolor bucal, Dificultad para beber, Dificultad para hablar, Dificultad para abrir boca, Dificultad para sacar lengua, Alteraciones en salivación, Alteraciones en percepción de sabores, Grado de alteraciones sensitivas, Palpación de irregularidades en boca), **Datos de la Cirugía Uretral** y **Datos Postoperatorios (PO) a los 3, 7 y 21 días.**

RESULTADOS. Desde Junio 2021 se han incluido 5 pacientes hombres. Edad media 55 (Mín 35. Max 69). El 60% (3) son fumadores. En 2 pacientes se realizó uretroplastia Barbagli, 1 paciente 1er tiempo Bracka, 2 casos cirugía 2º tiempo. Se utilizó MB (Izquierda: 60%. Derecha: 40%) con longitud media de 46mm (Max 60, Mín: 34) y anchura de 46mm (Máx 30, Mínimo 6). En el 80% la MB fue ovoide resto rectangular. Cierre de herida en 80%. En 3er día PO se registraron los valores más altos de intensidad de síntomas (Media 3,18) con **tendencia decreciente al 7º (Media 2,02) y al día 21 PO (Media: 1,36. Media PreOP: 1,46).** El **Dolor al abrir la boca** fue el de mayor intensidad (Media 4,8. Max 7. Mín 1. Media PreOP: 1,6. Media 21 días PO: 2), seguido de **Palpación de Irregularidad** (Media 4,5. Max 9, Mín 2) y **Dificultad para comer** (Max 4. Max 7. Mín 1). **No sangrados PO.**

CONCLUSIONES. Con los datos de nuestra serie podemos intuir que los síntomas estudiados tienen una baja/moderada intensidad excepto en el 3er Día PO con tendencia descendente hasta el día 21 dónde parecen igualarse a los datos PreOP.

C-3.2 EXPERIENCIA EN URETROPLASTIA COMO TRATAMIENTO PARA LA ESTENOSIS URETRAL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2021

Moreno Sánchez, P.; Artes Artes, M.; Bobadilla Romero E.R.; García Porcel V.J.; Alcón Cerro, P.; Andreu García, A.; Jiménez Parra, J.D.; García Escudero, D.; Sánchez Rodríguez, C.; Oñate Celdrán, J.; Valdevira Nadal, P.; Molina

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN. la estenosis uretral consiste en la reducción del calibre uretral debido a un proceso cicatrización. Aún no está clara su patogenia, pero se han definido cuatro grandes grupos etiológicos (idiopático, iatrogénico, inflamatorio, traumático). La clínica deriva de la obstrucción del tracto urinario inferior, y lo más frecuente es la sensación de vaciado incompleto de la vejiga. Para el diagnóstico se recomienda combinar flujometría y uretrografía y, a ser posible, uretrocistoscopia. Para tratarla, tradicionalmente se han hecho dilataciones o uretrotomías bajo visión directa. No obstante, va aumentando en importancia la uretroplastia, termino-terminal o de aumento, que suele ser más exitosa a largo plazo y con menos recidivas y complicaciones, siendo probable que acabe igualando o desplazando a la uretrotomía como técnica más usada, al menos en las estenosis más largas y complejas.

OBJETIVO. resumir la actualidad de las causas, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de la estenosis uretral y describir nuestra experiencia en uretroplastias en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. hicimos un estudio descriptivo, en el que, retrospectivamente, incluimos a todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados de estenosis uretral e intervenidos con uretroplastia termino-terminal o uretroplastia de aumento. Valoramos causas, pruebas diagnósticas, zona y longitud de estenosis, tipo de cirugía, cirujano, recidiva y complicaciones.

RESULTADOS. se incluyó a 52 pacientes. La zona más frecuente de estenosis fue la uretra bulbar, y la principal causa fue la iatrogenia. Todos los pacientes contaron con al menos una prueba complementaria, incluyendo flujometría o uretrografía, y la mayoría contó con ambas pruebas. Se intervino a 31 pacientes con uretroplastia de aumento y a 21 con uretroplastia termino-terminal, con tasas de éxito a corto plazo del 95% y 94% y respectivamente, mientras que el éxito global fue del 94%. Veinte pacientes tuvieron complicaciones, sobre todo tras uretroplastia con anastomosis, y doce presentaron recidiva, principalmente en la uretroplastia de aumento.

CONCLUSIONES. La iatrogenia es la principal causa de estenosis uretral, aunque todavía son importantes las infecciones de orina. Nuestros pacientes siguieron en su mayoría la recomendación de combinar flujometría y uretrografía para el diagnóstico. Las tasa de éxito en nuestros pacientes fue similar a la esperada, siendo algo mayor en uretroplastia de aumento. Las complicaciones fueron más frecuentes en la uretroplastia con anastomosis, pero más graves en la uretroplastia de aumento. La experiencia se reveló un factor muy importante en el éxito de la cirugía, con a mejores resultados en cirujanos experimentados y con el paso del tiempo.

C-3.3 CARCINOMA PROSTÁTICO INCIDENTAL EN PACIENTES CON HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (HBP) INTERVENIDOS DE ENUCLEACIÓN CON LÁSER DE HOLMIO (HOLEP).

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

INTRODUCCIÓN. La enucleación prostática con láser de Holmio se ha vuelto una alternativa eficaz a la resección transuretral de próstata en el tratamiento quirúrgico de la HBP. Nuestro objetivo principal consiste en estudiar la prevalencia de cáncer prostático incidental tras Holep, así como analizar los factores predictores de cáncer prostático en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio analítico, retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de Holep entre enero de 2017 y noviembre de 2021 en el servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer. Se excluyeron a los pacientes diagnosticados previamente de cáncer de próstata(CaP). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

Resultados. La muestra a estudio fue de 216 pacientes. El 16,8%(36) tenía <60 años, el 56,3%(121) tenía entre 60 y 75 años y 26,9%(58) >75años. El 1%(2) tenía HBP grado I, el 4%(9) grado II, el 35%(75) grado III y el 60% grado IV(130). El 54,8%(119) tenía un PSA<4, el 30,7%(66) entre 4 y 10 y el 14,4%(31) mayor de 10. El 9,3%(20) tenía tacto rectal sospechoso. El 28,8%(62) tenía biopsia prostática previa.

El 8,8%(19) presentaron CaP incidental, de los cuales el 26%(5) fue ISUP 1, el 32%(6) fue ISUP 2, el 37%(7) fue ISUP 3 y el 5%(1) fue ISUP 4. El PSA medio de los pacientes con CaP incidental fue de 14,9 vs 9,3 en aquellos sin CaP. De los pacientes con AP positiva, el 21%(4) tenía un PSA menor a 4, 53%(10) entre 4 y 10 y 26%(5) mayor a 10. En los pacientes con AP negativa los porcentajes fueron 57%(108), 28,5%(57) y 14,5%(24) respectivamente. La diferencia fue estadísticamente significativa. De los pacientes con CaP, el 26%(5) tenía tacto rectal sospechoso vs 7,4%(14) en los pacientes sin CaP. La diferencia fue estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN. Un número considerable de pacientes presentaron cáncer de próstata incidental. Estos pacientes tenían PSA más elevado y mayor frecuencia de tacto rectal sospechoso que aquellos con anatomía patológica negativa.

C-3.4 EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO CENTRO CON LA TERAPIA ABLATIVA CON VAPOR DE AGUA (REZÜM) PARA LOS SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Disponemos de diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) tipo obstructivo. Estos no están exentos de complicaciones, incluyendo sangrado, reingresos, disfunción sexual... Una alternativa es la ablación térmica con vapor de agua (Rezüm) cuya evidencia científica publicada hasta la fecha permite posicionarla como una buena alternativa a los tratamientos convencionales con unos eventos adversos temporales aceptables y unos buenos resultados funcionales y sexuales. El objetivo del estudio es evaluar los resultados de los pacientes sometidos a esta intervención en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con STUI tratados mediante esta terapia Rezüm en nuestro centro. Se han valorado las características basales previas a la intervención y se han evaluado resultados postquirúrgicos (flujometría e IPSS e IIEF-15).

