

Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXVII - Nº 29
MURCIA, marzo 2023



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:

Relieve de instrumental quirúrgico egipcio del templo de Kom Ombo, 180 aC.

Foto Dr. Pérez Albacete

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime: Compobell, S.L. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial _____	3
Presentación del XXVIII Congreso de la Asociación Murciana de Urología _____	5
Programa científico _____	7
Comunicaciones presentadas _____	11
Premios de la AMU de 2022: Server Falgás, Pérez Albacete y Mariano Tomás _____	33
Premio Server Falgás año 2022 _____	33
Quincuagésimo aniversario del inicio de la formación MIR en Murcia _____	39

Otro año más tenemos la suerte de poder reunirnos los miembros de la AMU para poner al día nuestros conocimientos, nuestras experiencias y el buen hacer en los hospitales de la Región de Murcia y de la Vega Baja de Orihuela. Hemos pasado el ciclo pandémico de coronavirus, lo que nos ha hecho más fuertes, y tenemos un año más de experiencia en nuestro trabajo.

En este 2023 corresponde al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca la organización del congreso número XXVIII que se nos presenta con un nuevo formato, sin duda más interesante y más atractivo, me refiero a incorporar la enfermería urológica en alguna de las ponencias, a poner al día las últimas técnicas en la práctica quirúrgica y a dar a conocer la actividad de alguno de nuestros hospitales en el campo de la robótica.

Sin duda esto, aun siendo muy importante, no debe hacernos olvidar que tenemos también un compromiso con la asistencia a nuestros enfermos, pendientes de ser atendidos en nuestras consultas y en nuestros quirófanos. No es una cuestión de compromiso con la Administración, sino que es personal con los pacientes en lista de espera.

Con la reunificación de las áreas de Asistencia de Primaria y Especializada, es tiempo de plantearnos nuevos retos en la atención urológica. Aludo a trabajar de una forma conjunta con nuevos protocolos entre Atención Especializada y Atención Primaria que acorten los periodos de espera, a renovar nuestras propias consultas, incorporando un ecógrafo urológico, sobre todo en aquellas que aún no cuentan con él, de manera que podamos ver que la asistencia integral del paciente es posible y no una quimera.

En el Hospital Rafael Méndez de Lorca disponemos de uno hace ya muchos años y la experiencia ha sido fascinante, sobre todo porque acorta los tiempos de espera radiológicos y de nuestras listas de enfermos.

Este año se va a preguntar, supongo, a los pacientes qué piensan de nuestra atención cuáles son los problemas médicos a los que se enfrentan y sobre todo la manera de resolverlos. Es importante que pasemos de una vez por todas de esa urología paternalista que veníamos haciendo hace algunos años, de esa urología defensiva que hemos estado practicando en los últimos tiempos a una urología compartida. Nuestros enfermos vienen demandando unas determinadas técnicas quirúrgicas que han visto en Internet y es nuestra misión devolverles la seguridad de que van a recibir por nuestra parte la mejor asistencia posible desde nuestro punto de vista profesional y es fundamental también devolverles la confianza en nuestra actuaciones, con todo ello creo que aumentaríamos nuestros éxitos profesionales y sanitarios y mejorarían los cuidados recibidos.

Son siempre tiempos nuevos los que nos permiten avanzar en todos los sentidos. Cuando tenemos una edad y la experiencia de haber sido asistidos en nuestro sistema sanitario, comprendemos los éxitos y sobre todo los errores que se pueden producir, aun sin ser responsables de los mismos, por eso creo que esta nueva manera de organizar nuestras reuniones urológicas siempre aporta algo importante.

Espero y estoy seguro de que este congreso nos va a satisfacer a todos y de que tendrá una gran participación; y sobre todo vaya mi agradecimiento a los organizadores y a los participantes.

Un abrazo y los mejores deseos para este congreso de parte de la junta directiva.

Bienvenida al XXVIII Congreso de la Asociación Murciana de Urología desde el Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Este año 2023 el Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) organiza el XXVIII Congreso Anual de la Asociación Murciana de Urología (AMU) y os damos la bienvenida. Será la cuarta vez que tiene el privilegio de hacerlo; comenzó por primera vez el año 2000 con el VI Congreso, siguiendo en el año 2008 con el XIV y posteriormente en el año 2016 realizando el XXI.

El Servicio de Urología del HCUVA se creó en 1968, por lo que este año ha cumplido los 45 años desde su fundación. Fue en 1966 cuando se finalizó la llamada Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, en el barrio de Vistalegre de Murcia, en recuerdo de la antigua patrona de la ciudad, siendo una residencia de 500 camas. La Residencia Sanitaria de la Virgen de la Arrixaca comenzó su actividad a lo largo del año 1967 dotada con los medios de la tecnología más avanzada del momento, aunque su inauguración oficial fue el 13 de febrero 1968. El servicio de Urología inicia su labor el día 10 de enero de 1968 tras la toma de posesión del Dr. Gerardo Server Falgás y del Dr. Santiago Lescure del Río como jefe y adjunto respectivamente del servicio, el uno de octubre de 1969, se incorpora Mariano Pérez Albacete y posteriormente Gerónimo Salmerón López-Rúa.

Dado que la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca de Murcia se queda pequeña, en 1975, se inaugura un nuevo centro Hospitalario conocido como Ciudad Sanitaria, en la terminología de la época, y conserva el nombre de “Virgen de la Arrixaca” de unas mil camas distribuidas en varios edificios, en El Palmar. El viejo edificio quedó cerrado hasta su reapertura como Hospital de Morales Meseguer. El 5 de mayo de 1975 se efectuó el completo trasvase de enfermos, de personal y de servicios.

En el nuevo centro el Servicio de Urología amplió su plantilla, se incorporan sucesivamente: Ángel Guardiola Más, Pablo Martínez Pertusa.

En 1983 se inicia el programa de trasplante de órganos al contar con la autorización dada al hospital como centro extractor y se completa con el primer implante renal llevado a cabo en la comunidad murciana en julio de 1985. En 2020 se habían superado 1500 trasplantes renales en la Región de Murcia, con un excelente resultado.

Posteriormente se incorporan nuevos profesionales: Guillermo Gómez Gómez y Jose Antonio García Hernández en 1986.

En 1988 el Hospital es reconocido como centro docente universitario y desde entonces pierde el concepto de “Ciudad Sanitaria” y se denomina Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (HUVA). Al jubilarse el Dr. Server Falgás en 1989 asume la jefatura del servicio el Dr. Pérez Albacete y es nombrado jefe de sección el Dr. Gómez Gómez. En los años sucesivos se van contratando nuevos urólogos: Dr. Gerardo Server Pastor, Dr. Hita Villaplana que un año más tarde se traslada al H. Morales Meseguer, Dr. Antonio Prieto González, Dr. Pedro López Cubillana, Dr. Lucas Asensio Egea por unos meses ya que al inaugurarse el H. de Cieza en 2002 se incorpora a dicho centro, Dr. Mariano Rigabert Montiel, Dr. José Antonio Nicolás Torralba, Dr. Jesús Ignacio Tornero Ruiz; en 2005 el Dr. Enrique Cao Avellaneda, marchándose a los dos años a Cartagena pero regresa en 2019 (al inicio de irse a Cartagena lo sustituye la Dra. Ana Isabel López López que se traslada posteriormente al H. San Juan de Alicante), a continuación los Dres. Pedro Ángel López González, Félix Escudero Bregante, Cristóbal Moreno Alarcón, Gloria Martínez Gómez, Juan Carlos Fernández Garay compartiendo su actividad en el Servicio de Urología del Hospital de Cieza, Rocío Martínez Muñoz y Javier Rull completan la plantilla de “staff”. Nuestros residentes actuales, Dres. Laura Aznar Martínez, Alicia López Abad, Pablo Yago Giménez, Francisco García-Rivas Carmona, Laura Herrero Vidal, Javier Mellado Campoy y Francisco Javier Vera completan el Servicio, siendo el mejor ejemplo para

el futuro de la Urología: grandes personas, implicadas hasta lo más profundo y con grandes inquietudes profesionales, todo en beneficio de la mejor asistencia.

Con la jubilación en Agosto de 2022 del Dr. Gómez Gómez, Jefe de Servicio desde el año 2015, cuando hizo lo propio el Dr. Pérez Albacete en 2015, se convoca la plaza de Jefe de Servicio en “comisión de servicios” y es adjudicada al Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls, que era el Jefe de Servicio de Urología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia incorporándose a la misma durante el mes de Octubre de 2022.

La Urología murciana tiene una muy buena proyección a nivel nacional e internacional, participando en multitud de foros. La Medicina en sus diferentes facetas va evolucionando rápidamente, hay nuevos métodos diagnósticos y nuevos tratamientos. La Tecnología Sanitaria sigue evolucionando y desde finales del año 2021 disponemos en la Región de Murcia el robot Da Vinci, con un total de cuatro unidades distribuidos en cuatro hospitales: Virgen de la Arrixaca, Reina Sofía, Santa Lucía y en 2022 en Morales Meseguer. En este ámbito, cirugía robótica, nos vamos igualando e incluso superando a otras Comunidades Autónomas, aunque nuestras necesidades son muchas y queda bastante por hacer y conseguir; ese es uno de los objetivos que nuestro Servicio, con todos sus componentes, de la Asociación Murciana de Urología con sus socios y de la Sociedad Murciana con sus usuarios. Queremos conseguir que la Atención Sanitaria sea de máxima calidad en sus diferentes aspectos, donde exista participación de todos con la imprescindible humanización para conseguir los mejores resultados en salud. Nos reunimos en Congresos como este, Cursos, Jornadas, Actividades Científicas entre otras para buscar la “excelencia” y así os damos la bienvenida esperando que podamos intercambiar conocimientos, siendo este Congreso motivo de encuentro y debate.

Esperando que os resulte interesante. Bienvenidos

En representación del Servicio de Urología del HCUVA

Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls

Jefe de Servicio de Urología HCUVA

Profesor Asociado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Murcia

Coordinador Regional de Cirugía Robótica de la Región de Murcia

XXVIII Congreso de la Asociación Murciana de Urología

3 y 4 de marzo de 2023

Salón de Actos.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca



PROGRAMA

VIERNES 3 MARZO 2023

15:00 h. Entrega de documentación

15:50 h. **Acto de Inauguración**

16:00-17:20 h. **MESA COMUNICACIONES ORALES 1**

Moderadores:

Dra. Victoria Muñoz Guillermo

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Dr. Leandro Reina Alcaina

Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca.

17:20-17:40 h. Descanso. Pausa-café

17:40-19:00 h. **MESA COMUNICACIONES VIDEOS 2**

Moderadores:

Dr. Florencio Marín Martínez

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.

Dr. Juan Carlos Fernández Garay

Hospital Lorenzo Guirao de Cieza.

19:00-20:00 h. **MESA 1: DESAFÍO DE PROBLEMAS EN PERSONAS CON PATOLOGÍA UROLÓGICA**

Moderador: Dr. Antonio Prieto González

Presidente de la Asociación Nacional de pacientes con Cáncer de Próstata (ANCAP). Jefe de Sección Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Importancia de los Cuestionarios: PROMs en Adenocarcinoma de Próstata

Dr. Enrique Cao Avellaneda

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

Consejos para cuidados de los pacientes con Urostomias y otras patologías urológicas (Adenocarcinoma de próstata, incontinencia urinaria, ...)

Álvaro Caballero González

Enfermero. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.

Papel del paciente en el proceso asistencial. Punto de vista del paciente: enfermo de Adenocarcinoma de Próstata (paciente)

Representante enfermo ANCAP.

Campaña de prevención en Urología

Carlos Recio Caride

Director general de Portavoz, empresa de publicidad.

SÁBADO 4 MARZO 2023

09:00-10:15 h. **MESA DE COMUNICACIONES ORALES 3**

Moderadores:

Dr. Jose Carlos Real Colomer

Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

Dr. Gerardo Server Pastor

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

10:15-10:45 h. **CONFERENCIA:**

INSTAURACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE CONSULTA DE CONSEJO GENÉTICA EN UROLOGÍA

Dr. Ángel Borque Fernando

Jefe de Sección Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

10:45-11:00 h. Descanso. Pausa-café

11:00-11:15 h. **PRESENTACIÓN DEL DICCIONARIO DE UROLÓGOS MURCIANOS**

Dr. Mariano Pérez Albacete

Urólogo sénior. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

11:15-11:30 h. **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA REGIÓN DE MURCIA EN EL ÚLTIMO AÑO**

Dr. Raúl Montoya Chinchilla

Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

11:30-12:30 h. **MESA DE COMUNICACIONES VIDEOS 4**

Moderadores:

Dr. Pedro Valdevira Nadal

Hospital General Universitario Reina Sofía.

Dr. Joaquín Pérez Calvo

Hospital Comarcal del Noroeste.

12:30-13:30 h. **MESA 2. AVANCES EN UROLOGÍA. NOVEDADES DIAGNÓSTICAS Y NUEVOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Moderador: Dr. Raúl Montoya Chinchilla

Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.

Papel de los Biomarcadores como herramienta en la toma de decisiones de TVNMI (Diagnóstico temprano. Identificación precoz de la recidiva, Detección temprana de progresión local o enfermedad metastásica, Predicción de respuesta a BCG)

Dr. Félix Guerrero Ramos

Responsable de la Unidad de Urooncología y Ensayos Clínicos del Hospital 12 de Octubre. Madrid

Cirugía Robótica: presente y futuro. Situación actual en la Región de Murcia

Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls

Coordinador Regional de Cirugía Robótica de la Región de Murcia.