RESULTADOS. Se ha realizado esta técnica en 14 pacientes en nuestro centro en 2021 incluyendo pacientes con un elevado riesgo quirúrgico (ASA III-IV), con elevadas comorbilidades y aquellos que han optado por esta intervención voluntariamente con el objetivo de conservar su función sexual (4 pacientes). La mediana de volumen prostático es de 50cc y de edad de 74 años. El 64% (9) de los pacientes eran portadores de sonda vesical a permanencia. Los resultados de la flujometría postquirúrgica muestran que el 44,4% de los pacientes presenta un flujo máximo >10 ml/s, un volumen miccional total >100 ml en más del 50% y ninguno presentó un residuo postmiccional >50cc. Sólo un paciente requirió reintervención quirúrgica. Los datos de los cuestionarios ofrecen un IPSS con una mediana de 5 puntos en las cuestiones de sintomatología (solo un paciente muestra IPSS de STUI severo), con puntuaciones elevadas en el ítem de calidad de vida. El 28,4% de los pacientes encuestados ofreció resultados favorables en el cuestionario IIEF-15. El resto de los pacientes indicaron disfunción sexual previa a la intervención sin empeoramiento tras la misma.

CONCLUSIONES. Ante los resultados obtenidos, consideramos que se trata de una opción a valorar en pacientes con indicación de tratamiento quirúrgico por STUI severa debida a HBP o que desean conservar su función sexual.

C-3.5 CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL COMO TRATAMIENTO DE LAS LITIASIS RENALES DE GRAN TAMAÑO

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

INTRODUCCIÓN. Aunque la nefrolitotomía percutánea (NLP) es el tratamiento de elección para las litiasis renales de gran tamaño, múltiples o complejas, en los últimos años la cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS) ha ganado popularidad en el tratamiento de estas litiasis, principalmente por la reducción en términos de complicaciones y estancia hospitalaria al compararla con la NLP. Sin embargo, la efectividad de la RIRS en litiasis >2cm aún está en debate.

OBJETIVO. Evaluar la efectividad de la RIRS como tratamiento alternativo a la NLP en litiasis >2cm.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se analizó retrospectivamente la historia de pacientes sometidos a RIRS con litiasis renales de 2-4.5cm desde 2017 hasta noviembre del 2021; se tomó en cuenta características pre y postoperatorias del paciente y las características de las litiasis para el análisis de los resultados. Definimos como éxito (SFR) los pacientes sin litiasis o con litiasis residual <4mm tras la cirugía. Se realizó además un análisis de regresión para determinar los factores predictores de fracaso de la RIRS.

RESULTADOS. En total 43 RIRS fueron incluidas en este estudio, el tamaño medio de las litiasis fue de 2.8±0.7cm, la dureza en unidades de Hounsfield fue de 959 ±74UH; en cuanto a la duración media de la cirugía y la estancia hospitalaria estas fueron de 103min y 1.4días, respectivamente. Se colocó catéter doble J a todos los pacientes tras

la RIRS. Solo se presentaron complicaciones en 3 pacientes, mientras que 6 pacientes visitaron anticipadamente las consultas por molestias relacionadas al catéter. El SFR primario fue de 55.81%, sin embargo, solo 6 pacientes necesitaron tratamiento de rescate, tras lo cual se logró un SFR secundario de 69.76%. Los factores asociados a una menor tasa de SFR fueron el tamaño, localización y la dureza de la litiasis, siendo más efectivo el tratamiento en las litiasis blandas, localizadas en pelvis y cáliz superior-medio.

CONCLUSIÓN. En pacientes cuidadosamente seleccionados con litiasis renales >2cm, la RIRS es una alternativa eficaz, con baja tasa de complicaciones y menor estancia hospitalaria.

PALABRAS CLAVE. cirugía retrograda intrarrenal, litiasis renal, endourología

C-3.6 ¿LA COVID DEBE INTERRUPIR EL TRASPLANTE RENAL ? EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE EN NUESTRO CENTRO DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS.

Yago Giménez, Pablo^a; Martínez Gómez, Gloria^a; Aznar Martínez, Laura^a; Vidal Crespo, Natalia^a; López Abad, Alicia^a; Herrero Vidal, Laura^a; García-Rivas Carmona Francisco Miguel^a; Rull Hernández, Javier^a; López González, Pedro Ángel^a; López Cubillana, Pedro^a; Cao Avellaneda, Enrique^a; Moreno Alarcón, Cristóbal^a; 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 Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El paciente trasplantado renal (PTR) supone uno de los grupos poblacionales más vulnerables al SARS-Cov2, especialmente en el post trasplante inmediato (primeros 4 meses tras trasplante). El objetivo es evaluar los trasplantes renales efectuados en 2020 y 2021 y observar cómo han evolucionado con relación a la infección por SARS-Cov 2.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los PTR del 2020 y 2021 que no han necesitado trasplantectomía inmediata. Se evalúan variables de infección por SARS-Cov tanto postrasplante inmediato como a posteriori y se evalúan la presencia de síntomas, ingreso, UCI, muerte, vacunación en el momento del contagio y pérdida de injerto renal.

RESULTADOS. Se identificaron 141 PTR, 57 correspondientes a 2020 y 84 correspondientes a 2021.

La cohorte de 2020 estaba formada por 17 mujeres(29.8%) y 39 hombres (68.4%), con una mediana de edad de 53años (rango 25-76). Contrajeron la infección 19 pacientes de los cuales 13 en el primer año post trasplante y 6 posterior al primer año. En el post trasplante inmediato se infectaron 4 pacientes de los cuales 2 ingresaron en UCI y fallecieron, y 2 ingresaron sin necesidad de UCI. Ningún paciente estaba vacunado. Ningún paciente contagiado ha perdido el injerto renal.

La cohorte de 2021 estaba formada por 25 mujeres(29.8%) y 59 hombres (70.2%), la mediana de edad era de 56 años(rango 27-76). Contrajeron la infección 14 pacientes siendo 2 los infectados en el post trasplante inmediato. Uno de ellos ingresó sin necesidad de ingreso en UCI y el restante no requirió de ingreso hospitalario. Todos estaban vacunados.

De los pacientes que se contagiaron con SARS-Cov2 en periodo posterior al post trasplante inmediato, sólo 3 personas requirieron ingreso hospitalario sin fallecimiento. Todos se encontraban vacunados. Ningún paciente contagiado ha perdido el injerto renal.

CONCLUSIONES. Los pacientes con TR resultan especialmente cuidadosos evitando contagios dada su vulnerabilidad. Se observa un descenso de mortalidad del 50% al 0% en el periodo post trasplante inmediato. Aunque no hay casos suficientes para establecer una asociación, esta variación de mortalidad podría estar influida por la inoculación de las vacunas contra el SARS-Cov2.

C-3.7 TRASPLANTE PÁNCREAS RIÑÓN: ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DONANTE Y RECEPTOR Y SUPERVIVENCIA DE LOS INJERTOS.

Yago Giménez, Pablo^a; López González, Pedro Ángel^a; Vidal Crespo, Natalia^a; Aznar Martínez, Laura^a; López Abad, Alicia^a; Herrero Vidal, Laura^a; García-Rivas Carmona Francisco Miguel^a; Rull Hernández, Javier^a; López Cubillana, Pedro^a; Cao Avellaneda, Enrique^a; Moreno Alarcón, Cristóbal^a; Fernández Garay, Juan Carlos^a; Martínez Gómez, Gloria^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 Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. El trasplante simultáneo páncreas riñón(TSPK) es una opción terapéutica para pacientes con Diabetes Mellitus tipo1 con insuficiencia renal crónica por Nefropatía diabética. La cirugía y el

postoperatorio resultan complejos y no exentos de complicaciones. Sin embargo, está demostrado un aumento de la supervivencia frente a no realizar trasplante o sólo realizar trasplante renal. El objetivo del trabajo es analizar los pacientes con TSPK y evaluar factores de riesgo que condicionen la pérdida de los injertos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realiza un estudio observacional analítico de todos los pacientes intervenidos de TSPK en nuestro centro (50 sujetos), desde el año 2000 hasta 2022.

Estudio descriptivo utilizando curvas de Kaplan Meier para estudio de supervivencia global y de los injertos.

Estudio analítico utilizando chi-cuadrado, T-Student, Log-Rank y Regresión logística, evaluando variables del donante y del receptor y su asociación con la pérdida del injerto.

RESULTADOS. La mediana de edad fue de 36 años (25-52), siendo la de los donantes de 27 (14-48).

La supervivencia de los injertos renal y pancreático a los 5, 10 y 15 años fue 78%, 72% y 68%; Y 72%, 71% y 61% respectivamente. La supervivencia global a los 15 años fue del 81%.

Las variables que se asocian ($p < 0,05$) con la pérdida del injerto renal fueron:

Retraso al inicio del injerto renal: Si: 57,9% vs No: 16,9% ($p: 0,003$; OR: 6.87, IC95%: 1.83-25.82); Pérdida injerto pancreático: Si: 19.4% vs No: 52.6% $p: 0,014$, OR: 4.63, IC95%: 1.30-16.43), edad donante: ≤ 30 años: 17.2% vs > 30 años: 52.4% ($p: 0,009$, OR: 5.28, IC95%: 1.45-19.16); $kdp_i: \leq 20$: 14,8% vs > 20 : 57.1% ($p: 0,002$, OR: 7.66, IC95%: 1.95-30.14), $kdr_i: \leq 70$: 13.6% vs > 70 : 50%, ($p: 0,008$, OR: 6.33, IC95%: 1.5-26.73).

Los factores asociados ($p < 0,05$) a la supervivencia del injerto renal a los 15 años fueron: Edad donante: ≤ 30 : 82,2% vs > 30 : 51,6%; $kdp_i: \leq 20$: 86,7% vs > 20 : 34,7%; $kdr_i: \leq 70$: 90,2% vs > 70 : 46,8%.

CONCLUSIONES. Apreciamos unos resultados satisfactorios en cuanto a la supervivencia del injerto renal y pancreático en los pacientes de nuestro centro. Existen factores que pueden condicionar la evolución de los injertos renales como son el retraso al inicio del injerto renal, la pérdida del injerto pancreático, la edad del donante y los valores de KDPI y KDRI.

C-3.8 USO DE INMUNOPROFILAXIS CON AUTOVACUNA PARA EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA DE REPETICIÓN

Server Gómez, G.; Guardiola Ruiz, I.; Nedelcu, R.G.; García Andrés, R.; Montoya Chinchilla, R.; Martínez Muñoz, R.; Pardo, Martínez, A.; Marín Martínez, F.; Sala Lafuente, L.; García Espona, C.; Hita Rosino, E.; Cachay Ayala, M.; Rodríguez Tardido, A.; Moreno Avilés, J.

Hospital General Universitario Santa Lucía – Cartagena

INTRODUCCIÓN. Las infecciones urinarias de repetición (ITUr) causan gran demanda de atención médica y provocan un descenso en la calidad de vida de los pacientes. La profilaxis ITUr mas usada es la terapia antibiótica, que conlleva a un incremento de las resistencias bacterianas y efectos secundarios debido a su uso continuado. Existen otras opciones profilácticas no antibióticas, entre las que se incluye la autovacuna bacteriana sublingual (VAC). Sin embargo, la literatura al respecto es escasa.

OBJETIVOS. La hipótesis del estudio es que el uso de VAC supone una alternativa eficaz en la profilaxis de las ITUr. El objetivo principal consiste en valorar la eficacia de VAC como profilaxis en las ITUr en la reducción del número de infecciones del tracto urinario (ITU). Los objetivos secundarios son evaluar la eficacia de VAC en la reducción de síntomas asociados; evaluar la mejoría subjetiva y su relación con el microorganismo detectado.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado con pacientes que recibieron tratamiento con VAC URITAL® entre los años 2018-2021. El tamaño muestral es de 49 pacientes. Se analizaron variables como factores de riesgo de ITUr, efectos adversos, microorganismos detectados y mejoría subjetiva tras finalizar el tratamiento. Además, se recogió durante al menos un año antes de la vacunación y el año posterior a finalizar el tratamiento el número de ITU, síntomas y se estratificó por tratamientos profilácticos concomitantes. Para las variables cualitativas se realizó la prueba de McNemar para datos apareados y para las variables cuantitativas la T de Student para muestras relacionadas.

RESULTADOS. La mayoría de las pacientes fueron mujeres con una mediana de edad de 72 años. El factor de riesgo más frecuente fue la incontinencia urinaria (69,4%). El microorganismo detectado más frecuente fue *Escherichia coli* (37,8%). El 67,6% de los pacientes percibió mejoría tras el tratamiento. El número de ITU se redujo de manera significativa de 5.41 a 2.3 episodios al año ($p < 0.0001$), así como los síntomas asociados, siendo la disuria el más relevante con una reducción de 44.8% ($p < 0.001$). No se encontraron diferencias en el número de ITU y síntomas asociados tras la estratificación por tratamiento concomitante (D-manosa, ácido hialurónico o estrógenos locales).

CONCLUSIÓN. El uso de VAC para el tratamiento de las ITUr ha supuesto una método eficaz para la reducción del número de infecciones en nuestros pacientes. Reduce también los síntomas asociados y se aprecia mejoría subjetiva en la mayoría de los pacientes. No se pueden obtener conclusiones respecto a la relación entre mejoría subjetiva y microorganismo detectado.

C-3.9 USO DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN COMBINACIÓN CON CONDROITIN SULFATO EN PATOLOGÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; Nedelcu, R.G.; García Andrés, R.; Montoya Chinchilla, R.; Martínez Muñoz, R.; Pardo Martínez, A.; Marín Martínez, F.; García Espona, C.; Cachay Ayala, M.; Sala Lafuente, L.; Rodríguez Tardido, A.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía – Cartagena

INTRODUCCIÓN. La barrera protectora de glucosaminoglicanos (GAG) de la mucosa vesical está formada por ácido hialurónico (AH) y condroitin sulfato (CS), entre otros. La deficiencia de GAG se relaciona con patologías crónicas inflamatorias del tracto urinario inferior, como síndrome de la vejiga dolorosa (SVD), infecciones del tracto urinario de repetición (ITUr), cistitis rádica (CR), síndrome de dolor uretral (SU) o vejiga hiperactiva (VH). Desde hace años, se emplea la instilación vesical con AH-CS como tratamiento de estas patologías, aunque la bibliografía es limitada.

OBJETIVO. La hipótesis consiste en que restituir la capa de GAG podría disminuir la sintomatología urinaria. El objetivo principal es evaluar la eficacia de instilaciones vesicales de AH-CS como tratamiento de estas patologías. Los objetivos secundarios son: evaluar los cambios clínicos de forma global tras el tratamiento; evaluar los cambios clínicos y la mejoría según los esquemas de tratamiento utilizados; y evaluar los cambios clínicos y la mejoría en cada una de estas patologías.

MATERIAL Y MÉTODO. Es un estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes que recibieron instilaciones de AH-CS en los años 2018-2020. El tamaño muestral fue de 59 pacientes. Las variables analizadas son: patología urológica principal, síntomas previos y posteriores al tratamiento, grado de mejoría, efectos adversos y esquema de tratamiento recibido. Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas, individualmente y estratificadas por patología principal, ciclos completos y grado de mejoría. Para las variables cualitativas se utilizó la prueba de McNemar, y como medida de asociación el test de χ^2 de tendencia lineal.

RESULTADOS. Las ITUr fueron la patología en la que se empleó este tratamiento más frecuentemente (35.6%), seguido de CR y SVD. Los síntomas más frecuentes referidos por los pacientes fueron urgencia e ITU (45.8% ambos). El tratamiento produjo mejoría en el 67.8% de los pacientes y redujo los síntomas de forma significativa, siendo la hematuria el síntoma con mayor reducción (76.9%, con p 0.039). En los pacientes que recibieron un ciclo completo de tratamiento, se observó una mejoría significativa en el 90% de ellos (p 0.002), y así como una disminución de la sintomatología, sobretodo en hematuria (88.9%) y dolor (70%). No se encontraron diferencias significativas en la mejoría estratificada por patología.

CONCLUSIONES. La instilación de AH-CS es eficaz para tratar patologías crónicas inflamatorias del tracto urinario inferior. Reduce de forma global la frecuencia de síntomas. Reduce los síntomas y se observa una mejoría en la mayoría de los pacientes que han recibido un ciclo completo. No se pueden obtener conclusiones sobre cambios clínicos ni mejoría en las distintas patologías.

Comunicaciones. Mesa 4

C-4.1 ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA: ESTUDIO COMPARATIVO DE TOXICIDAD EN NUESTRA SERIE

Alcón Cerro, P.; Artes Artes, M.; Romero Bobadilla, E.R.; García Porcel, V.J.; Moreno Sánchez, P.; Molina Hernández, O.; Jiménez Penick, J.F.; 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. En el tratamiento del CPRcm (Cáncer de próstata resistente a la castración metastásico), el desarrollo de las moléculas Abiraterona y Enzalutamida ha supuesto un gran avance, aumentando la supervivencia, aunque no exentas de efectos adversos.