Últimos avances en tecnología láser y miniaturización de dispositivos. Técnicas mínimamente invasivas en la cirugía de HBP (Rezumi/iTind)

Dr. Antonio Romero Hoyuela

Jefe de Sección Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

13:30-14:00 h. **REUNIÓN ASAMBLEA Y EXAMEN DE RESIDENTE**

14:30 h. **Comida de Trabajo. Restaurante "Finca Santiago"**

COMITÉ ORGANIZADOR

Servicio de Urología. Hospital Clínico
Universitario Virgen de la Arrixaca

Jefe de Servicio

Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls

Jefes de Sección

Dr. Gerardo Server Pastor

Dr. Antonio Prieto González

Facultativos Especialistas de Área

Dr. Pedro López Cubillana

Dr. Mariano Rigabert Montiel

Dr. José Antonio Nicolás Torralba

Dr. Enrique Cao Avellaneda

Dr. Pedro Ángel López González

Dr. Félix Escudero Bregante

Dr. Jesús Tornero Ruiz

Dr. Cristóbal Moreno Alarcón

Dra. Gloria Martínez Gómez

Dr. Juan Carlos Fernández Garay

Dra. Rocío Martínez Muñoz

Dr. Javier Rull Hernández

Residentes

Dra. Laura Aznar Martínez

Dra. Alicia López Abad

Dr. Pablo Yago Giménez

Dr. Francisco García-Rivas Carmona

Dra. Laura Herrero Vidal

Dr. Javier Mellado Campoy

Dr. Francisco Javier Vera Ballesteros

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente

Dr. Antonio Rosino Sánchez

Vocales

Dr. Almudena Rodríguez Tardido

Dr. Cristóbal Moreno Alarcón

Dr. Julián Oñate Celdrán

Dr. Leandro Reina Alcaina



JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU

Presidente: Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo

Vicepresidente: Dr. Juan Moreno Avilés

Secretario: Dr. Leandro Reina Alcaina

Tesorero: Dr. Manuel José Segura Sánchez

Vocal científico: Dr. Antonio Rosino Sánchez

Vocal: Dr. Raúl Montoya Chinchilla

Vocal de residentes: Dr. Gerardo Server Gómez

Comunicaciones. Mesa 1

C-1.1. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL USO DE DIFERENTES AUTOVACUNAS EN EL TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN URINARIA DE REPETICIÓN

Server Gómez, G.; Guardiola Ruiz, I.; Nedelcu, R.G.; Valor Pérez, M.; Montoya Chinchilla, R.; Vidal Crespo N.; Artés Artés M.; Pardo, Martínez, A.; Marín Martínez, F.; Sala Lafuente, L.; García Espona, C.; Hita Rosino, E.; Cachay Ayala, M.; Rodríguez Tardido, A.; Moreno Avilés, J.
Servicio de Urología del Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento profiláctico de la infección urinaria de repetición (ITUr) mediante la inmunoprofilaxis con autovacunas (VAC) está cobrando mayor importancia por su capacidad para prevenir los síntomas y su baja tasa de efectos adversos. Existen diversos tipos de formulaciones de VAC en el mercado con distintos procesados, sin embargo, disponemos de pocos estudios comparativos y de eficacia al respecto.

OBJETIVOS. El objetivo principal del estudio consiste en evaluar y comparar la eficacia de las diferentes formulaciones de VAC utilizadas en nuestro medio como profilaxis de las ITUr, en la reducción de número de infecciones del tracto urinario (ITU). Los objetivos secundarios son evaluar su eficacia en la reducción de síntomas asociados y en la mejoría subjetiva percibida.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se trata de un estudio observacional retrospectivo de 87 pacientes realizado entre los años 2018-2022, dividido en dos grupos según la profilaxis administrada Grupo A (46 pacientes) VAC URITAL® y Grupo B (41 pacientes) con VAC UROMUNE®. Las variables analizadas fueron: sexo, edad, factores de riesgo de ITUr, microorganismo detectado, mejoría subjetiva percibida, número de ITU y síntomas previos y posteriores al tratamiento. Se estratificaron ambos grupos por tratamientos profilácticos concomitantes. Para las variables cualitativas se realizó la prueba de McNemar para datos apareados, para las variables cuantitativas la T de Student para muestras relacionadas y la prueba de U de Mann-Whitney para la comparación entre los distintos tratamientos.

RESULTADOS. El número de ITU se redujo de manera significativa en ambos grupos, 57.5% en el grupo A y 50.2% en el grupo B, así como los síntomas de disuria (44.5% vs 21.6%), polaquiuria (44.8% vs 22.7%) y urgencia (25.8% vs 23.5%), respectivamente. No se encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos, salvo en la disuria ($p=0.017$) a favor del grupo A. Se percibió una mejoría subjetiva en el 69.6% de los pacientes del grupo A y en el 56.1% del grupo B. 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) en ambos grupos.

CONCLUSIÓN. El uso de las diferentes formulaciones de VAC para el tratamiento de las ITUr ha supuesto un 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 encontraron diferencias en la eficacia de ambas formulaciones.

C-1.2. RESULTADO FUNCIONAL A LARGO PLAZO Y COMPLICACIONES DE LOS SLINGS SUBURETRALES MASCULINOS ADVANCE®/ADVANCE XP EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA POSTERIOR A LA PROSTATECTOMÍA: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO DE DIEZ AÑOS

Cívico, C.; Romero, A.; Barragán, M.; Barragán, W.A.; Sandoval, J.M.; Flores, C.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN. El sistema AdVance/AdVance XP ha ganado una aceptación cada vez mayor para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) masculina tras prostatectomía radical (PR). Sin embargo, los datos publicados hasta ahora son series pequeñas con un seguimiento inferior a 10 años.

OBJETIVO. Evaluar los resultados funcionales a largo plazo tras la implantación del sistema AdVance/AdVance XP en pacientes con IUE tras PR e identificar predictores de continencia temprana.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico de pacientes a los que se les implantó un sistema AdVance/AdVance XP y que cumplían 10 años de seguimiento. Se definió como continencia precoz el hecho de no precisar absorbentes a los 3 meses de la cirugía y como evento de interés a la necesidad de precisarlos a los 10 años de la cirugía. Se utilizaron estudios univariante, multivariante y curvas Kaplan-Meier.

RESULTADOS. Se identificaron 87 pacientes con una mediana de seguimiento de 137 meses (121,9-170,5). No se identificaron complicaciones intraoperatorias. El 22% de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias

precoces: el 9% tuvo dolor perineal-escrotal y el 12% cursó con retención aguda de orina. El 68% de los pacientes se consideraron como curados, aunque el 29% de ellos perdieron la continencia durante el seguimiento.

En un análisis univariante y multivariante se incluyeron factores preoperatorios que pudieran estar implicados en la continencia precoz (edad, índice de masa corporal (IMC), cirugía de la anastomosis vesicouretral, incontinencia de urgencia previa a la cirugía, resultado Pad test 24 horas, uso de AdVance o AdVance XP y estudio urodinámico desfavorable) aunque no se obtuvieron resultados significativos ($p > 0.05$). También se analizaron posibles factores predictores para la pérdida de continencia durante el seguimiento y un IMC elevado se relacionó de manera significativa ($p = 0,029$) tanto en el análisis univariante como en el multivariante.

CONCLUSIONES. AdVance/AdVance XP es un tratamiento seguro para pacientes con IUE obteniendo resultados relativamente estables a largo plazo. Comprender el resultado funcional a largo plazo puede ayudar a un mejor asesoramiento de los pacientes con IUE sobre los riesgos quirúrgicos, promoviendo así la toma de decisiones informadas y expectativas apropiadas del paciente.

C-1.3. IMPORTANCIA DE LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN LA REALIZACIÓN DE URETROPLASTIA COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA BULBAR

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

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN. La uretroplastia es uno de los principales tratamientos de la estenosis uretral, cada vez más relevante frente a dilataciones y uretrotomía interna. El éxito quirúrgico depende de los resultados funcionales y de la ausencia de recidivas y complicaciones. Se ha definido la experiencia del cirujano como uno de los factores determinantes en el éxito de esta intervención.

OBJETIVO. valorar la importancia de la experiencia del cirujano en uretroplastia, comparando los resultados de éxito, recidiva y complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS. realizamos un estudio analítico, incluyendo retrospectivamente a mayores de 18 años con estenosis de uretra bulbar, intervenidos entre 2010 y 2022 mediante uretroplastia, termino-terminal o de aumento. Recogimos causas, pruebas diagnósticas, longitud de estenosis, tipo de cirugía, cirujano, recidiva y complicaciones. Según el cirujano, comparamos las tasas de éxito, recidiva y complicaciones mediante contraste de hipótesis, utilizando los estadísticos chi cuadrado y test exacto de Fisher.

RESULTADOS. incluimos 49 pacientes, que dividimos en dos grupos. El grupo 1 contó con 35 pacientes (71,4%) intervenidos por el cirujano de mayor experiencia, y el grupo 2 con 14 pacientes (28,6%) intervenidos por otros 8 cirujanos. El grupo 1 presentó un 97,1% de éxito, 14,7% de recidivas y 37,1% de complicaciones. En el grupo 2, estos valores fueron 71,4%, 40% y 35,7%, respectivamente. Según la clasificación Clavien-Dindo, el grupo 1 tuvo un 5,88% de complicaciones CD-3, 58% CD2 y 35,3% CD1. En el grupo 2, estos valores fueron 37,5%, 25% y 37,5%, respectivamente. Realizamos un contraste de hipótesis entre ambos grupos, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,019$) para el éxito, con una $OR = 13,6$ ($IC_{95\%} = 1,36-135,91$) a favor del grupo 1. Hicimos lo mismo para recidivas y complicaciones, sin hallar diferencias estadísticamente significativas y con $OR = 0,259$ ($IC_{95\%} = 0,053-1,258$) para recidivas y $OR = 1,064$ ($IC_{95\%} = 0,293-3,866$) para complicaciones.

CONCLUSIONES. la experiencia del cirujano ha demostrado asociarse a mayores tasas de éxito de la uretroplastia. Nuestros datos no son concluyentes respecto a la asociación entre la experiencia del cirujano y las tasas de recidivas y complicaciones, aunque sí encontramos una tendencia hacia menores tasas de recidivas y complicaciones graves en las uretroplastias realizadas por el cirujano de mayor experiencia.

C-1.4. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERÉCTIL TRATADOS CON PRÓTESIS DE PENE

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

INTRODUCCIÓN. La disfunción eréctil afecta entre el 20-50% de varones, aumentando con la edad y afectando negativamente a las diferentes esferas de la salud. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar el grado de satisfacción de los pacientes intervenidos de prótesis de pene en el Hospital Morales Meseguer durante el periodo 2016-2022.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional retrospectivo y analítico de los pacientes intervenidos de prótesis de pene entre 2016-2022 realizando una encuesta telefónica basada en el cuestionario de satisfacción EDITS, 11 preguntas con 4 respuestas (4:muy satisfecho, 1:muy insatisfecho). Total de 24 pacientes, usando en el 95,85% la prótesis AMS (82,6% 3 componentes). No hay criterios de exclusión. Se compara la satisfacción de los pacientes que requirieron una segunda intervención por alguna complicación postoperatoria y aquellos que no. Se analizan las variables demográficas y clínicas (comorbilidad, tratamientos previos, tipo de intervención, estancia y complicaciones).

RESULTADOS. Se entrevistó a 24 pacientes portadores de prótesis, tanto maleables como inflables de 2 ó 3 componentes. La mediana de edad para el uso de prótesis fue 59,5 años (r:45-72). Se realiza una encuesta telefónica utilizando el cuestionario EDITS y al agrupar las preguntas por ítems, obtenemos los siguientes porcentajes en respuesta 3 y 4 (satisfechos/muy satisfechos): satisfacción en general 68,75%; continuidad 87,43%; facilidad de uso 79,1%; satisfacción pareja 81,3%; calidad de erección 58,35% y confianza 66,6%. De forma global, si tenemos en cuenta solo las preguntas con puntuación 3 ó 4, en los pacientes que no requirieron segunda intervención obtenemos una puntuación de 80,86% y en aquellos re-intervenidos 36,36%. Si excluyésemos de este último subgrupo a un paciente re-intervenido por un granuloma postoperatorio que no implicó ninguna alteración del mecanismo de la prótesis, los porcentajes serían 81,22% y 20,45% respectivamente.

CONCLUSIÓN. En general, los resultados de nuestra encuesta muestran un aceptable grado de satisfacción, lo que nos motiva a seguir empleando esta opción terapéutica y mejorando los aspectos más destacados por los pacientes tales como longitud final del pene, calidad de la erección... para conseguir una mayor satisfacción global.

C-1.5. ¿ES ÚTIL LA ECOGRAFÍA DOPPLER PENEANA CON ESTÍMULO VASCULOGÉNICO FARMACOLÓGICO COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

*Reina, L. (Urólogo), Oulton, F. (Radiólogo).
Hospital Virgen del Alcázar, Lorca.*

INTRODUCCIÓN. La ecografía doppler de pene se efectúa con diferentes propósitos. Uno de ellos es la evaluación morfológica del pene para identificar traumatismos, trombosis y enfermedad de Peyronie. Otro de ellos es el diagnóstico de la disfunción eréctil, para cuyo estudio requiere una inyección intracavernosa de un farmacoestimulante.

OBJETIVO DEL TRABAJO. Nuestro objetivo es demostrar la utilidad de la ecografía doppler peneana con estímulo vasculogénico farmacológico como método de imagen no invasivo para realizar un diagnóstico diferencial entre disfunción eréctil de origen vasculogénico debida a escaso flujo arterial (arteriogénica) o a excesiva fuga venosa (venogénica).