OBJETIVO. Evaluar y comparar algunos efectos adversos y perfiles de toxicidad asociada a Abiraterona y Enzalutamida en nuestra serie de pacientes con CPRCm.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo observacional comparativo entre pacientes CPRCm tratados con Abiraterona (n:78) y Enzalutamida (n:36) desde Febrero 2014 hasta Enero 2022. Se recogieron datos clínicos y analíticos y se compararon mediante análisis estadístico Chi-Cuadrado, con umbral de significación $p < 0.05$. Motor estadístico: SPSS Statistics.

RESULTADOS. La edad media fue 78.5 años, con Gleason 6 en 10.6%, 7 en 16%, y >7 en 73%. El 62% presentaban ECOG >1 , y 100% y un Charlson >3 . Al diagnóstico el 46.5% presentaba bajo volumen metastásico óseo, el 53.5% presentaba alto volumen metastásico óseo o visceral.

En el grupo Abiraterona(A) 27.3% presentaron astenia, y 46.9% en el grupo Enzalutamida(E), asociación estadísticamente significativa ($p = 0.048$). En cuanto a toxicidad cardiovascular, 8.9% en grupo A, y 5.5% en grupo E presentaron HTA, y 0% en grupo A respecto a 8.3% en grupo E presentaron reagudización de IC ($p = 0.005$). A nivel renal, 12.2% en grupo A y 37.5% en grupo E presentaron deterioro de función renal (FR) ($p = 0.003$). Para toxicidad hepática, 7.8% en grupo A y 6.5% en grupo E presentaron elevación de enzimas hepáticas ($p = 0.81$). En cuanto a infecciones urinarias, 14.3% en grupo A, y 15.6% en grupo E, diferencias no significativas ($p = 0.857$). Para intolerancia digestiva, se presentó en 3.9% grupo A, y 9.4% grupo E ($p = 0.0261$). En cuanto a deterioro cognitivo, 0% grupo A y 2.9% grupo E ($p = 0.131$). Para alteraciones iónicas, mayor incidencia de alteraciones iónicas en grupo A 12.8% HiperK, y 3.8% HipoK, respecto a 0% en grupo E ($p = 0.021$). 0% en grupo A y 6.3% en grupo E abandonaron tratamiento por mala tolerancia, y 5.4 grupo A y 12.5% grupo E por falta de respuesta ($p = 0.038$). En cuanto a toxicidad global, fue del 23% en el grupo A respecto al 22% en el grupo E.

CONCLUSIÓN. Aunque la tasa de efectos adversos fue similar en ambos grupos, Abiraterona presentó mayor incidencia de HTA, HiperK y hepatopatía, mientras que Enzalutamida mayor incidencia de astenia, reagudización de IC, deterioro de FR, infecciones urinarias, y deterioro cognitivo. En la mayoría de los casos, estos efectos adversos pudieron ser manejados farmacológicamente con seguridad.

C-4.2 ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS DE ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CPRCM EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE NUESTRO CENTRO

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

INTRODUCCIÓN. Enzalutamida ha demostrado un perfil de seguridad bueno en el tratamiento de pacientes con Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRCm) en ensayos clínicos. Sin embargo, es importante valorar su tolerabilidad dentro de la práctica clínica ya que la toxicidad y suspensión suele ser mayor a la encontrada en ensayos clínicos.

OBJETIVOS. Analizar los efectos adversos de Enzalutamida en pacientes CPRCm tratados con Enzalutamida y contrastarlo con los resultados de sus respectivos ensayos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo retrospectivo observacional, se incluyeron pacientes CPRCm que han recibido Enzalutamida desde marzo 2015 hasta diciembre 2021. Se evaluó efectos adversos en pacientes CPRCm 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea. Se contrastan nuestros hallazgos con los resultados de los ensayos PREVAIL y AFFIRM.

RESULTADOS. Se incluyeron 69 casos, 49 (71%) CPRC 1era línea y 20 (29%) CPRCm ≥ 2 línea. La media de seguimiento fue de 21,5 meses para el grupo CPRC 1era línea y 10,9 meses para el grupo CPRCm ≥ 2 línea.

Presentaron algún efecto adverso 39 (56,50%) pacientes, 30 (61,2%) CPRC 1era línea y 9 (45%) CPRCm ≥ 2 línea. La incidencia de efectos adversos encontrado, es inferior a lo reportado tanto en el Ensayo PREVAIL (97%) como en AFFIRM (98%).

En cuanto a tasas de suspensión de tratamiento por efecto adverso, encontramos un total 8 casos (11,6%). En CPRC 1era línea 6 (12,2%)/(PREVAIL 6%) debido a Astenia/Fatiga, Hipertensión, Toxicidad Neurológica y Hepatopatía. Y 2 casos (10%) CPRCm ≥ 2 línea/(AFFIRM 8%), ambos casos por Astenia/Fatiga.

En PREVAIL el efecto adverso más frecuente fue Astenia/Fatiga (36%), en nuestra serie en este grupo fue la Hipertensión con 18 (36,7%) casos; siendo la Astenia/Fatiga el segundo más frecuente (26%). Para el grupo CPRCm ≥ 2 línea, en nuestra serie la Astenia/Fatiga fue la toxicidad más frecuente 8 (40%) casos (AFFIRM 34%).

CONCLUSIONES. En nuestra serie, la Enzalutamida es un fármaco bien tolerado, con tasas de suspensión de aproximadamente 11%. Los efectos adversos más frecuentes tanto en CPRCm 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea son

la Hipertensión y la Astenia/Fatiga. Nuestros hallazgos son equiparables a los encontrados en ensayos clínicos, teniendo en cuenta que la identificación de efectos adversos suele ser más exhaustiva en ensayos clínicos y aumentar la tasa global de los mismos.

C-4.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CPRCM

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

INTRODUCCIÓN. La Enzalutamida ha demostrado su beneficio oncológico para en el tratamiento de paciente con Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRCm) en ensayos clínicos. Sin embargo, los resultados suelen ser inferiores en la práctica clínica diaria, por lo cual es importante evaluarlos.

OBJETIVOS. Evaluar resultados oncológicos en pacientes CPRCm tratados con Enzalutamida. Y valorar factores relacionados con progresión oncológica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo retrospectivo observacional, se incluyeron pacientes CPRCm que han recibido Enzalutamida desde marzo 2015 hasta diciembre 2021. Se evaluó tiempo libre de progresión en pacientes CPRCm 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea. Se definió como fecha de progresión, la fecha de suspensión de Enzalutamida por progresión oncológica. Se realizó análisis de regresión de Cox univariante y multivariante.

RESULTADOS. Se incluyeron 69 casos, 49 (71%) CPRC 1era línea y 20 (29%) CPRCm ≥ 2 línea. La media de edad fue de 76 (48-91) años en pacientes CPRC 1era línea y 73 (59-89) para CPRCm ≥ 2 línea ($p=0,17$). La media de PSA inicial fue 76 (0,29-1224) y 140 (0,25-913) para cada grupo respectivamente ($p=0,3$).

La media de seguimiento fue de 21,5 meses para el grupo CPRC 1era línea y 10,9 meses para el grupo CPRCm ≥ 2 línea. Presentaron progresión oncológica 21 pacientes (42,9%) CPRC 1era línea y 16 (80%) CPRCm ≥ 2 línea. La mediana de tiempo a progresión fue de 27 (PREVAIL 28 meses) y 7 meses (AFFIRM 8,3 meses), (HR 3,60, $p<0,001$). En pacientes CPRC 1era línea un PSA inicial $> 7,5$ ng/mL (HR 4,5, $p=0,01$) y no alcanzar un PSA nadir $<50\%$ del inicial (HR 17,12, $p<0,001$) son factores relacionados con riesgo de progresión. Para pacientes CPRCm ≥ 2 línea, la Fosfatasa Alcalina elevada (>380) es un factor de riesgo de progresión (HR 3,85, $p=0,047$); sin embargo, pierde significación estadística en el análisis multivariante.

CONCLUSIONES. Nuestros resultados en cuanto a supervivencia son similares a los presentados en los ensayos clínicos de Enzalutamida. Los pacientes CPRC 1era línea presentan un mayor tiempo libre de progresión que los CPRCm ≥ 2 línea. Tanto un PSA inicial $> 7,5$ ng/mL y no alcanzar un PSA nadir $<50\%$ del inicial, son factores de riesgo de progresión en pacientes CPRC 1era línea.

C-4.4 COMPARACIÓN DE EFECTOS ADVERSOS Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA, EN PACIENTES CPRCM

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

INTRODUCCIÓN. Tanto Abiraterona (ABI) como Enzalutamida (ENZ) han demostrado beneficios en el tratamiento de pacientes con Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRCm). Es importante evaluar sus resultados dentro de la práctica clínica diaria.

OBJETIVOS. Analizar resultados oncológicos y efectos adversos (EA) de Enzalutamida y Abiraterona en pacientes CPRCm.

MATERIAL Y MÉTODOS. Trabajo retrospectivo observacional, se incluyeron pacientes CPRCm que han recibido Enzalutamida desde marzo 2015 hasta diciembre 2021 o Abiraterona desde enero 2012 hasta diciembre 2021. Se evaluó efectos adversos y tiempo libre de progresión en pacientes CPRCm 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea. Análisis mediante Chi cuadrado y curvas de supervivencias.

RESULTADOS. Se incluyeron en total 146 pacientes. 69 casos tratados con ENZ, 49 (71%) CPRC 1era línea, 20 (29%) CPRCm ≥ 2 línea y 77 tratados con ABI, 49 (63,6%) CPRCm 1era línea y 28 (36,4%) CPRCm ≥ 2 línea. Encontramos una mayor tasa de pacientes con alto volumen metastásico en pacientes CPRCm ≥ 2 línea tratados con ENZ vs ABI (80% vs 39,3%, $p=0,005$).

22 (44,9%) casos con ABI y 30 (61,2%) casos con ENZ ($p=0,10$) CPRC 1era línea, presentaron algún EA. Se suspendió el tratamiento por EA en 5 (10,2%) y 6 (12,2%) pacientes, respectivamente ($p=0,75$). En pacientes CPRCm ≥ 2 línea se encontró tasas similares de toxicidad (32,1% ABI vs 45% ENZ, $p=0,36$), y suspensión por EA (10,7% ABI vs 10% ENZ, $p=0,93$).

Progresaron 21 pacientes (42,9%) CPRC 1era línea y 16 (80%) CPRCm ≥ 2 línea de pacientes con ENZ. Mediana de tiempo a progresión de 27 y 7 meses, respectivamente (Log Rank, $p=0,001$). En paciente con ABI progresaron 31 (63,3,6%) casos CPRCm 1era línea y 24 (85,7%) CPRCm ≥ 2 línea. 12 y 5 meses de mediana de tiempo a progresión, respectivamente (Log Rank, $p=0,001$).

Siempre teniendo en cuenta que el perfil de pacientes tratados con ABI y ENZ es diferente y que los grupos pueden no ser homogéneos encontramos una mayor tasa de progresión oncológica en pacientes CPRC 1era línea en tratamiento con ABI vs ENZ (63,3% vs 42,9%, $p=0,043$) y una menor supervivencia media a progresión (12 vs 27 meses, Log Rank 0,06).

CONCLUSIONES. En nuestra serie, la Abiraterona presenta menor toxicidad que la Enzalutamida pero también peores resultados oncológicos. Estos resultados deben tomarse con cautela dadas las limitación de nuestro trabajo al ser observacional y retrospectivo.

C-4.5 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA PRECOZ DEL PSA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONORRESISTENTE METASTÁSICO

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

INTRODUCCIÓN. El empleo de antiandrógenos de segunda generación como Abiraterona (AA) y Enzalutamida (EZ) está extendido y sus beneficios demostrados en el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm).

No obstante, esta es una enfermedad mortal y la identificación precoz de pacientes no respondedores es crucial para poder beneficiarse de un cambio terapéutico temprano.

OBJETIVO. Analizar el papel del antígeno prostático específico (PSA) y su descenso precoz como marcador predictivo temprano de respuesta al tratamiento con AA y EZ para el CPRCm.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio analítico retrospectivo que incluye a los pacientes con diagnóstico de CPRCm tratados con AA o EZ entre enero de 2015 y diciembre de 2021 en nuestro centro.

Se establecieron 2 grupos en función de que presentaran o no un descenso del PSA $\geq 50\%$ a las 4 semanas de iniciar el tratamiento. Método Kaplan-Meier para analizar la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) de ambos grupos, y prueba log-rank para comparar las mismas entre ambos tratamientos.

RESULTADOS. Se registraron 114 casos, 78 (68,4%) tratados con AA y 36 (31,6%) con EZ. La edad media fue de 78,43 años (DE: 9,17). La mediana de PSA al inicio del tratamiento fue de 31,85 (8,76-98,62). La media de seguimiento fue de 22,4 meses (DE: 16,64).

Encontramos diferencias estadísticas entre aquellos pacientes que presentaron un descenso de PSA $\geq 50\%$ a las 4 semanas de iniciar el tratamiento y aquellos que no en SG (Mediana: 49 meses vs 26 meses; $p=0,016$) y SLP (Mediana: 45 meses vs 22 meses; $p=0,006$). Estratificando por tipo de tratamiento, no objetivamos diferencias significativas entre AA y EZ en sus curvas de SG ($p=0,327$) y SLP ($p=0,155$).

CONCLUSIÓN. Cambios tempranos de PSA post tratamiento en pacientes con CPRCm pueden conducir a una interpretación errónea por fenómenos como la lisis tumoral o el efecto flare, y por lo tanto deben ser evaluados con cautela. No obstante, un descenso precoz del PSA $\geq 50\%$ parece un marcador pronóstico de SG y SLP en aquellos que inician terapia con AA o EZ.

C-4.6 EXPERIENCIA INICIAL CON APALUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC) Y HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO (CPHSM)

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

INTRODUCCIÓN. La Apalutamida es un antagonista del receptor de andrógenos aprobado como tratamiento para el CPRC y recientemente para el CPHSm tras los buenos resultados oncológicos de los ensayos clínicos. Nuestro objetivo principal consiste en valorar la efectividad y seguridad a corto plazo de los pacientes en tratamiento con Apalutamida en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con CPRC y CPHSm que iniciaron tratamiento con Apalutamida desde agosto de 2018 hasta noviembre de 2021 en el servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer.

RESULTADOS. Se incluyeron 22 pacientes (18 pacientes CPHSm 81% y 4 CPRC 19%). La mediana de edad al inicio de Apalutamida fue de 71 años en los pacientes CPHSm y de 80 años en los CPRC. La mediana de PSA al inicio fue de 19 ng/ml(0,61-263) y de 5ng/ml(2,2-17,8) respectivamente. Se hallaron metástasis óseas en todos los CPHS, de los cuales el 72%(13) eran de alto volumen. El 17%(3) de los pacientes CPHS presentaban metástasis viscerales al inicio de Apalutamida.

La mediana de seguimiento es de 8 meses en los pacientes CPHS y 41 meses en los CPRC. El valor medio del PSA nadir fue de 0,21 en ambos grupos de pacientes. La mediana de tiempo en semanas hasta el nadir fue de 2 semanas en los CPHS y de 8 semanas en los CPRCA. De los pacientes CPHS el 23,5%(4) han presentado estabilidad radiológica, el 47%(7) respuesta parcial, 6%(1) respuesta completa y 12%(2) progresión. De los CPRC han presentado estabilidad todos los pacientes. El 17,6%(3) pacientes CPHS han presentado progresión bioquímica con una mediana de 7 meses desde el inicio del tratamiento, mientras que en los CPRC ha presentado progresión el 25%(1) a los 32 meses de iniciar el tratamiento.

En cuanto a la toxicidad, 4 pacientes en total (18%) presentaron toxicidad (astenia, sofocos, diarrea y neurotoxicidad), requiriendo suspender el tratamiento solamente 2 pacientes (9%) en una mediana de 2 meses, ambos por neurotoxicidad.

CONCLUSIONES. La experiencia inicial con Apalutamida en nuestros pacientes es favorable, con un buen resultado oncológico a corto plazo así como una toxicidad asumible y similar a la comunicada en los ensayos clínicos.

C-4.7 EXPERIENCIA INICIAL CON DAROLUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER PROSTÁTICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO(CPRC)

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

Hospital General Universitario Morales Meseguer – Murcia

INTRODUCCIÓN. La Darolutamida es un antagonista de receptor de andrógenos aprobado recientemente como tratamiento del CPRC. Nuestro objetivo principal consiste en valorar la efectividad y seguridad a corto plazo de los pacientes en tratamiento con Darolutamida en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo. Se incluyeron pacientes con CPRC que iniciaron tratamiento con Darolutamida desde mayo de 2021 hasta enero de 2022 en el servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer. Del estudio de efectividad y efectos adversos se excluyeron aquellos pacientes con periodo de seguimiento <30 días. Como respuesta serológica se consideró un descenso del PSA>50% respecto al PSA al inicio del tratamiento.