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados de disfunción eréctil con características clínicas de tipo orgánico sometidos a ecografía doppler peneana con estímulo vasculogénico farmacológico entre Enero de 2021 hasta Enero de 2023.

El criterio de inclusión fue haber sido diagnosticado de disfunción eréctil de origen orgánico y sometido a este procedimiento diagnóstico en el periodo señalado con anterioridad.

Las variables a estudios analizadas fueron: edad, comorbilidades previas, IPDE 5 utilizados con anterioridad, puntuación IIEF, puntuación SHIM, duración del procedimiento, escala Clavien-Dindo, puntuación EVA, fármaco utilizado, velocidad pico sistólica (cm/s), velocidad diastólica final (cm/s), IR (índice de resistencia), tiempo hasta alcanzar rangos dinámicos normales. Se utilizaron test estadísticos descriptivos para su análisis.

RESULTADOS. El número de pacientes sometidos a ecografía doppler peneana con estímulo vasculogénico farmacológico fue de 6. Todos ellos cumplían criterios clínicos de disfunción eréctil de origen orgánico. Como mínimo habían consumido dos tipos distintos de IPDE 5, sin respuesta efectiva. Puntuación SHIM media 10.

En todos los pacientes se objetivó alteración vasculogénica en el estudio realizado, en 5 pacientes fue debido a escaso flujo arterial y en 1 paciente fue debido a fuga venosa.

CONCLUSIÓN. La ecografía doppler peneana con estímulo vasculogénico farmacológico es un método reproducible y que aporta un valor añadido a la caracterización y diagnóstico diferencial de la disfunción eréctil de tipo orgánico.

C-1.6. TERAPIA TÉRMICA CON VAPOR DE AGUA REZŪM EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA INICIAL DE NUESTRO HOSPITAL

*Nedelcu, R.G.; Cachay Ayala, M.E.; Montoya Chinchilla, R.; Vidal Crespo, N.; Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; Marín Martínez, F.; Rodríguez Tardido, A.; Sala Lafuente, L.G.; Pardo Martínez, A.; Artés Artés, M.; Moreno Avilés, J.
Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La terapia Rezūm es una técnica ablativa alternativa, actualmente bajo investigación, para el tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior (STUI) de tipo obstructivo. Esa utiliza energía térmica en forma de vapor de agua con el objetivo de producir necrosis celular al nivel del tejido prostático. Tiene las ventajas de no precisar ingreso y preservar la función sexual. Nuestro objetivo es analizar los resultados funcionales y la eficacia de la terapia Rezūm en los pacientes intervenidos en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos con la terapia Rezūm por STUI en nuestro centro. Se han valorado las características de los pacientes y los resultados postoperatorios utilizando flujometría, International Prostate Symptom Score (IPSS) y Benign Prostatic Hyperplasia Impact Index (BII).

RESULTADOS. Se ha realizado la técnica Rezūm en 11 pacientes entre 2021 y 2022 en nuestro centro. La mediana de edad de los pacientes es de 74 años, PSA 2.69 ng/mL y el volumen prostático de 51cc. El 36% (4) de los pacientes eran portadores de sonda vesical (SV) permanente. Los pacientes no portadores de SV antes de la intervención tenían una mediana de Qmax de 7,7ml/s, un IPSS de 31 y BII de 8. Se han evaluado los pacientes en postoperatorio presentando Qmax de 11,8ml/s a los 3 meses y 11,4ml/s a los 6 meses respectivamente, IPSS de 13 y 6 y BII de 6,5 y 2. En cuanto a complicaciones 45% han referido clínica de urgencia miccional y 27% hematuria, síntomas que remiten a los 6 meses. Un paciente ha precisado reintervención.

CONCLUSIONES. El tratamiento Rezūm es seguro y eficaz. No requiere ingreso hospitalario o anestesia general. Como efectos adversos se ha identificado una alta tasa de síntomas de llenado en los primeros 3 meses.

C-1.7. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRATAMIENTO DE LITIASIS URINARIAS CON LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE

Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; Nedelcu, R.G.; Valor Pérez, M.; Montoya Chinchilla, R.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Pardo Martínez, A.; 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 litiasis urinaria supone una gran carga asistencial en Urología, debido a su alta prevalencia y recurrencia, a sus complicaciones y a su necesidad de tratamiento activo. La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) es una de las opciones terapéuticas.

OBJETIVO. El objetivo principal es evaluar la eficacia de la LEOC como tratamiento de las litiasis. Los objetivos secundarios son: valorar el impacto de diversos factores en la fragmentación litiásica, la tasa de complicaciones y la persistencia de litiasis; y valorar las complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes que recibieron LEOC durante los años 2020 y 2021, con un seguimiento mínimo de 1 año. El tamaño muestral fue de 106 pacientes. Se analizaron diferentes variables, entre ellas, índice de masa corporal, antecedentes patológicos y tratamientos previos, si eran portadores de catéter de drenaje, características de las litiasis (tamaño, localización, composición), características de la LEOC (tiempo de espera, número de ondas y de sesiones recibidas, complicaciones), resultados del tratamiento (fragmentación litiásica, persistencia de litiasis a los 6 y 12 meses post-LEOC, necesidad de tratamiento posterior). Se realizó un análisis descriptivo además de comparativo mediante los test de Chi cuadrado, Fisher, t-Student para muestras independientes y ANOVA.

RESULTADOS. La media del tamaño de litiasis fue de 10.24 ± 3.614 mm, y la mayoría se localizaron en la pelvis renal (31.1%). En el 81.1% de los pacientes se confirmó la fragmentación litiásica tras el procedimiento. El 82.1% no presentaron complicaciones, aunque 10 pacientes sufrieron calle litiásica, 2 pacientes presentaron hematoma renal y 1 paciente hematoma esplénico. El 20.5% de los pacientes tratados presentó fragmentos >5 mm a los 12 meses, aunque sólo el 17% necesitó tratamiento posterior. El 53.1% y el 58.3% de los pacientes quedaron libre de litiasis a los 6 y 12 meses, respectivamente. Los pacientes con litiasis ≤ 10 mm presentaron de manera estadísticamente significativa una fragmentación mayor (92.4% vs 75.8%) y un menor número de fragmentos residuales (0.7 ± 0.977 vs 1.2 ± 1.491) que aquellos con litiasis >10 mm. No se encontraron diferencias en la fragmentación según el IMC, la localización, si eran portadores de drenaje o según el número de ondas aplicadas.

CONCLUSIONES. La LEOC es un método eficaz para tratar las litiasis urinarias, tan sólo el 17% necesitaron un tratamiento posterior. En pacientes con litiasis ≤ 10 mm se observa un mayor porcentaje de fragmentación y un menor número de fragmentos residuales. La mayoría no presentaron complicaciones.

C-1.8. ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS EN CIRUGÍA UROLÓGICA EN NUESTRO HOSPITAL

Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; Nedelcu, R.G.; Valor Pérez, M.; Montoya Chinchilla, R.; Rodríguez Tardido, A.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Pardo Martínez, A.; García Espona, C.; Cachay Ayala, M.; Sala Lafuente, L.; Hita Rosino, E.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) constituye una de las complicaciones más graves de la cirugía urológica debido a su elevada morbimortalidad y su difícil diagnóstico. Por esta razón, es de gran importancia disponer de un correcto protocolo de tromboprofilaxis.

OBJETIVO. Actualizar el protocolo de tromboprofilaxis en cirugía urológica de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO. Se ha realizado una revisión bibliográfica de la evidencia disponible acerca de tromboprofilaxis en cirugía urológica, mediante una búsqueda en PubMed, UpToDate, Google Academic, la guía de la Asociación Europea de Urología (EAU) y la guía de la American College of Chest Physicians. Los datos recabados se han comparado con nuestro protocolo y ha sido presentado en el Comité de Tromboprofilaxis de nuestro hospital, que ha actualizado los protocolos de acuerdo a las novedades expuestas.

RESULTADOS. La mayoría de los artículos encontrados se basan en datos de cirugía ortopédica, hay pocos artículos que versen específicamente sobre cirugía urológica. Existen distintos modelos para clasificar a los pacientes según la presencia o no de factores de riesgo (FR) de ETV. Uno de ellos es el modelo de Caprini, que incluye múltiples FR y se considera algo complejo. La guía de la EAU presenta un modelo más simple, basado únicamente en edad, obesidad y antecedentes de ETV. Tras la presentación en el Comité de Tromboprofilaxis de nuestro hospital, se decidió seguir empleando el modelo de Caprini por ser más completo.

Los métodos farmacológicos tromboprofilácticos son los más empleados y eficaces, entre los que destacan las heparinas. Respecto a la duración, se debe empezar el primer día postoperatorio y mantener durante 4 semanas, por lo que se ha eliminado la administración de la dosis preoperatoria de enoxaparina incluida en el protocolo previo.

La guía de la EAU recomienda la administración de profilaxis o no según cada procedimiento urológico específico, basado en la evidencia disponible. En nuestro caso hemos eliminado la profilaxis farmacológica de diversas cirugías como la resección transuretral de próstata o las cirugías litiasicas.

En cualquier caso, toda la literatura consultada recomienda individualizar cada paciente.

CONCLUSIONES. La actualización de nuestro protocolo incluye la eliminación de la administración de heparina preoperatoria, la duración estandarizada de 4 semanas, la aplicación o no de la profilaxis según el procedimiento urológico específico y la reafirmación del modelo de Caprini como medio para clasificar a los pacientes en grupos de riesgo.

C-1.9. VALORACIÓN DE LA CALCULADORA IDENTIFY. RELACIÓN DE LA MICROHEMATURIA CON LA PRESENCIA DE CARCINOMA UROTELIAL

Herrero Vidal, Laura; López González, Pedro Ángel; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia; Yago Giménez, Pablo; García-Rivas Carmona Francisco; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J.; Cao Avellaneda, Enrique; López Cubillana, Pedro; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Martínez Gómez, Gloria; Moreno Alarcón, Cristóbal; Rigabert Montiel, Mariano; Tornero Ruiz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO. La microhematuria (MH) es una afección frecuente con una prevalencia que oscila entre el 0,19 y el 21 % entre los adultos. Nuestro objetivo es evaluar la posible relación de la MH con la presencia de carcinoma urotelial (CU) y valoración de la calculadora Identify (CI).

MATERIAL Y MÉTODOS. Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo y analítico de todos los pacientes que han consultado por MH durante el 2022, un total de 102 pacientes. Para el estudio univariante de las variables cuantitativas (edad y valor CI) utilizamos la prueba t-student y para las variables cualitativas (sexo, antecedentes personales de infecciones del tracto urinario (ITU), fumador, antecedentes familiares de CU, estudios previos de hematuria, ITU asociada, ITU recurrentes, portador de catéter, antecedentes personales de radioterapia pélvica, disuria o dolor suprapúbico, anticoagulación, tamaño tumor, resultados de la citología, estudio del tracto urinario superior) la prueba Chi. Para valorar la asociación de las distintas variables con la presencia de CU se realiza un estudio multivariante mediante regresión logística binaria. Considerando un resultado estadísticamente significativo una $p < 0,05$.

RESULTADOS. La mediana de edad fue de 65 años (25-92). Un 63,7% eran hombres y un 36,3% mujeres. Del total de la muestra un 56,9% (58 pacientes) presentaron un CU. Los resultados de la CI fueron: 39,2% presentó un riesgo bajo para CU; un 45,1% presentó un riesgo intermedio y un 15,7% presentó un riesgo alto. Un 28,4% de los pacientes con tumor, fueron de alto grado. En el análisis univariante se encontró asociación entre el riesgo de la CI y la presencia de tumor: Riesgo bajo: 37,5%, riesgo intermedio: 65,2% y riesgo alto: 81,3% (p =0,004). La media de edad para la presencia de CU fue de 67,3 años, y de 62,7 sin tumor (p = 0,035). Presentaron CU el 70,8% de los hombres y el 32,4% de las mujeres (p:0,000). Las dos variables que se asociaron a la presencia de tumor en el estudio multivariante fueron el sexo masculino (OR:4) y valor CI>0'05 (OR:2,5). La CI, con valor de corte 0,05 presenta una S= 69,4%; E= 62,5%; VPP 74,1% y un VPN= 56,8%, con un AUC: 0'70

CONCLUSIONES. Existe un elevado porcentaje de pacientes con MH que tienen un CU. El sexo varón es un factor de riesgo para la presencia de CU. El valor de la CI se asocia a la presencia de tumor, pero no podemos evitar la realización de otras pruebas (cistoscopia) con tan solo el valor de esta calculadora.

C-1.10. CIRUGÍA AMBULATORIA DEL HIPOSPADIAS. ¿AUMENTA LAS COMPLICACIONES?

Barragán, W.; Zambudio Carmona, G.A.; Zambudio Munuera, A.; Guirao, M.J.***

***Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*Residente H Morales Meseguer.*

INTRODUCCIÓN. El hipospadias es una malformación congénita caracterizada por un meatouretral localizado en la cara ventral del pene. Ocurre en 1 de cada 250-300 recién nacidos varones. Afecta la micción, la autoestima y dificulta la descendencia. La cirugía suele realizarse con ingreso.

OBJETIVO. Conocer la evolución y complicaciones de los pacientes intervenidos sin ingreso y comparar la tasa de complicaciones con lo reportado en la literatura.

MÉTODO. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes operados de forma ambulatoria (2006-2021). Los pacientes fueron intervenidos por un cirujano senior o residente supervisado. La cirugía de elección fue Snodgrass con tutor uretral y apósito plástico adhesivo. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas.