RESULTADOS. La muestra final fue de 6 pacientes. Los cuales tenían una mediana de edad de 84 años(76-94). 4 pacientes tenían tratamiento local previo. La mitad(3) de los pacientes eran ECOG 0 y la otra mitad ECOG 1. Ningún paciente presentaba dolor al inicio(EVA 0). La mediana de PSA al inicio del tratamiento era de 5,81 nanogramos mililitro (2,43-22 ng/ml) mientras que la mediana del PSA nadir tras inicio es de 0,92 ng/ml (0,12-1,57). La mediana del PSA doubling time era de 3 meses(2,1-5,7). La mediana de tiempo en tratamiento con TDA hasta inicio de Darolutamida fue de 44 meses(20-128).

Un paciente fue excluido del seguimiento. La mediana de seguimiento fue de 6 meses(2-8). Durante el seguimiento los 5 pacientes presentaron respuesta inicial de PSA.

Un paciente ha presentado progresión serológica y radiológica(metástasis óseas) a los 7 meses tras el inicio de Darolutamida. Ningún paciente ha presentado dolor ni empeoramiento de su situación basal durante el seguimiento.

En cuanto a efectos secundarios, un paciente ha presentado toxicidad hepática a los 3 meses, que requirió ajuste de dosis. Otro paciente presentó síntomas neurológicos al 4 mes asociado a una neuropatía herpética. Ningún paciente ha requerido suspensión definitiva.

CONCLUSIÓN. Pese al pequeño tamaño muestral y el corto periodo de seguimiento, todos los pacientes han presentado respuesta al inicio del tratamiento, han mantenido su calidad de vida y pese a que han aparecido efectos secundarios ningún paciente ha requerido suspensión definitiva.

C-4.8 EXPERIENCIA INICIAL: TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA CANCER DE PRÓSTATA

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

INTRODUCCIÓN: Apalutamida es un inhibidor selectivo del receptor androgénico. Ha sido autorizada para el tratamiento del cáncer de próstata hormonosensible metastásico(CPHSM) y resistente a la castración no metastásico(CPRCM0) en combinación con tratamiento de privación androgénica(TDA).

OBJETIVO: Valorar la tolerabilidad y la respuesta del PSA en pacientes con cáncer de próstata en tratamiento con apalutamida.

MÉTODOS: Se realiza un estudio prospectivo de 16 pacientes que presentan cáncer de próstata y están en tratamiento con apalutamida. Se recogieron datos como la edad, el gleason, si recibieron algún tratamiento previo del cáncer de próstata, la presencia de metástasis y resultados analíticos como el antígeno prostático específico(PSA). También se revisaron los efectos secundarios surgidos, si se interrumpió el tratamiento y si hubo progresión de la enfermedad.

RESULTADOS: 11 pacientes presentaban CPHSM y 5 CPRCM0, con una edad media de 75.37 años. De los pacientes con CPHSM, el 72.73% presentaban metástasis de debut y 81.82% eran de bajo volumen. El PSA medio de inicio fue de 22.77ng/ml, disminuyendo a 2.68ng/ml al mes tras el inicio del tratamiento. El PSA disminuyó un 94.49% en el grupo de pacientes con CPHSM y un 79.71% en el de CPRCM0. El 75% sufrieron efectos secundarios. El más frecuente fue la fatiga en el 31.25%, seguido del hipotiroidismo en el 25% y la elevación de la tensión arterial en 12.50%. Todos los efectos secundarios surgidos fueron leves excepto uno, la aparición de una leucopenia severa que hizo interrumpir el tratamiento. La media de seguimiento en los pacientes con CPHSM fue de 129 días, y de 504 días en los CPRCM0. Hubo progresión en un paciente con CPRCM0.

CONCLUSIÓN: Apalutamida en combinación con TDA en pacientes con CPHSM y CPRCM0 es una opción eficaz y bien tolerada, con una respuesta del PSA>50%, pudiendo aumentar la supervivencia global y libre de progresión.

C-4.9 RESULTADOS INICIALES DEL USO DE APALUTAMIDA PARA PACIENTES CON CANCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METÁSTASICO

Natalia Vidal Crespo¹, Erique López Jiménez² Enrique Cao Avellaneda¹, Antonio José Lozano Martínez² Laura Aznar Martínez¹, Alicia López Abad¹, Pablo Yago Giménez¹, Laura Herrero Vidal¹, Francisco García-Rivas Carmona¹, José Félix Escudero Bregante¹, Juan Carlos Fernández Garay¹, Pedro López Cubillana¹, Pedro Ángel López González¹, Gloria Martínez Gómez¹, Cristóbal Moreno Alarcón¹, José Antonio Nicolás Torralba¹, Antonio Prieto González¹, Mariano Rigabert Montiel¹, Javier Rull Hernández¹, Gerardo Server Pastor¹, Jesús Ignacio Tornero Ruiz¹, Guillermo Antonio Gómez Gómez¹

1. Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

2. Servicio de Oncología Radioterápica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

INTRODUCCIÓN. La apalutamida ha sido recientemente aprobada para su uso en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico, añadida al bloqueo androgénico convencional. Se presentan los resultados iniciales de este fármaco en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Revisión retrospectiva, entre marzo de 2021 y agosto de 2021. Los resultados de efectividad incluyen respuesta de PSA, progresión radiológica y fallecimiento. Los resultados reportados por los pacientes incluyen los cuestionarios BPI-SF, BFI-SF y EQ-5D-5L.

Para el análisis estadístico, las variables continuas se describen como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico. Las variables discretas como número y porcentaje. Para comparar los valores de PSA y de los test de calidad de vida a lo largo del tiempo se han llevado a cabo test no paramétricos (Wilcoxon).

RESULTADOS. Se incluyen 38 pacientes, con una mediana de seguimiento de 216 días (IQR 56-280). La mediana de edad fue 73 años (IQR 63.65-77.25). Doce pacientes (31.6%) fueron metastásicos al debut, el resto había recibido tratamiento quirúrgico (11) o RT (15) previamente. Doce pacientes (31.6%) eran M1a, 23 (60.5%) M1b y tres (7.9%) M1c. Diez pacientes (26.3%) eran de alto volumen según CHAARTED.

La media de PSA basal fue 61.92 ± 128.95 ng/ml. Al mes el 83.87% de los pacientes había reducido en >50% su valor de PSA y el 54.86%, en >90% ($p < 0.001$); a los 3 meses, el 85.61% de los pacientes redujo su PSA en >90% ($p = 0.001$); este porcentaje disminuyó al 76.47% a los 6 meses ($p = 0.001$).

En cuanto a las variables reportadas por los pacientes, hubo una reducción significativa del dolor (2.96 ± 3.64 vs. 0.76 ± 1.56 ; $p = 0.009$), un aumento no significativo de la fatiga (1.44 ± 2.39 vs. 2.16 ± 2.39 ; $p = 0.149$), y una mejoría de la calidad de vida evaluada con el EQ-5D-5L Crosswalk Index (0.678 ± 0.412 vs. 0.881 ± 0.101 ; $p = 0.02$).

Diecisiete pacientes (58.6%) presentaron efectos adversos, de los cuales sólo 2 fueron grado 3.

Dos pacientes fallecieron por cáncer de próstata a los 91 y 89 días del inicio del tratamiento, respectivamente.

CONCLUSIONES. Los resultados iniciales de nuestra serie coinciden con lo esperado según los estudios pivotaes de este fármaco.

Premio Server Falgás año 2021

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, JM; Barceló Bayonas I; Rivero Guerra A; Carrillo George, C; Pietricica BN; 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 bioquímica¹. Este hecho se asocia a un riesgo incrementado de desarrollo de metástasis en un 24-34% de los pacientes² y a un incremento de mortalidad cáncer específica y global³.

Se define recidiva bioquímica el como el aumento del valor de PSA postquirúrgico en dos determinaciones consecutivas $\geq 0,2$ ng/mL siendo el PSA postquirúrgico previo indetectable^{4,5}.

Diversos factores tanto clínicos como patológicos han mostrado relación con la recaída bioquímica y el desarrollo de enfermedad sistémica como son la aparición de recidiva precoz, el PSA preoperatorio, PSA doubling- time, el estadiaje T de la pieza, el grado ISUP de la pieza o la presencia de márgenes quirúrgicos afectos³. El análisis de dichos factores puede resultar útil a la hora de estratificar la recidiva bioquímica en grupos de pacientes de bajo y alto riesgo con finalidad pronóstica⁶.