RESULTADOS. Se incluyeron 517 pacientes. Edad media a la cirugía 18 meses, tiempo medio de seguimiento 3.67 años (rango: 0-13.5). Glandulares 257 (50%), coroneales 228 (44%), peneanos 32 (6%). Uretroplastia: Snodgrass 261 (50.5%), glanduloplastia 232 (44.9%), Snodgraft 14 (2.7%), onlay 4 (0.8%), curvatura sin uretroplastia 6 (0.8%), tutor 388 (75%), sonda vesical 89 (17.2%), sin tubo 40 (7.7%), apósito plástico 446 (86.3%) y venda en 71 (13.7%). Tiempo medio caída del apósito 4 días. Precisan reingreso hospitalario 9 (1.7%). Las complicaciones fueron: fistula 29 (5.6%), meatoestenosis 10 (1.9%), dehiscencia del glande 8 (1.5%), quiste de inclusión (1.7%), recidiva de la curvatura 5 (1%), urinoma 2 (0.4%), dehiscencia cutánea 1 (0.2%), obstrucción del tutor 6 (1%), sangrado 7 (1.3%) y retención urinaria 4 (0.8%). No hubo casos de necrosis cutánea o infección de la herida.

CONCLUSIONES. Solamente el 1.7% de los pacientes precisaron reingreso. Con una tasa de complicaciones similar a la reportada en la literatura en series de pacientes operados con ingreso, la cirugía ambulatoria del hipospadias se mostró segura, mejoró el confort postoperatorio de los pacientes, reduciendo el gasto sin incrementar las complicaciones.

Comunicaciones. Mesa 2. Vídeos

V.1. IMPLANTACIÓN DE STENT URETERAL ALLIUM EN ESTENOSIS URETERAL DISTAL

Barragán Flores, W.A.; Carrillo, C.; Barragán Gamero, M.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Cívico, C.; Flores, C.; Jiménez, D.; Muñoz, V.; Barceló, I.; Pietricica, B.; Rosino, A.; Izquierdo, E.; Cruces, F.; Romero, A.; Hita, G.; Fernández, T.

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Las estenosis ureterales son una patología que viene acompañada de múltiples posibles complicaciones y puede disminuir en gran medida la calidad de vida de los pacientes. El stent Ureteral Allium es un stent de nitinol, autoexpandible que se ha convertido en una de las opciones endoscópicas para el manejo de esta patología. En este video presentamos la colocación de este stent en un caso de estenosis ureteral distal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 55 años con antecedente de cirugía por Adenocarcinoma de cérvix y, quimioterapia y radioterapia adyuvante en marzo de 2020. Se objetiva estenosis ureteral derecha de origen benigno que se trata mediante reimplante ureteral derecho tipo Boari laparoscópico en noviembre de 2020. La paciente presenta pielonefritis de repetición por estenosis del reimplante ureteral con necesidad de colocación de JJs periódicos a partir de enero 2021 con mala evolución. Se ofrece a paciente la colocación del stent ureteral Allium.

Iniciamos con una pielografía anterógrada a través de la nefrostomía colocada en ingreso previo, para evaluar la localización y extensión de estenosis. Posteriormente, sobre una guía de nitinol se pasará un balón de dilatación ureteral para dilatar la estenosis hasta 20 ATM. Se marca en la pantalla de fluoroscopia el nivel del meato ureteral y extremo distal de estenosis que como guía para la colocación del extremo distal del stent. Se pasa el sistema de liberación del stent y con control fluoroscópico se coloca el stent ureteral y se expande el mismo. Se repite pielografía anterógrada, evidenciando buen paso de contraste a vejiga. La paciente es alta al siguiente día, y se realizan controles periódicos con ecografía y pH urinario.

CONCLUSIÓN. La implantación del stent ureteral Allium es una opción para el manejo de estenosis ureterales con una colocación relativamente sencilla y que permite resolver casos de estenosis ureterales complejas como se ha presentado en el video.

V.2. ENUCLEACIÓN DE PRÓSTATA CON LASER TULIO EN HBP ¿ES UNA ALTERNATIVA COMPARABLE AL HOLEP?

Barragán Flores, W.A.; Romero Hoyuela, A.; Barragán Gamero, M.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Cívico, C.; Flores, C.; Jiménez, D.; Muñoz, V.; Barceló, I.; Carrillo, C.; Pietricica, B.; Izquierdo, E.; Rosino, A.; Cruces, F.; Hita, G.; Fernández, T.

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El HoLEP es considerado el “Gold-standard” para la enucleación de próstata. En años recientes el láser tulio ha sido considerado una opción gracias al avance en cuanto a la pulsación de energía que acercan sus características a las del láser holmio. En este video proponemos mostrar nuestra técnica de enucleación con láser tulio y compararlo con el láser holmio.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos una enucleación de próstata con láser Tulio en un hombre de 77 años, tacto rectal: Próstata III/IV, bilobulada, adenomatosa, SM presente, sin nódulos de sospecha. PSA 3,08 ng/ml y Ecografía abdominal: Próstata 100 ml. A lo largo del video, presentamos también la misma disección realizada con láser holmio, en la que comparamos la facilidad para la disección e identificación de los planos.

Iniciamos el procedimiento con una cistoscopia e identificación de meatos ureterales. Continuamos con la disección apical de ambos lóbulos con una sección circunferencial hasta preesfínter, consideramos que de esta manera accedemos al plano más fácilmente y nos permite preservar mejor las fibras del esfínter urinario externo, lo cual se ve reflejado en mejor continencia temprana. Posteriormente, unimos los planos creados con la disección de la porción media sobre el veru montanum. A continuación, realizamos la disección del plano anterior hasta el corte en preesfínter realizado previamente y ampliamos esta disección hacia lateral en ambos lóbulos. Se realiza la cervicotomía hasta el plano creado previamente sobre el veru montanum y ampliamos esta disección. Finalmente, unimos los planos creados previamente y seguimos la disección teniendo como referencia el cuello vesical hasta poder descolgar los lóbulos. Finalizamos el procedimiento con la morcelación de los lóbulos enucleados.

CONCLUSIÓN. Consideramos que la enucleación con láser tulio es una alternativa factible al HoLEP. Sin embargo, la disección e identificación del plano de enucleación es más anatómico por el efecto

Moses con HoLEP para próstatas independientemente del tamaño.

V.3. IMPLANTE ROBÓTICO DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL FEMENINO

García Porcel, V.J.; Bobadilla Romero, E.R.; Alcón Cerro, P.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; Jiménez Penick, J.F.; Jiménez Parra, J.D.; Molina Hernández, O.; García Escudero, D.; Sánchez Rodríguez, C.; Oñate Celdrán, J.; Morga Egea, J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu García, A.; Valdelvira Nadal, P.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN. El esfínter urinario artificial femenino esta especialmente indicado en aquellas pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) compleja o refractaria a tratamientos previos.

La cirugía robótica permite mejorar la destreza y visibilidad de la cirugía abierta o laparoscopia estándar y puede proporcionar ventajas significativas para la cirugía pélvica profunda.

OBJETIVO. Presentar en formato vídeo un caso de cirugía para implantación de esfínter urinario artificial femenino laparoscópica asistida por robot llevada a cabo en nuestro centro.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 53 años con antecedentes urológicos de IUE intervenida mediante sling suburetral que precisó retirada por sobre corrección y extrusión de malla donde fue necesaria realizar uretrolisis y uretroplastia con mucosa vaginal para su exéresis y reparación.

Ante persistencia de clínica, se le propone en un segundo tiempo la implantación de un esfínter urinario artificial AMS-800 vía laparoscópica asistida por robot Da Vinci (vídeo de la intervención).

Postoperatorio favorable, la paciente fue dada de alta a las 24 horas del procedimiento, con esfínter semiactivado. Retirada de sonda vesical a los 10 días. Activación de dispositivo a las 4 semanas. Adecuado manejo del mismo por parte de la paciente y completo control de la continencia a los 2 meses de la cirugía.

CONCLUSIÓN. El abordaje laparoscópico asistido por robot es adecuado para la implantación del esfínter urinario artificial, ofreciendo una disección más precisa en casos complejos, mejorando la tasa de éxito y minimizando el riesgo de complicaciones.

V.4. URETERONEOCISTOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA UNA SOLUCIÓN EFICAZ Y POCO INVASIVA PARA LAS LESIONES URETERALES DISTALES

Yago Giménez, P.; Moreno Alarcón, C.; Aznar Martínez, L.; López Abad, A.; Herrero Vidal, L.; García-Rivas Carmona F.; Mellado Campoy, J.; Vera Ballesteros, F.J.; López González, P.A.; Cao Avellaneda, E.; López Cubillana, P.; Martínez Muñoz, R.; Fernández Garay, J.C.; Rull Hernández, J.; Martínez Gómez, G.; Rigabert Montiel, M.; Tornero Ruíz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, G.; Prieto González, A.; Guzmán Martínez-Valls, P.L.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La Ureteroneocistostomía es una técnica reconstructiva ampliamente utilizada en el programa de trasplante renal, en cirugía oncológica uretral y vesical, y en cirugía reconstructiva tras lesiones ureterales. La evolución de la técnica ha propiciado con el paso del tiempo el avance hacia la intervención mínimamente invasiva.

El objetivo de este vídeo es explicar la técnica laparoscópica y reflejar los beneficios de la misma.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Mujer de 66 años sin RAMC, HTA y dislipemia. Presenta antecedente de adenocarcinoma de endometrio tratado quirúrgicamente en 2018 mediante histerectomía y doble anexectomía.

En 2020 se diagnostica de recidiva pélvica derecha por lo que se decide realizar un tratamiento radioterápico sobre la masa tumoral.

Posteriormente, en el primer trimestre de 2021 comienza con cierto cuadro doloroso cólico derecho por lo que es derivada a Urología.

Durante un episodio de pielonefritis aguda es diagnosticada de estenosis ureteral distal derecha que fue necesaria la colocación de catéter JJ.

Tras nuevo episodio de sepsis urinaria se observa malfuncionamiento de catéter por lo que es necesaria la colocación de nefrostomía.

Tras revisión en consulta y ante la petición de intentar retirar la nefrostomía por parte de la paciente se decide la realización de ureteroneocistostomía laparoscópica.

Tras la intervención se retira el catéter de nefrostomía, se comprueba de valores analíticos y es dada de alta a las 48 h del procedimiento.

En las revisiones siguientes manifiesta estar satisfecha y asintomática presentando valores analíticos en rango de la normalidad y retirada de JJ a las 4 semanas.

CONCLUSIONES. La ureteroneocistostomía laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva que mejora la sintomatología del paciente aportando adicionalmente, una menor estancia hospitalaria, recuperación rápida y evaluación satisfactoria de la paciente.

V.5. DIVERTICULECTOMÍA TRANSVESICAL LAPAROSCÓPICA

*Miriam Artés Artés**; *Emny Rochell Bobadilla Romero***; *Víctor Javier García Porcel***; *Pablo Alcón Cerro***; *Pedro Moreno Sánchez***; *Francisco José Jiménez Penick***; *Julian Oñate Celdrán***; *Carlos Sánchez Rodríguez***; *Jose David Jiménez Parra***; *Damián García Escudero***; *Olimpia Molina Hernández***; *Andrés Sempere Gutiérrez***; *Juan Pedro Morga Egea***; *Ángel Andreu García***; *Pedro Valdevira Nadal***; *Pablo Luís Guzmán Martínez-Valls****

Hospital General Universitario Santa Lucía. **Hospital General Universitario Reina Sofía. *Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN. El divertículo vesical es la protrusión de la mucosa a través de un defecto de la musculatura del detrusor. Constituye una entidad poco frecuente que puede llevar a la aparición de litiasis vesical, cáncer de vejiga, reflujo vesico-ureteral y sepsis urinaria.

OBJETIVO. Presentar un caso divertículo vesical y su tratamiento quirúrgico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 59 años sin ningún antecedente de interés, remitido a consulta de urología por síntomas del tracto urinario inferior obstructivo y hallazgo en ecografía de divertículo vesical. El PSA fue de 0.43ng/ml. En la uretrrocistoscopia se observa próstata bilobulada no obstructiva, hipertrofia del cuello vesical y divertículo vesical. En la flujometría presentaba un Qmax de 5ml/s, con un volumen de 117cc y un RPM de 200cc. Se realiza urografía por tomografía computarizada objetivando vejiga de paredes engrosadas de manera difusa sugestiva de vejiga de lucha y divertículo postero-inferior derecho de 9.8x8.4cm. Se decide cirugía para realizar trígono-cervico-prostatotomía y diverticulectomía.

En espera de ser intervenido, el paciente acude a urgencias por retención aguda de orina y fracaso renal con creatinina de 5.4, por lo que se coloca sonda vesical y es alta con la misma tras mejoría de función renal. Posteriormente es intervenido realizando en un primer tiempo colocación de catéter ureteral derecho externo, seguido de colocación de 3 trócares de 5mm transvesicales y disección de cuello de divertículo vesical y de toda la pared mucosa del divertículo. Se deja un drenaje en la cavidad que queda del divertículo y se cierra el defecto de la vejiga con sutura continua de doble capa con v-lock 3/0. Finalmente se retiran los trócares reemplazándolos por un catéter Foley de 12F, se extrae el divertículo a través del cistoscopio y se retira el catéter ureteral externo. Se realiza trígono-cervico-prostatotomía bilateral y se coloca sonda vesical 20ch. Los catéteres suprapúbicos se retiraron el primer día después de la cirugía, el drenaje el segundo día y el catéter transuretral a las tres semanas. Actualmente el paciente se encuentra con una función renal normal y con mejoría de los síntomas urinarios obstructivos y parámetros flujométricos.

CONCLUSIÓN. La cirugía laparoscópica vía transvesical del divertículo de vejiga es una alternativa absolutamente comparable a los procedimientos clásicos, y que debe ser considerada como una opción en el manejo de los divertículos vesicales que requieren resolución quirúrgica.

V.6. ABORDAJE PERCUTÁNEO DE “FUNGUS BALL” RENAL

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

INTRODUCCIÓN. El “fungus ball” es una infección fúngica que conforma conglomerados no invasivos de estructuras micóticas. Su localización en vía urinaria puede ser causa, aunque infrecuente, de uropatía obstructiva. Los principales factores predisponentes son situaciones de inmunodepresión, presencia de catéteres o manipulación urológica previa.

El objetivo de su tratamiento es la resolución del cuadro obstructivo y la eliminación de la masa fúngica.

OBJETIVO. Presentar en formato vídeo nuestra experiencia en el manejo terapéutico de un caso de “fungus ball” intrarrenal.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 73 años con antecedentes de diabetes insulino dependiente con mal control glucémico, enfermedad renal crónica multifactorial, nefrectomía parcial derecha (2015) y uretroplastia terminoterminal en 2020. En Junio de 2022 sufre cólico renoureteral izquierdo que precisa colocación de catéter JJ izquierdo. Se realiza estudio con los siguientes hallazgos:

- Análisis de orina: abundantes levaduras. Urocultivo: Candida albicans.
- Radiografía de abdomen: sin claras imágenes sugestivas de litiasis.

- TC simple: litiasis calicial no obstructiva de riñón derecho e imagen débilmente cálcica de morfología coraliforme en riñón izquierdo.

El paciente es sometido a cirugía retrograda intrarrenal (RIRS) terapéutica derecha y exploradora izquierda donde se objetiva gran masa algodonosa parcialmente calcificada compatible con bola fúngica inabarcable por esta vía, decidiéndose la colocación de nefrostomía izquierda para irrigación de Anfotericina B y segundo tiempo quirúrgico vía percutánea (vídeo de intervención).

Postoperatorio sin incidencias, con resolución completa del proceso. Análisis microbiológico positivo para *C. albicans* y anatomopatológico de los micetomas que informa de tejido fibronecrótico con presencia de esporas e hifas.

CONCLUSIÓN. Un manejo combinado del “fungus ball” renal mediante cirugía y terapia antifúngica local y sistémica ha demostrado ser un tratamiento eficaz. El abordaje percutáneo puede ser necesario en casos complejos o con gran carga micótica.

Comunicaciones. Mesa 3.

C-3.1. EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA A INSTILACIONES DE GEMCITABINA INTRAVESICAL PARA PACIENTES CON TUMOR VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO

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

INTRODUCCIÓN. la Gemcitabina intravesical como quimioprofilaxis puede ser utilizada en la prevención de recurrencia en pacientes con tumores vesicales no músculo invasivos de riesgo intermedio.

OBJETIVO. evaluación global de tolerancia, tasas y motivos de suspensión en relación con las instilaciones intravesicales con Gemcitabina.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional prospectivo de pacientes con antecedente de neoplasia vesical NMI tratados mediante instilación intravesical de Gemcitabina 2g en régimen de inducción y mantenimiento en el período de octubre 2021 a diciembre 2022. Se empleó cuestionario basado en EORTC QLQ-NMIBC24 de 10 ítems según una escala tipo Likert (1-4). Se incluyó un segundo apartado de preguntas en relación con reacciones adversas locales y síntomas/signos generales relacionados con la instilación. Un cuestionario fue entregado por cada instilación y devuelto por el paciente en el momento de acudir a la instilación siguiente.

RESULTADOS. 69 pacientes recibieron 606 instilaciones. Fueron autocompletados y entregados 525 cuestionarios. Mediana de edad 72 años (43-93), 84% varones y 16% mujeres. El 61.7% fueron tumores primarios y el 38.3% recurrentes. Estadio previo mayor de Ta en 86.1 %, siendo de bajo grado o BPM 94,2%. El número medio de instilaciones fue de 9.35 (IC 95% 8.96-9.74) siendo el 32.2% en régimen de inducción y 67.8% en régimen de mantenimiento. En el 98.1 % casos no se produjo ningún problema durante procedimiento. Exceptuando un paciente, todos completaron la fase de inducción. 24 de los pacientes completaron la totalidad de las instilaciones tanto la inducción como el mantenimiento. El tiempo medio de seguimiento fue de 12.3 meses (IC 10.8-13.8). La tasa de suspensión fue del 18.8%. De los 13 casos de suspensión, ninguno fue debido a efectos adversos o toxicidad farmacológica. 7 de los casos fueron por recidivas vesicales durante las instilaciones. 5 casos debido a otro problema de salud no relacionado y hubo un caso de abandono voluntario.

De forma global en la serie, en orden de frecuencia los ítems del cuestionario basado en EORTC QLQ-NMIBC24 más afectados fueron: la urgencia miccional, leve en su mayoría (33.3%), la preocupación por nuevos tratamientos (leve 26.6%) y el aumento de la frecuencia miccional (26.1%). Los efectos adversos, tanto locales como generales (astenia, fiebre, cefalea, dolor muscular) fueron de carácter leve sin precisar en ningún caso de ingreso hospitalario.

CONCLUSIÓN. en nuestra serie no se produjeron suspensiones del tratamiento en relación con los efectos adversos evaluados siendo la causa más común la evidencia de recurrencia durante el tratamiento. Estos datos sugieren una buena tolerancia a la gemcitabina intravesical de forma global.

C-3.2. ANÁLISIS COMPARATIVO EN FASE DE INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA TOLERANCIA A GEMCITABINA INTRAVESICAL

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

INTRODUCCIÓN. Los PROs (Patient Reported Outcomes) medidos a través de cuestionarios generan información de cómo los tratamientos pueden estar afectando a la calidad de vida, lo cual puede ser de utilidad en la toma de decisiones clínicas.

OBJETIVO. Evaluar posibles diferencias de tolerancia a las instilaciones intravesicales con Gemcitabina durante fase de inducción y mantenimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo de pacientes tratados mediante instilación intravesical de Gemcitabina 2g desde octubre 2021 a diciembre 2022. Se realizó análisis de forma comparativa para fase de inducción y mantenimiento evaluando variables recogidas en el cuestionario administrado y autocompletado por los pacientes.

RESULTADOS. 69 pacientes recibieron 606 instilaciones en total. La mediana de edad fue de 72 años (43-93). El 32.2% del total de instilaciones fueron en régimen de inducción y el 67.8% en régimen de mantenimiento. Se obtuvieron 525 cuestionarios para su análisis con un mayor porcentaje de ellos entregados durante la inducción (97.4%) frente al mantenimiento (81.9%) ($p \leq 0.05$). Los ítems del cuestionario basado en EORTC QLQ-NMIBC24 que mostraron significación estadística ($p \leq 0.05$) en su afectación al comparar ambas fases fueron el aumento de la frecuencia miccional diurna (FMD) y la disuria, observando mayor afectación en la fase de inducción (33.3% y 27.6% respectivamente). El aumento de frecuencia miccional nocturna, la urgencia miccional y el malestar general mostraron tendencia a la significación estadística ($p = 0.09$, $p = 0.07$ y $p = 0.09$) siendo más frecuentes en fase de inducción que en mantenimiento. Los ítems del segundo apartado que fueron estadísticamente significativos ($p \leq 0.05$) fueron la sensación de fatiga (28.7% inducción, 18.3% mantenimiento) y la cefalea (18.4% inducción, 11.3% mantenimiento). La hematuria fue más frecuente en la fase de inducción (6.6%) que en la de mantenimiento (3.4%) y los espasmos vesicales fueron más frecuentes en el mantenimiento (5%) que en inducción (1.7%), mostrando tendencia a la significación estadística ($p = 0.09$ y $p = 0.06$).

CONCLUSIÓN. En nuestro estudio únicamente para los ítems FMD, disuria, fatiga y cefalea se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas fases de quimioprofilaxis con Gemcitabina.

C-3.3. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES CON CÁNCER RENAL TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL Y PARCIAL. ¿CÓMO INFLUYE EL TIEMPO DE ISQUEMIA? ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

*Alcón Cerro, P.; Romero Bobadilla, E.R.; García Porcel, V.J.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; 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.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

INTRODUCCIÓN. La nefrectomía parcial (NP) surge como una alternativa a la nefrectomía radical (NR), para casos seleccionados, logrando preservar masa nefronal, desde su aparición, se ha valorado el tiempo de isquemia como factor pronóstico.

OBJETIVOS. Analizar la función renal de nuestra serie de pacientes sometidos a NR y NP, e identificar la influencia del tiempo de isquemia intraoperatorio en ella.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio comparativo retrospectivo, incluyendo pacientes birrenos, con $FG > 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$ y tumor renal único, sin extensión extrarrenal, sometidos a NR y NP laparoscópica en nuestro centro entre 2016 y 2021.

Análisis comparativo estratificado de resultados funcionales según factores descritos, prueba T para NR y NP, y ANOVA para estratificación en función de tiempo de isquemia (<20, 20-25, >25 minutos).

RESULTADOS. Muestra de 115 pacientes, 68 (59.13%) sometidos a NR, y 47 (40.86%) a NP, edad media de 63 años, FG medio de $74 \text{ mL/min/1.73m}^2$, y mediana de seguimiento de 43 meses. En el grupo NR, se evidenció un deterioro medio de FG de $22 \pm 2.3 \text{ mL/min}$ tras intervención, y $15 \pm 2 \text{ mL/min}$ al año, respecto a previo FG medio de $69 \pm 2.9 \text{ mL/min}$, mientras en el grupo NP se evidenció un deterioro medio de FG de $14.7 \pm 2.7 \text{ mL/min}$ tras intervención, y $4.3 \pm 2 \text{ mL/min}$ al año, respecto a previo FG medio de $82.4 \pm 2.3 \text{ mL/min}$, diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.05$, $p = 0.000$, $p = 0.005$).

Dentro del grupo NP, en el segmento con un tiempo de isquemia <20 minutos se evidenció un deterioro medio de FG de 12.6+/-4.8mL/min tras intervención, y 4.3+/-3.8 mL/min al año, en el segmento 20-25 minutos se evidenció un deterioro medio de FG de 15.6+/-3 mL/min tras intervención, y 5.2+/-3.3mL/min al año, y en el segmento con un tiempo de isquemia >25 minutos se evidenció un deterioro medio de FG de 18.2+/-5.6mL/min tras intervención, y 5+/-2.9mL/min al año. Las diferencias no fueron significativas estadísticamente ($p=0.9$ y $p=0.7$).

CONCLUSIONES. Existe un mayor deterioro de FG en la NR respecto a la NP, gracias a la preservación de masa nefronal. Los datos sugieren un deterioro del FG exponencial al tiempo de isquemia en la NP, no obstante, no obstante no se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo de isquemia.

C-3.4. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA POR ABORDAJE RETROPERITONEAL EN EL ÁREA 3 DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Reina, L., La Iglesia, B., Segura, M., Ballesteros, C., Martínez, H., Velilla, P., 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. Realizar un análisis descriptivo de las variables clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica con abordaje retroperitoneal en nuestro centro y con ello evaluar su utilidad como método de tratamiento en cirugía renal, en concreto para pacientes con tumoraciones en cara posterior renal o pacientes con cirugía abdominal previa.

MATERIAL Y MÉTODO. Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía mínimamente invasiva por abordaje retroperitoneal en el área 3 del Servicio Murciano de Salud entre Agosto de 2019 y Enero de 2023.

El criterio de inclusión fue haber sido intervenido mediante abordaje retroperitoneal laparoscópico en el periodo mencionado con anterioridad.

Las variables a estudios analizadas fueron: edad, tipo de cirugía, tiempo operatorio, sangrado intraoperatorio, escala Clavien-Dindo postquirúrgica, tiempo de estancia hospitalaria, cirugía previa abdominal, tamaño tumoral, localización tumoral, anatomía patológica. Para su análisis se utilizaron test estadísticos descriptivos.

RESULTADOS. El número de pacientes sometidos a cirugía laparoscópica con abordaje retroperitoneal en el periodo comprendido entre Agosto de 2019 y Enero de 2023 fue de 6 pacientes. Tres pacientes fueron sometidos a tumorectomía renal, dos pacientes sometidos a nefrectomía radical y un paciente a nefroureterectomía radical. El 50% de los pacientes presentaba antecedente de cirugía previa abdominal. número de pacientes con antecedente de cirugía previa abdominal. El 50% de los tumores estaban localizados en cara posterior renal. No se registraron complicaciones postoperatorias.

CONCLUSIÓN. La vía de acceso retroperitoneal laparoscópica es una técnica de abordaje útil para tumoraciones situadas en cara posterior renal, para pacientes sometidos a nefrectomía radical y nefroureterectomía radical con cirugías previas abdominales.

C-3.5. EVALUACIÓN DE PROPUESTA DE ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN RESIDENTES QUIRÚRGICOS

Raúl Montoya Chinchilla, Razvan Gabriel Nedelcu X, Iris Guardiola Ruiz, Gerardo Server Gómez, María Valor Perez, Juan Moreno Aviles Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN. La adquisición de habilidades laparoscópicas se basa en 3 grandes principios: observación, realización de ejercicios pelvitrainer (PT) o animales y la realización de pasos quirúrgicos en cirugías reales. Exponemos propuesta de entrenamiento en PT y se evalúan posibles diferencias entre los alumnos analizados, destacando año de residencia y especialidad quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se han analizado 4 ediciones de un curso de entrenamiento laparoscópico desde 2019 hasta 2022. Cada alumno se ha creado un PT de bajo coste al inicio del curso. Durante el mismo se realizan varios ejercicios durante 12 horas repartidas en 3 tardes consecutivas. Al inicio y final del curso se ha cronometrado la realización de 4 ejercicios ejecutados siempre en las mismas condiciones: traspaso de 10 garbanzos a un recipiente (ejercicio 1), orientación de 10 cerillas según una plantilla (ejercicio 2), corte de una circunferencia (ejercicio 3)

y sutura correcta (ejercicio 4). Durante el resto del curso se han realizado ejercicios libres según alumno. Se ha realizado estudio estadístico básico de las variables empleadas.