El objetivo principal de nuestro estudio fue analizar factores que se asocian a la recidiva bioquímica precoz tras prostatectomía radical.

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 analizan variables prequirúrgicas (PSA, estadiaje clínico TNM, datos de biopsia), quirúrgicas y anatomopatológicas (márgenes afectos, tamaño del nódulo index, afectación perineural o linfovascular, presencia de patrón cribiforme).

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 ng/mL en dos determinaciones o indicación de tratamiento de rescate. Se excluyeron 13 pacientes que presentaron persistencia de PSA tras la cirugía. Para el análisis estadístico se ha empleado el programa estadístico SPSS v20., mediante el cual se ha realizado un estudio descriptivo de las variables así como un análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier.

RESULTADOS

La edad media es 64 años (IC 95% 63-66) con PSA prequirúrgico medio de 8.8 ng/ml (IC 95% 7.65-9.98). El 39.7% de los paciente presentaban tacto rectal patológico frente al 60.3% que fueron negativos. Se objetivaron un 28.6%, 37.9%, 22.1%, 7.1%, 4.3% de ISUP I, II, III, IV, V respectivamente en el examen anatomopatológico de la biopsia transrectal.

Respecto al estadiaje de la pieza de prostatectomía 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. La mediana de ganglios resecados fue de 23 (rango 7-53). 40 casos (71.8%) presentaron márgenes libres de tumor frente a 102 (28.2%) afectos. 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. Del total de casos en un 13.4% se identificó invasión perineural y en un 9.2% patrón cribiforme. El tamaño promedio del nódulo index fue 14 mm (IC 95% 13-15).

En las tablas 1, 2 y 3 se muestran los resultados del análisis univariante de los factores anatomopatológicos para la recidiva bioquímica precoz en la pieza de prostatectomía radical.

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%).

Mediante la representación gráfica de curvas de Kaplan-Meier se observa para la mediana de seguimiento de nuestra serie una disminución significativa del tiempo hasta la recurrencia bioquímica en los pT3a y pT3b frente a los pT2 (test de Logrank < 0.0001) como se aprecia en el gráfico 1. En el grupo de metástasis ganglionar (pN1) se objetiva una aparición de recidiva bioquímica de forma más precoz respecto del grupo sin ganglios afectos (pN0) (test de Logrank < 0.0001) como se muestra en el gráfico 2. En el grupo de márgenes afectos el tiempo medio hasta la recidiva fue de 45.1 meses frente a los R0 que fue de 52 meses (test de Logrank < 0.0001).

TNM		NO RECIDIVA (%)	RECIDIVA (%)	P ≤ 0.05
Estadio T pieza	T2	88	12	SI
	T3a	85.3	14.7	
	T3b	45.5	54.5	
Estadio N pieza	N0	77.8	22.2	SI
	N1	25	75	
	NX	91.5	8.5	
ISUP pieza	1	92.3	7.7	P=0.06
	2	89.4	10.6	
	3	75.8	24.2	
	4	71.4	28.6	
	5	57	43	

Tabla 1. Análisis univariante de factores anatomopatológicos en la pieza de prostatectomía radical.

FACTORES PIEZA		NO RECIDIVA	RECIDIVA	P ≤ 0.05
NÓDULO INDEX	Ø (mm)	13.11 (12-14.2)	17.3 (14.3-20.3)	SI

Tabla 3. Análisis univariante del tamaño del nódulo index en la pieza de prostatectomía radical.

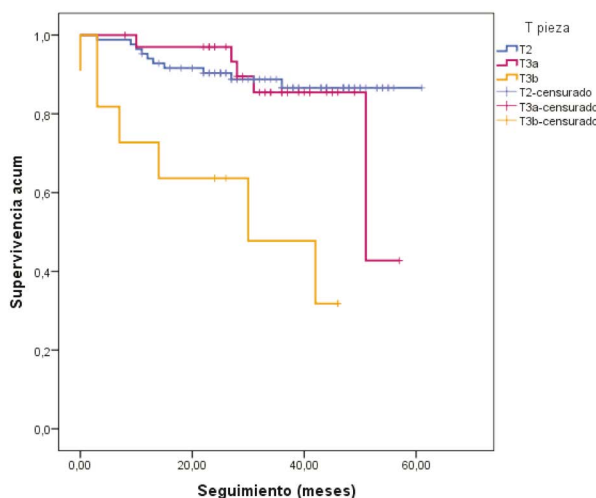


Figura 1. Análisis de supervivencia para estadio T prostatectomía radical.

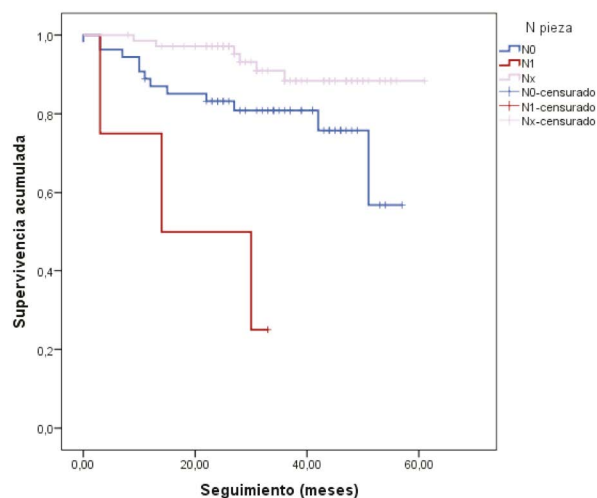


Figura 2. Análisis de supervivencia para estadio N prostatectomía radical.

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 con diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0.05$). En cuanto al 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 ($p \leq 0.05$). El grado ISUP de la pieza mostró tendencia a la significación estadística ($p = 0.06$). Esta información puede ser útil a la hora de informar del riesgo personalizado de cada paciente de recidiva bioquímica precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedland SJ, Humphreys EB, Mangold LA, Eisenberger M, Dorey FJ, Walsh PC and Partin AW: Risk of prostate cancer-specific mortality following biochemical recurrence after radical prostatectomy. JAMA. 294:433–439.
2. Boorjian SA, Thompson RH, Tollefson MK, Rangel LJ, Bergstralh EJ, Blute ML and Karnes RJ: Long-term risk of clinical progression after biochemical recurrence following radical prostatectomy: The impact of time from surgery to recurrence. Eur Urol. 59:893–899. 2011.
3. Van den Broeck, T., et al. Prognostic Value of Biochemical Recurrence Following Treatment with Curative Intent for Prostate Cancer: A Systematic Review. Eur Urol, 2019. 75: 967.
4. Mir MC, Li J, Klink JC, Kattan MW, Klein EA, Stephenson AJ. Optimal definition of biochemical recurrence after radical prostatectomy depends on pathologic risk factors: identifying candidates for early salvage therapy. Eur Urol. 2014 Aug;66(2):204-10.
5. Michael S. Cookson, Gunnar Aus, Arthur L. Burnett, Edith D. Canby-Hagino, Anthony V. D'Amico, Roger R. Dmochowski, et al. Variation in the Definition of Biochemical Recurrence in Patients Treated for Localized Prostate Cancer: The American Urological Association Prostate Guidelines for Localized Prostate Cancer Update Panel Report and Recommendations for a Standard in the Reporting of Surgical Outcomes, The Journal of Urology, Volume 177. 2: 540-545. 2007.
6. Tilki, D., et al. External Validation of the European Association of Urology Biochemical Recurrence Risk Groups to Predict Metastasis and Mortality After Radical Prostatectomy in a European Cohort. Eur Urol, 2019. 75: 896



Premios de la AMU de 2021

Premio Pérez Albacete al mejor trabajo audiovisual presentado al XXVI congreso de la AMU, 2021:

Cistoprostatectomía radical y neovejiga ortotópica ileal mediante abordaje laparoscópico. Miriam Artés Artés, et al.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Premio Mariano Tomás al mejor examen de residentes del XXVI congreso de la AMU, 2021:

Javier Rull Hernández

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Introducción en la Región de Murcia de la cirugía Urológica con el robot Da Vinci®

Agradecemos los urólogos murcianos la gran labor realizada por el Dr. Pablo Guzmán Martínez-Valls al conseguir que el Servicio Murciano de Salud ponga en marcha el 'Programa de Cirugía Robótica' para la Región de Murcia con la adquisición de cuatro unidades del robot Da Vinci®, de última generación, para los hospitales Reina Sofía, Virgen de la Arrixaca y Morales Meseguer, de Murcia, y Santa Lucía, de Cartagena, proyecto del que ha sido nombrado coordinador de la Región de Murcia y que persigue mejorar la calidad asistencial de la población murciana.