RESULTADOS. Se han analizado los datos de 32 alumnos: 5 de CGD, 13 de ginecología y 14 de urología. La mayoría realizaron el curso siendo R1 (53.1%). El tiempo de ejecución entre el inicio y el final del curso mejoró en los 4 tipos de ejercicio ($p < 0.01$). El descenso de tiempo de ejecución ha sido de más del 35% destacando un 68% en ejercicio de sutura (35,65 min a 6,35 min). Ni el tipo de especialidad ni el año de residencia parece haber supuesto una distinción en los tiempos de ejecución de los ejercicios globales. Sólo se ha apreciado un tiempo inicial mayor en el corte en el grupo de urólogos, asemejándose al resto de grupos tras el entrenamiento

CONCLUSIONES. La realización de 12 h de entrenamiento laparoscópico libre y con sistemas de bajo coste disminuye de forma importante la ejecución de los ejercicios propuestos. La sutura laparoscópica es el ejercicio que más se consigue mejorar. No parece haber diferencias significativas en la capacidad de adquisición de habilidades según año y tipo de especialidad quirúrgica.

C-3.6. VALIDACIÓN DE LA CALCULADORA DE RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE ROTTERDAM EN NUESTRO MEDIO

García-Rivas Carmona, Francisco; López González, Pedro Ángel; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia; Yago Giménez, Pablo; Herrero Vidal, Laura; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J; Cao Avellaneda, Enrique; López Cubillana, Pedro; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Martínez Gómez, Gloria; Rigabert Montiel, Mariano; Tornero Ruiz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Guzmán Martínez-Valls, P.L.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN. Para llegar al diagnóstico de cáncer de próstata (CaP) es con biopsia de próstata. Se han desarrollado calculadoras de riesgo con el objetivo evitar biopsias innecesarias.

OBJETIVO. Valorar la aplicabilidad de la Calculadora de Riesgo de Cáncer de Próstata de Rotterdam (CRCaPR) en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se recopilan las biopsias realizadas durante 6 meses en HUVA. Analizamos el riesgo de CaP y CaP significativo (CaPs), Gleason ≥ 7 , mediante la CRCaPR, usando como variables: edad, PSA, tacto rectal, volumen prostático, biopsia previa, RMNmp y PIRADS. Comparamos el riesgo de CaP y CaPs con el resultado histológico. Se realiza un estudio descriptivo y analítico con chi-cuadrado y curvas ROC.

RESULTADOS. Se incluyeron 92 pacientes. La mediana de edad fue 66 años (R:41-86), PSA 7,16 (R:1-1000) y volumen prostático 39,5 cc (R:10-110). El 37,8% tenían biopsia negativa previa. El 58,6% tenía RMNmp, de las cuales el 81,5% presentaban PIRADS ≥ 3 . En el estudio histológico 58 (52,3%) pacientes presentaban CaP y 39 (35,13%) CaPs. Con un nivel de corte de riesgo de CaP inferior a 12,5% observamos que un 33% de los pacientes presentaban CaP y un 19% CaPs. Para cifras superiores presentaban CaP el 55% y CaPs un 42%. Para el CaP se encontró: S: 85%, E:30%, VPP: 55%, VPN: 67%. Para CaPs fue: S: 65%, E:81%, VPP: 67%, VPN: 80%. Con nivel de corte inferior al 20% el 30% de los pacientes presentaban CaP y el 19% CaPs. Para cifras superiores el 66% presentaba CaP y el 52% CaPs. Para el CaP se encontró S: 72%, E:63%, VPP: 66%, VPN: 69%. Para CaPs fue: S: 62%, E:93%, VPP:84%, VPN:81%. Con corte inferior al 4% para CaPs se observó que el 16,6% presentaba CaPs, mientras que para un valor superior el 50% tenía CaPs. S: 82%, E:52%, VPP: 50%, VPN: 83%. El cálculo de la potencia de discriminación de la calculadora fue un AUC=0,741 para CaP ($p < 0,001$) y de un AUC=0,784 para CaPs ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES. La calculadora presenta adecuada potencia en la predicción de CaP y CaPs. El VPN para CaPs no es suficiente para descartar la biopsia con esta prueba.

C-3.7. NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA CON BIOPSIA PROSTÁTICA ECODIRIGIDA MEDIANTE FUSIÓN COGNITIVA CON RM

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

INTRODUCCIÓN. La biopsia prostática transrectal es la principal herramienta diagnóstica del cáncer de próstata en la actualidad. El uso de RM previa aumenta la efectividad diagnóstica con las biopsias dirigidas en aquellos pacientes con RM+ así como la disminución del número de biopsias en pacientes con menor riesgo. El objetivo principal fue valorar la efectividad de la biopsia prostática dirigida mediante fusión cognitiva con RM como técnica diagnóstica en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional y retrospectivo con los pacientes con biopsia prostática transrectal con RM previa del servicio de urología del HUMM desde junio 2014 hasta noviembre 2022. El análisis estadístico se realizó con SPSS 27.

RESULTADOS. La muestra es de 292 pacientes y 379 nódulos. La edad media es 65,5 +-7,79 años. El PSA medio es 8,1 +- 4,9 ng/ml. Un 11,2%(26) tenían tacto rectal sospechoso.

Se identificaron 379 nódulos en la RM 52,1%(195) PIRADS 3, 38,8%(148) PIRADS 4, 9%(36) PIRADS 5). El 38,6%(152) de los nódulos fueron positivos para CaP en la AP. (23,8%(42) de los PIRADS 3, 51,3%(75) de los PIRADS 4, 97%(35) de los PIRADS 5). Los nódulos PIRADS 3 positivos para CaP fueron 75,6%(31) ISUP1, 19%(8) ISUP 2, 2,7%(1) ISUP 3 Y 2,7%(1) ISUP 4. Los PIRADS 4 fueron 46,8%(34) ISUP 1, 25%(18) ISUP 2, 17%(12) ISUP 3, 9%(7) ISUP 4, 1,5%(1) ISUP 5. Los PIRADS 5: 12%(3) ISUP 1, 48%(15)% ISUP 2, 24%(8) ISUP 3, 13%(4) ISUP 4 Y 4%(1) ISUP 5.

Un 46%(40%) de los pacientes con AP negativa previa han dado positivo para cáncer de próstata en la biopsia dirigida. El 18,2%(79) era primeras biopsias mientras que 81,2%(308) eran segundas o más. El 71%(49) de los nódulos biopsiados en primera biopsia son positivos para CaP mientras que a partir de segundas son el 32%(98).

CONCLUSIÓN. En nuestra muestra de pacientes (mayormente con TR-, PSA 3-10 y biopsias previas negativas) la RM previa a la biopsia aumentó la efectividad en el diagnóstico. Se obtuvo una buena correlación entre el grado de los nódulos hallados en la RM con la probabilidad de cáncer prostático.

C-3.8. PRIMER AÑO DE EXPERIENCIA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. En octubre de 2021, con la adquisición del robot Da Vinci, la prostatectomía robótica se ha convertido en una realidad en nuestro centro buscando mejorar los resultados funcionales obtenidos por laparoscopia.

Nuestro objetivo es describir nuestra experiencia inicial con los primeros casos de prostatectomías radicales robóticas realizadas en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGRUS), Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional en el que se analizan 75 pacientes operados de cáncer de próstata por laparoscopia asistida por Da Vinci entre octubre 2021 y septiembre 2022 en HGURS estudiando resultados funcionales, PSA e ISUP pre y postcirugía.

RESULTADOS. La edad media de los pacientes fue de 64,8 años (46-73). Un 60% presentaban síntomas urinarios y un 40% disfunción eréctil antes de la cirugía. El PSA medio fue de 8,05 (2,2-29) al diagnóstico. En la exploración se describieron próstatas induradas en un 37,3%.

El 45,3% se clasificaron como riesgo bajo, 33,3% como riesgo intermedio y 21,3% de alto riesgo.

Las cirugías fueron realizadas en su mayoría por un cirujano (60%), seguido de un segundo cirujano con el 30,7%. En 24 pacientes (32%) se realizó linfadenectomía, con un tiempo medio de cirugía de 4,5 horas (4-5,5). Sin linfadenectomía, el tiempo medio fue de 3,9h (3-6).

Se preservaron bandeletas neurovasculares en el 61,3% (6 casos de forma parcial).

En esta serie ningún paciente precisó transfusión, siendo la media de bajada de hemoglobina tras intervención de 2,29g/dL.

Dos pacientes precisaron reintervención, para recolocación de sondaje vesical y por sangrado arterial en pared abdominal.

En la biopsia prostática el 50,7% presentaron ISUP1, seguido de ISUP2 (25,3%). En el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, el 14,7% fueron informados de ISUP1 y 60% ISUP2. Un 42,7% presentó un ISUP menor en biopsia que en la anatomía patológica.

El 88% de los casos fue clasificado de T2 y el 12% de T3, con márgenes libres de enfermedad en el 49,3% del total.

A los 3 meses de la cirugía, el PSA medio fue de 0,08 (0,01-7,8). Un paciente presentó un PSA de 7,8 con PET Colina negativo para metástasis. El 71,7% de los pacientes en los que se preservaron bandeletas refirieron continencia urinaria y el 48,2% potencia sexual.

CONCLUSIONES. Nuestra experiencia inicial con la prostatectomía radical robótica es prometedora. Con complicaciones mínimas, los resultados funcionales iniciales obtenidos son similares a los descritos en otros estudios.

C-3.9. FACTORES ASOCIADOS A DATOS DE MAL PRONÓSTICO TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

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

INTRODUCCIÓN. Actualmente hay distintas opciones a la hora de planificar una prostatectomía radical (PR) y esas decisiones se basan en datos prequirúrgicos. Es conveniente que cada centro analice sus resultados para poder ofrecer a los pacientes el mejor abordaje posible.

OBJETIVOS. Evaluar variables preoperatorias que ayuden a predecir resultados postquirúrgicos tras la PR.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo de pacientes con al menos un año de seguimiento e intervenidos de PR entre abril de 2019 y diciembre de 2021. Se define PSA indetectable como aquel PSA menor a 0.2 ng/ml. Se consideró significación estadística cuando $p < 0.05$.

RESULTADOS. Se identificaron 189 pacientes siendo válidos para el estudio 187, con una media de edad en la cirugía de 63 años (RIQ 58-68). Respecto a las variables preoperatorias: la mediana de PSA fue 6.85ng/ml (RIQ 5,1-9,9), la mediana de carga tumoral fue 33.3% (RIQ 23.5-54) y el 33.3% de los pacientes tuvo un tacto rectal (TR) sospechoso.

En cuanto a las variables postoperatorias: al 44% se les hizo linfadenectomía de los cuales el 8% tuvo ganglios positivos, el 62.4% fueron T2, el 27.5% fueron T3a y el 9% fueron T3b. Además el 76% tuvo márgenes quirúrgicos libres. La distribución de ISUP fue: 25% ISUP 1, 49% ISUP 2, 17.5% ISUP 3, 8.5% ISUP4-5. Tras la cirugía, el 95% presentó un PSA < 0.2ng/ml y el 88.4% tuvo un PSA < 0.1ng/ml.

En el análisis multivariante el único factor que se asocia al ISUP postquirúrgico es el ISUP prequirúrgico. Las variables que mejor predicen el estadio T3 son el tacto rectal positivo y una elevada carga tumoral en la biopsia. De hecho, el 59% de los pacientes con tacto rectal positivo fueron T3 con un RR 4.2 (IC95% 2.2-8). Además, una carga tumoral mayor de 30% se asocia en más de un 50% de los casos a un T3 con un RR 4.9 (IC95 2.5-9.8), es más, el 80% de los casos pT3 presentaron una carga tumoral > 30%. Respecto a la afectación ganglionar, la única variable útil es el nomograma de Briganti. Por último, el tacto rectal positivo se relaciona con la presencia de márgenes quirúrgicos positivos, asimismo, el 39.7% de pacientes con TR positivo tuvo márgenes quirúrgicos afectados con un RR 3.65 (IC95% 1.8-7.3).

CONCLUSIÓN. La carga tumoral y el TR positivo son las variables más útiles a la hora de valorar la toma de decisiones respecto a la preservación de bandeletas. Respecto a la linfadenectomía, la única herramienta que ha mostrado utilidad es el nomograma Briganti.

C-3.10. EFICACIA Y TOLERABILIDAD DE LA APALUTAMIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO (CPHSM). EXPERIENCIA EN EL ÁREA II

Server Gómez, G.; Guardiola Ruiz, I*.; López González PA**.; Nedelcu, R.G*.; Valor Pérez, M*.; Montoya Chinchilla, R*.; Vidal Crespo N*.; Artés Artés M*.; Pardo, Martínez, A*.; Marín Martínez, F*.; Sala Lafuente, L*.; García Espona, C*.; Hita Rosino, E*.; Cachay Ayala, M*.; Rodríguez Tardido, A*.; Moreno Avilés, J*.*

** Servicio de Urología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena. ** Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

INTRODUCCIÓN. La Apalutamida se ha convertido en el paradigma del tratamiento con nuevos antiandrógenos en el CPHSm junto a la terapia de bloqueo convencional.

OBJETIVOS. Presentamos los resultados preliminares de eficacia y tolerabilidad en nuestro medio.

MATERIALES Y MÉTODOS. Se realizó estudio retrospectivo observacional de 36 pacientes con CPHSm tratados con Apalutamida desde Marzo de 2021 hasta Diciembre de 2022. Se realizó estudio de efectividad en términos de supervivencia global (SG), supervivencia libre de progresión radiológica (SLPRx) y valoración de la cinética del PSA. Como objetivos secundarios se valoraron efectos adversos y causas de interrupción del tratamiento, así como progresión a resistencia a la castración.

RESULTADOS. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 10 meses (1-20) y mediana de edad de 71 años (60-86). Al inicio del tratamiento el 11,1% pacientes habían sido sometidos a prostatectomía radical (PR), 33,3% a radioterapia (RT), 16,7% a PR seguido de RT adyuvante o de rescate y 38,9% no habían recibido tratamiento alguno. La enfermedad se presentó en el 94,5% de los pacientes con metástasis óseas o ganglionares y sólo en un 5,6% con metástasis viscerales de debut siendo en su mayoría (66,7%) de bajo volumen según criterios CHARTED.

La SG y la SLPRx fueron ambas 97,2% y no hubo ningún caso de progresión a resistencia a la castración (CPRC).

La mediana de PSA al inicio del tratamiento fue de 7,57ng/ml (0,01 – 446) Al mes el 77,8% de los pacientes había reducido en >50% su valor de PSA y el 44,4%, en >90% ($p<0.001$); a los 3 meses, el 81,8% de los pacientes redujo su PSA en >90% ($p=0.001$); siguiendo la tendencia hasta 92,9% ($p=0.001$) con una reducción por debajo de un PSA de 0,02 ng/ml del 81,1% a los 9 meses.

El número de pacientes con efectos adversos (EA) fue de 9 (25%). Ningún paciente tuvo EA graves con grado por encima de 2 según la escala Common Terminology Criteria for Adverse Events, siendo el hipotiroidismo el más frecuente con 5 (55,5%). Solo hubo 2 casos de reducción temporal de dosis por EA y 1 caso de interrupción el tratamiento por defunción.

CONCLUSIÓN. El tratamiento con Apalutamida tiene un buen perfil de efectividad y efectos adversos a corto plazo en nuestro medio.

C-3.11. USO DE LA APALUTAMIDA EN CPHSM. RESULTADOS DE USO EN NUESTRO CENTRO TRAS DOS AÑOS DE USO

Yago Giménez, Pablo; López González, Pedro Ángel; Vidal Crespo, Natalia; Aznar Martínez, Laura; Moreno Alarcón, Cristóbal; López Abad, Alicia; Herrero Vidal, Laura; García-Rivas Carmona Francisco; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J.; Cao Avellaneda, Enrique; López Cubillana, Pedro; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Martínez Gómez, Gloria; Rigabert Montiel, Mariano; Tornero Ruíz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Guzmán Martínez-Valls, P.L. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La Apalutamida ha sido aprobada para el tratamiento del cáncer de próstata avanzado hormonosensible metastásico. El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sobre la eficacia y seguridad de Apalutamida en nuestro centro y comparar nuestros resultados con el estudio TITAN.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional retrospectivo desde marzo de 2021 hasta la actualidad. Se realiza estudio descriptivo con mediana y rango para variables continuas y número y porcentaje para variables discretas.

Se realiza análisis sobre supervivencia global, libre de progresión radiológica y respuesta de PSA. Posteriormente se compara el resultado con los ofrecidos por el estudio TITAN.

RESULTADOS. Se incluyó en el estudio 60 pacientes. Mediana de edad de los sujetos al inicio de Apalutamida fue de 73 años (51-89), tiempo de seguimiento de 10 meses (1-19 m), 25pacientes (42 %) son metastásicos de novo y 35 (58%) tras tratamiento local previo, según presentación TNM 19 (32%) fueron M1a, 40 (67%) M1b y 1 (1%) M1c. Al inicio de tratamiento con APA la mediana de PSA era de 7.87 (0.01-1410). De los pacientes diagnosticados de novo, 23% (14) correspondieron a bajo volumen y 18% (11) a alto volumen.

Supervivencia global (SG) a los 18 meses 93%, supervivencia libre de progresión radiológica (SLPR) a los 19 meses de 89.5%. Respuesta de PSA a Apalutamida: Reducción >50% al primer mes 91.2%, reducción > 90% a los 6 meses 88.1%. PSA < 0.2 a los 12 meses 80%. Se evidencia una reducción superior en el subgrupo M1a.

Si comparamos los resultados con el estudio TITAN encontramos mejores resultados en SG y SLPR, porcentajes de reducción de PSA mayores, menor aparición de efectos adversos y en menor gravedad.

CONCLUSIONES. La Apalutamida ha demostrado ser un buen antiandrógeno que consigue disminuir de forma rápida las cifras de PSA. En nuestro centro encontramos buena respuesta fármaco en comparación con el estudio TITAN, esto podría estar asociado a que la cohorte en nuestro hospital hay mayor porcentaje de pacientes de bajo volumen metastásico y con tratamiento local previo en contraposición a la cohorte del estudio TITAN.

C-3.12. RESPUESTA Y SEGURIDAD DE APALUTAMIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO

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

INTRODUCCIÓN. Apalutamida (APA) es un fármaco eficaz y bien tolerado en el cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) y resistente a la castración no metastásico (CPRCnm).

Un descenso precoz del PSA >90% (PSA90) se ha asociado a una mayor respuesta a largo plazo.

OBJETIVOS. pronóstica en el tratamiento con APA del cáncer de próstata avanzado, así como sus principales efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio analítico retrospectivo que incluye a los pacientes con CPHSm y CPRCnm tratados con APA entre Agosto 2018 y Septiembre 2022 en nuestro centro.

Se evaluó la respuesta del PSA, la supervivencia libre de progresión (SLP) en función de esta con Método Kaplan-Meier y Log-Rank y se registraron los eventos adversos.

RESULTADOS. 36 pacientes. 26 CPHS M1 (72,2%) y 10 CPRC M0 (27,8%). Edad media: 78,6 años (DE: 8,8). Seguimiento medio: 15,6 meses (DE: 10,6). Mediana (Me) de PSA al iniciar APA: 10,5 (DE 38,7).

	1 ^{er} Mes	3 ^{er} Mes	6 ^o Mes	9 ^o Mes	12 ^o Mes
PSA (Me)	1,5 (DE: 6,1)	0,32 (DE: 4,2)	0,18 (DE: 8,9)	0,1 (DE: 3,9)	0,16 (DE: 6,6)
PSA90	47,2%	66,7%	77,8	80%	71,43%

Tabla 1. Respuesta de PSA y porcentaje de pacientes con PSA90 durante el primer año con APA.

Progresan 9 pacientes (25%), SLP del 85,9% y 60% a los 12 y 24 meses. De estos, el 88,9% no había alcanzado PSA90 a los 3 meses de tratamiento, con diferencias significativas (p 0,001) en su curva de SLP (Media: 23,4 meses con DE: 6,5) frente aquellos que sí lo alcanzaron (Media: 47 meses con DE: 4,6).

7 pacientes (19,4%) presentaron algún evento adverso; 3 hipotiroidismo, 3 rash cutáneo y 1 hiperlipidemia. Un paciente precisó retirada de APA por un rash generalizado grado 3.

CONCLUSIONES. Apalutamida ha demostrado ser eficaz en el control del cáncer de próstata avanzado, con una rápida respuesta del PSA y, en general, un adecuado perfil de seguridad.

Comunicaciones. Mesa 4. Vídeos

V.1. DOBLE NEFRECTOMÍA PARCIAL CON METASTASECTOMÍA DE GLÁNDULA SUPRARRENAL DERECHA

Aznar Martínez, Laura; López Cubillana, Pedro; López González, Pedro Ángel; López Abad, Alicia; Yago Giménez, Pablo; Herrero Vidal, Laura; García-Rivas Carmona Francisco; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J.; Moreno Alarcón, Cristóbal; Cao Avellaneda, Enrique; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Martínez Gómez, Gloria; Rigabert Montiel, Mariano; Tornero Ruíz, J.I; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Guzmán Martínez-Valls, P.L. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El carcinoma de células renales (CCR) representa el 2-3% de todas las neoplasias. El avance en las técnicas de imagen ha permitido un diagnóstico precoz de esta patología. Aunque la mayoría de los casos se diagnostican en etapas tempranas, aproximadamente el 20% de los pacientes sometidos a nefrectomía desarrollarán metástasis durante el seguimiento. El papel de la metastasectomía completa en los CCR no está claro, aunque algunos estudios sugieren aumento de la SG y SCE.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Se presenta el caso de una mujer de 67 años que acude a consultas de urología para seguimiento tras cambio de residencia. En 2012 se realizó una Nefrectomía Radical Izquierda por un CCR, la anatomía patológica informó de carcinoma renal de células claras. En 2017 presentó una recidiva en la vertiente postero-lateral de polo superior del riñón izquierdo, se realizó técnica ablativa con radiofrecuencia. En controles posteriores no se objetivó una nueva recidiva. Presentaba función renal normal.

En nuestras consultas fue diagnosticada mediante ecografía con contraste de una nueva recidiva, se observaba una imagen nodular de 2 cm en polo superior de riñón derecho, exofítica, de contornos bien definidos, con realce. Se realizó TAC con contraste IV que confirmó la recidiva y confirmó la presencia de una nueva lesión con el mismo

tamaño y características en polo inferior, apareciendo también una metástasis en la glándula suprarrenal derecha. Se expuso el caso en el Comité de Tumores de nuestro centro y se decidió realizar una doble nefrectomía parcial con metastasectomía el 13/04/2021.

Actualmente la paciente se encuentra sin recidiva y con función renal alterada, pero sin necesidad de diálisis.

CONCLUSIONES. Es importante abogar por una cirugía conservadora de nefronas en los pacientes con CCR, especialmente en monorrenos, como el caso de nuestra paciente. La metastasectomía de lesión única extrarrenal no tiene una clara evidencia de mejorar la supervivencia global.

V.2. LINFADENECTOMÍA POR RETROPERITONEOSCOPIA

Aznar Martínez, Laura; Moreno Alarcón, Cristóbal; Vidal Crespo, Natalia; López Abad, Alicia; Yago Giménez, Pablo; Herrero Vidal, Laura; García-Rivas Carmona Francisco; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J.; López González, Pedro Ángel; Cao Avellaneda, Enrique; López Cubillana, Pedro; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Martínez Gómez, Gloria; Rigabert Montiel, Mariano; Tornero Ruiz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Guzmán Martínez-Valls, P.L.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los pacientes con Cáncer Testicular (CT), es especial los tumores testiculares de células germinales no seminomatosos (TGNS), metastatizan en retroperitoneo. El manejo adecuado de estos pacientes depende de la elevación de los marcadores tumores (MT) y del tamaño de los ganglios. Los pacientes con ganglios < 2 cm de diámetro mayor y con MT negativos tras la orquiectomía pueden entrar en un protocolo de vigilancia estrecha. Si las adenopatías retroperitoneales progresan o se mantiene estables se debe realizar un tratamiento activo que podría ser quimioterapia si hay elevación de MT o linfadenectomía retroperitoneal si estos se mantienen negativos desde la orquiectomía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Se presenta el caso de un paciente de 35 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, diagnosticado de CT testicular derecho de 4 cm en junio de 2019. Los niveles de MT fueron los siguientes: LDH 132, B-HCG 3.8, AFP 8.1. Se realizó orquiectomía inguinal derecha, informando anatomía patológica de tumor germinal mixto, mayoritariamente embrionario, con áreas de saco vitelino. No invasión linfo-vascular. Epidídimo y rete testis no afectados. Tamaño de 3 cm. El TAC toraco-abdomino-pélvico de estadificación informaba de adenopatías en región interaortocava y en bifurcación ilíaca, la mayor de 13 mm. Al presentar MT negativos tras la cirugía se abogó por vigilancia con pruebas de imagen periódicas. Al año, los MT y las adenopatías se mantenían estables, se volvió a presentar el caso en el Comité de Tumores y se decidió realizar una linfadenectomía retroperitoneal para una adecuada estadificación.

En junio de 2020 se realizó linfadenectomía retroperitoneoscópica de las adenopatías previamente descritas. La cirugía fue bien tolerada, presentando como única complicación aneyaculación durante 3 meses, el paciente actualmente ha cumplido deseo genésico con embarazo espontáneo.

Anatomía patológica informó de la presencia de 7 ganglios solo uno de ellos afecto en el 20% por tumor embrionario. Actualmente el paciente se encuentra en remisión completa y no ha recibido quimioterapia.

CONCLUSIONES. La linfadenectomía retroperitoneal es una herramienta terapéutica útil, en pacientes seleccionados, que permite la curación evitando los efectos secundarios derivados de la quimioterapia.

V.3. ABORDAJE TRANSRECTAL SOBRE RECIDIVA DE CÁNCER DE PRÓSTATA

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

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. El tratamiento quirúrgico de rescate en pacientes oligometastásicos tras prostatectomía radical continúa en debate y revisión. Las indicaciones de las guías (apoyadas por la poca evidencia científica a la espera de nuevos ensayos clínicos) sugiere no realizar un tratamiento quirúrgico de rescate sobre metástasis en dichos paciente.

El objetivo de este trabajo es reflejar una cirugía complicada que se realizó en la Arrixaca en colaboración con el servicio de cirugía general.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Varón de 77 años, con antecedentes de: HTA, polimialgia reumática, amaurosis fugax, trombocitopenia leve que fue sometido a prostatectomía radical en 2006 por cáncer de próstata Gleason 7 (4+3). Tras seguimiento del paciente presenta elevación paulatina de PSA hasta 4 ng/dl asociado a cierta rectorragia por lo que se solicita estudio de extensión con PET-Colina y RM revelando la presencia de tumoración pararectal única confirmada como recidiva tras biopsia de la misma.