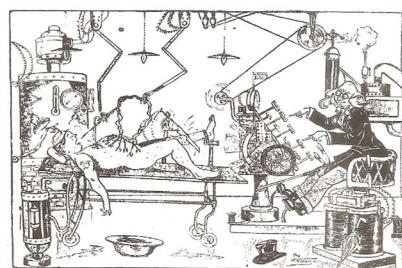
El motivo del reconocimiento a su persona es triple, por una parte, por el logro de interesar al servicio Murciano de Salud en la introducción de la actual innovación quirúrgica, la cirugía robótica, en los hospitales públicos de la Comunidad; por otro, y no de menor importancia, el haber sido la especialidad de urología la pionera en iniciar su práctica, que realizó él con una prostatectomía radical el día ocho de octubre de 2021 en el HU. Reina Sofía; y por último por incluir a los cuatro principales hospitales universitarios de la región en el proyecto.

La evolución de la cirugía urológica ha seguido un brillante curso de avances desde mediados del siglo pasado con la práctica, en primer lugar, de la denominada cirugía percutánea, que permite acceder al interior del organismo mediante punciones primero y luego la introducción de agujas, catéteres o finas pinzas que facultan corregir algunos defectos y extraer tejidos. El siguiente paso, en los años ochenta, fue el diseño del ureteroscopio y del nefroscopio con los que se alcanza el riñón para su manipulación endouroológica.

La 'Cirugía Mínimamente Invasiva' (CMI) es un término introducido por Wickhan, director del Instituto de Urología de Londres en 1986, al inicio de la cirugía laparoscópica, método que, por medio de la inserción en el interior del organismo a través de la piel de ópticas de visión directa y trócares de distinta forma y utilidades, se pueden intervenir los órganos internos, procedimiento que en urología comenzó en la siguiente década, modalidad esta que por sus ventajas se impuso a la cirugía abierta en la realización de grandes intervenciones quirúrgicas (Pérez Albacete, M, «Historia de la cirugía laparoscópica y de la terapia mínimamente invasiva». *Clínicas Urológicas de la Complutense*, 2005; 11:15-44).

El siguiente paso fue el desarrollo de la cirugía robótica; el vocablo 'robot' fue acuñado en 1921 por el checo Karel Capek en su obra teatral *Robots universales Rossum*, término derivado del checo 'robota' con el significado de esclavo o de trabajo. En 1942 Isaac Asimov utilizó la palabra robótica para definir el empleo de aparatos para sustituir a las personas en la realización de operaciones manuales o trabajos y estableció las tres leyes que lo sustentan en su obra *Yo Robot* (R. Valero, Y.H. Ko, S.Chauhan y cols. «Cirugía robótica: Historia e impacto en la enseñanza». *Actas Urológicas Españolas*, 2011; 35 (9): 540-545).

Reproducimos en el Boletín nº 10 de la AMU, de noviembre de 2003, la caricatura aparecida en la publicación *España Médica*, editada en Madrid, en 1912, de 'una sala de operaciones con la cirugía del año 2000' en la que el artista, con una gran visión humorística futura, caricaturiza una operación quirúrgica efectuada por el cirujano, quien, sentado y situado a distancia, manipula botones y pedales que, mediante poleas, mueven cables con pinzas metidos en el interior del abdomen de un paciente dormido postrado en la mesa de operaciones; con ello objetiva con una gran y perfecta imaginación cómo sería la cirugía de nuestro siglo.



La cirugía del año 2000 (Caricatura publicada en el semanario España Médica en 1912)

La cirugía robótica dio sus primeros pasos en los años noventa del siglo XX seguida de un gran despliegue a partir del 2000 con la creación del robot Da Vinci® que, gracias a su maniobrabilidad, ha demostrado superiores ventajas tanto a la cirugía tradicional abierta como a la laparoscópica al disponer de una visión muy aumentada y ser esta tridimensional lo que proporciona una amplia precisión quirúrgica, además de incluir instrumentos específicos articulados que dotan de una gran movilidad y extensión de movimientos para manipular los tejidos con precisión. El éxito de su uso lo encontramos en su extensa introducción en el armamentístico quirúrgico que en nuestro país actualmente alcanzan los sistemas Da Vinci instalados la cifra de 91 aparatos, al uno de febrero de 2022, entre todas las comunidades Autónomas.



Nos describe el Dr. Pablo Guzmán Martínez-Valls las características de los robots adquiridos por el Servicio Murciano de Salud, su uso y manejo en el quirófano, así como el adiestramiento y requisitos que precisa el cirujano para su práctica.

El programa de cirugía robótica de precisión se inició el pasado octubre en los tres hospitales universitarios de la Región: Reina Sofía, Virgen de la Arrixaca y Santa Lucía, y ha permitido intervenir a 175 pacientes hasta el día 18 de febrero de 2022. Una vez finalizado el bloque quirúrgico del hospital Morales Meseguer este año, se procederá a instalar la cuarta unidad.

Los cuatro equipos de cirugía robótica adquiridos son robots Da Vinci Xi y todos tienen simulador para su enseñanza y una mesa operatoria integrada, además existe en uno de ellos una doble consola para conseguir su aprendizaje con más rapidez y seguridad. Aporta una visión en tres dimensiones y un aumento de la imagen de hasta 10 veces su tamaño, lo que facilita el acceso en anatomías complicadas y en cirugías complejas, además de permitir movimientos de 360 grados en siete ejes diferentes.

Las ventajas y los beneficios de esta técnica quirúrgica respecto a otras son amplios ya que disminuyen las complicaciones, el dolor postoperatorio, la estancia hospitalaria y el tiempo de recuperación con una más rápida vuelta a las actividades normales. Se consigue también una mayor precisión reconstructiva, que garantiza una mejor funcionalidad en el postoperatorio con una vuelta más rápida a las funciones naturales con un menor tiempo operatorio respecto a la laparoscopia para el mismo tipo de intervención y, por último, lo que le da un mayor valor es la consecución de magníficos resultados oncológicos que en urología aseguran determinadas e importantísimas funciones como son la continencia y la preservación de la erección. Su uso está extendido también a la cirugía general, torácica, ginecológica, otorrinolaringológica y pediátrica.

En nuestros hospitales se han realizado 182 procedimientos quirúrgicos, ya que a algunos enfermos se les ha sometido a más de una intervención. De los ya operados, al HUV Arrixaca le corresponden 78, de los que urológicos han sido 19 de prostatectomía radical. En el HU Reina Sofía se ha aplicado a 80, y urológicos han sido 36, 35 radical de próstata y una pieloplastia. En el HU. Santa Lucía se ha empleado en 17 pacientes y el programa de urología se inicia con dos prostatectomías en este mes de marzo. En breve, probablemente tras Semana Santa, comenzará la unidad de HU Morales Meseguer.

El programa de formación para acreditar la utilización del robot Da Vinci es muy exigente y consta de cuatro fases: la primera, con un programa “on line”, corresponde a la teoría del manejo del mismo y se debe aprobar una prueba de conocimientos para poder continuar la preparación; una vez superada, permite a los profesionales acudir a distintos centros que disponen del robot Da Vinci con mucha experiencia en su manejo para verlo en directo.

A continuación, se realiza la fase práctica “in situ”, es decir, en el área donde está ubicada la máquina y suele durar unas 3 semanas; tras adquirir la suficiente destreza, el preparador en la formación del robot nos presenta a un centro acreditado en cualquier lugar de Europa para conseguir la certificación que permite el uso del robot.

En el caso de urología, los primeros profesionales acreditados a fecha de la redacción de estas líneas han sido los Dres. Antonio Prieto González y Pedro López Cubillana, del HUV Arrixaca; Leandro Sala Fuente y Almudena Rodríguez Tardido del HU. Santa Lucía; y Pablo Guzmán Martínez Valls y José David Jiménez Parra del HU. Reina Sofía.

Esta tecnología sitúa a la Región de Murcia en el máximo nivel de excelencia en tecnología médica y se coloca en el “top” mundial en tratamiento quirúrgico, todo ello en beneficio de nuestros pacientes.

Mariano Pérez Albacete