Por la característica de la recidiva se plantea en comité multidisciplinar el mejor tratamiento posible y se descarta RT por alto riesgo de rectorragia y empeoramiento de la calidad de vida. Se decide la realización de abordaje transrectal laparoscópico de la lesión previo marcaje de la lesión mediante arpón mamario.

Tras la realización de cirugía el paciente se recupera satisfactoriamente, remite la rectorragia y es dado de alta a los 5 días.

En consulta se confirma mediante AP la infiltración de pared intestinal (muscular propia y serosa) por adenocarcinoma de próstata que contacta de forma focal con un margen lateral de resección. PSA a los 3 meses de 0.17 ng/dl.

CONCLUSIONES. El tratamiento quirúrgico de rescate del cáncer de próstata no es una opción recomendable en las guías clínicas debido en parte a la poca evidencia científica sobre el tema. Sin embargo, hay veces que se puede contemplar como posibilidad excepcional en ciertos casos. En nuestro caso la intención era ofrecer al paciente un tratamiento sobre la enfermedad metastásica que consiguiese retrasar la instauración del tratamiento hormonal.

El paciente continúa en seguimiento, asintomático y satisfecho con la intervención.

V.4. EXÉRESIS DE QUISTE DE URACO MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

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

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN. El uraco o ligamento medio umbilical es un remanente embriológico del alantoides que se extiende desde la cúpula vesical hasta el ombligo. Generalmente, involuciona a un cordón fibromuscular durante el cuarto o quinto mes de gestación. Debido a su baja prevalencia y variabilidad de presentación clínica, el diagnóstico en ocasiones resulta difícil.

Las anomalías del uraco se clasifican en función de su anatomía en: persistencia del uraco, sinus uracal, divertículo vesico-uracal, sinus alternante y quiste de uraco. Esta última es la más común en adultos y su infección es el modo de presentación más frecuente. Su tratamiento, de forma tradicional, consiste en la exéresis completa.

MATERIAL Y MÉTODO. Mujer de 43 años que consulta en urgencias por dolor en hipogástrico intenso y clínica miccional recurrente siendo diagnosticada de remanente uracal infectado mediante ecografía abdomino-pélvica y TAC simple. Ante ausencia de gravedad, es dada de alta con antibiótico. Se completa estudio con cistoscopia, cistografía, citologías y TAC urografía que objetiva de imagen ovalada de aspecto sacular en cara anterior de la pared vesical de 1.7 cm de diámetro con calcificaciones en su pared, compatible con quiste de uraco.

RESULTADOS. Se propone intervención quirúrgica mediante exéresis laparoscópica en la cual se reseca el ligamento mediano umbilical en bloque con rodete vesical asociado. El tiempo quirúrgico fue de 125 minutos con ausencia de complicaciones inmediatas. La paciente fue dada de alta a las 24 horas con retirada de sonda vesical a la semana. La anatomía patológica informó de quiste de uraco, con calcificaciones y metaplasia escamosa focal, fibrosis perilesional y ausencia de signos histológicos de malignidad.

CONCLUSIONES. La patología del uraco resulta infrecuente y su tratamiento laparoscópico es eficaz y seguro consiguiendo buenos resultados postoperatorios.

V.5. CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJER CON RECONSTRUCCIÓN ILEAL ROBÓTICA

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La cirugía robótica aplicada en la uro-oncología se ha ido implantando en los últimos años hasta convertirse en una práctica habitual en cada vez un mayor número de centros. El inicio de un programa

de cistectomía robótica supone un reto por la complejidad y la morbimortalidad asociada a la técnica. Presentamos un caso de cistectomía radical en mujer con derivación intracorpórea robótica pura.

MATERIAL Y MÉTODO. Mujer de 80 años con antecedente de diabetes tipo II, retinopatía diabética y colitis ulcerosa. A raíz de ingresar por pielonefritis aguda derecha e insuficiencia renal asociada es diagnosticada de masa vesical de 7 cm que obstruye el meato ureteral derecho condicionando ureterohidronefrosis grado II en ecografía abdominopélvica precisando derivación urinaria mediante nefrostomía. La anatomía de la resección transuretral vesical mostró un carcinoma de células escamosas infiltrante con áreas de necrosis que con afectaba a la lámina propia (T1). Estudio de extensión sin datos de afectación locorregional ni a distancia. ASA IV en la valoración anestésica. Se optó por realización de cistectomía radical desestimándose linfadenectomía asociada por las múltiples comorbilidades de la paciente y la situación de fragilidad. La técnica quirúrgica se presenta en el vídeo.

RESULTADOS. A nivel intraoperatorio se consigue realizar el procedimiento planteado sin incidencias, consiguiendo la resección completa en bloque de la pieza y extracción de la misma vía vaginal (pT3aNx R0). El posoperatorio transcurrió sin incidencias. La nefrostomía derecha pudo ser retirada y la paciente dada de alta al sexto día de la cirugía.

CONCLUSIÓN. La cistectomía radical con reconstrucción ileal robótica pura es una técnica factible que permite un abordaje mínimamente invasivo.

V.6. LINFADENECTOMÍA PÉLVICA COMPLEJA ASISTIDA POR ROBOT EN CÁNCER DE PRÓSTATA, DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA

Barragán Flores, W.A.; Rosino, A.; Barragán Gamero, M.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Cívico, C.; Flores, C.; Jiménez, D.; Muñoz, V.; Barceló, I.; Carrillo, C.; Pietricica, B.; Izquierdo, E.; Cruces, F.; Romero Hoyuela, A.; Hita, G.; Fernández, T.

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. La linfadenectomía pélvica es una pieza fundamental del tratamiento del cáncer de próstata de riesgo intermedio (según riesgo de enfermedad ganglionar), riesgo alto y localmente avanzado. La cirugía asistida por robot permite un tratamiento mínimamente invasivo con una gran visión del campo y maniobrabilidad en pequeños espacios ideal para la realización de esta técnica. En este video presentamos nuestra técnica asistida por robot de linfadenectomía pélvica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos una linfadenectomía pélvica en un paciente de 70 años con PSA 15 ng/ml, biopsia de próstata positiva para Ca. Próstata ISUP 4, 4/14 cilindros. TAC TAP con posibles lesiones blásticas en L3-L5 y lesión renal izquierda, GGO: negativa y PET-Colina: enfermedad localizada. Con estos hallazgos se propone a paciente prostatectomía radical más linfadenectomía pélvica.

La linfadenectomía se inicia por el lado izquierdo con la disección y sección del conducto deferente y aislamiento del uréter. Posteriormente se disecciona la arteria iliaca externa y su paquete ganglionar hasta la bifurcación cuyo límite se marca con clips metálicos. Se continúa con la disección de paquete iliaco próximo a la vena y el paquete obturatriz donde se identificará el nervio obturador, en este paquete se incluye los ganglios presentes en la fosa de Marcille. El procedimiento se repite contralateralmente.

CONCLUSIÓN. La cirugía asistida por robot es una técnica mínimamente invasiva que permite la realización de la linfadenectomía pélvica con una gran exposición del campo quirúrgico y permite una disección óptima.

V.7. LINFADENECTOMÍA INGUINAL ASISTIDA POR ROBOT (RAIL) EN CASO DE TUMOR DE URETRA.

Barragán Flores W.A.; Rosino, A.; Hita G.; Barragán Gamero M.; Sandoval Martínez-Abarca J. M.; Cívico C.; Flores C.; Jiménez D.; Muñoz V.; Barceló I.; Carrillo C.; Pietricica, B.; Izquierdo, E.; Cruces F.; Romero Hoyuela A.; Fernández T.
Hospital G. Universitario Morales Meseguer. Servicio de Urología.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS. Los tumores de uretra son una entidad rara cuyo tratamiento se basa inicialmente en la cirugía local y la linfadenectomía inguinal si hay indicios de enfermedad a este nivel. La linfadenectomía inguinal asistida por robot es una técnica mínimamente invasiva que presenta varios beneficios durante la intervención en comparación con la videoendoscopia tradicional.

DESCRIPCIÓN DEL CASO. Presentamos el caso de una paciente con antecedente de tumor de uretra y recaída ganglionar inguinal izquierda, a quien se propone linfadenectomía inguinal izquierda asistida por Robot (RAIL).

Iniciamos el procedimiento con la delimitación del campo quirúrgico (Triángulo femoral) y marcando adenopatías palpables. Se colocan los trócares triangulando el espacio quirúrgico. Iniciamos con la creación del espacio

quirúrgico hasta identificar la arteria femoral e iniciamos la liberación proximal del paquete ganglionar profundo de los grandes vasos hasta identificar la V. safena y el cayado de la V. safena. Durante la intervención se puede observar como la articulación de las pinzas robóticas y la gran coagulación de las mismas permite una disección óptima. Se ligan las ramas acceso de la vena safena y se procede a la liberación del paquete ganglionar de la misma. Se continúa con la liberación del paquete ganglionar con la fascia de camper como límite superior y el ligamento inguinal como límite craneal. Se revisa hemostasia y se concluye intervención con el embolsado del paquete ganglionar y colocación de drenaje.

CONCLUSIÓN. La linfadenectomía inguinal asistida por Robot (RAIL) permite una mejor coagulación por lo que se necesita menos clipaje de vasos y proporciona mayor versatilidad de movimiento en el espacio reducido de la linfadenectomía. Es una opción mínimamente invasiva para la realización de linfadenectomía inguinal en paciente con tumor de uretra y enfermedad ganglionar inguinal.

Premios de la AMU del XXVIII Congreso celebrado en Cieza en marzo de 2022

Premio Gerardo Server Falgás a la mejor comunicación oral: Dr. Gerardo Server Gómez. Trabajo: Uso de inmunoprofilaxis con autovacuna para el tratamiento de la infección urinaria de repetición (Hospital Universitario Santa Lucía).

Premio Mariano Pérez Albacete al mejor trabajo audiovisual: Dr. William Barragán Flores. Trabajo: Interposición de asa ileal laparoscópica en caso de estenosis ureteral bilateral (Hospital Universitario Morales Meseguer).

Premio Mariano Tomás Ros al mejor examen de residentes: Dra. Natalia Vidal Crespo (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca).

Premio Server Falgás año 2022

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

Server Gómez, G.; Guardiola Ruiz, I.; Nedelcu, R.G.; 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.

Servicio de Urología del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena.

INTRODUCCIÓN. Las infecciones urinarias (ITU) suponen un verdadero problema sanitario con un coste estimado total en estado unidos de 1585 millones de dólares anuales¹. Tras una primera infección de orina, alrededor del 25% de las mujeres presentaran recurrencia en los 6 meses subsiguientes².

El concepto de infección urinaria de repetición (ITUr) se define como un mínimo de tres infecciones urinarias acaecidas en un año o dos en un periodo de 6 meses³. Su tratamiento se basa principalmente en pauta largas antibióticas que implican un mayor riesgo de efectos secundarios y de resistencias microbianas. Por ello, de gran importancia la investigación de medidas higiénico-dietéticas y tratamientos profilácticos para la prevención de la ITUr. Actualmente existen numerosos tratamientos profilácticos de probada evidencia como la D-manosa, las instilaciones de ácido hialurónico o los estrógenos pacientes con síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM)³.

Existen otras opciones profilácticas no antibióticas, entre las que se incluye la vacuna bacteriana OM89, constituida por un lisado de 18 cepas de *Escherichia coli*. Esta vacuna está incluida en las Guía Europea de Infecciones Urinarias^{4,5} desde el año 2022 como primera opción para la profilaxis de las ITUr, dejando la profilaxis antibiótica para casos en los que las medidas no antibióticas no han funcionado. Sin embargo, la vacuna bacteriana OM89 no se encuentra disponible en España.

Actualmente existen nuevas formulaciones sublinguales constituidas por una suspensión de bacterias inactivadas, obtenidas por cultivo de una muestra de orina del paciente con el objetivo de conseguir una respuesta inmunológica más específica. Estas llamada autovacunas (VAC) mediante la activación, de los receptores Toll-like en macrófagos (TLR4) y la formación de inmunoglobulinas tipo G y A por parte de los linfocitos T y B, se consigue estimular tanto la respuesta inmune innata como la adaptativa local. Esto desencadena el bloqueo de la adhesión de las enterobacterias a nivel de las células uroepiteliales y reduce la población de uropatógenos^{6,7}.

Éste ha sido el foco de estudio de varios grupos en los últimos años. En una serie de 784 pacientes de Ramírez Sevilla *et al.* se verifica una reducción del número de ITU de hasta 0 episodios en el 32,7% y 1 episodio en el 33,2% de los pacientes a los 6 meses⁸. En otra serie de 156 pacientes, Lorenzo Gómez *et al.* consiguen una tasa nula de ITU de hasta un 90,6% a los 6 meses⁹.

Varios estudios han demostrado la eficacia de las autovacunas sublinguales en la reducción de la ITUr⁷⁻¹¹. Sin embargo, la mayoría de estos estudios son observacionales, e incluyen pacientes con múltiples tratamientos profilácticos concomitantes que pueden afectar a la magnitud real de la eficacia del tratamiento.

La hipótesis del estudio es que el uso de las VAC supone una alternativa eficaz en la profilaxis de las ITUr. El **objetivo principal** consiste en valorar la eficacia de las VAC como profilaxis en las ITUr en la reducción del número de episodios de ITU. Los objetivos secundarios son: evaluar la eficacia de las VAC en la reducción de síntomas asociados y en la mejoría subjetiva percibida por los pacientes; evaluar su eficacia independientemente de sus tratamientos profilácticos concomitantes (D-manosa, instilaciones vesicales de ácido hialurónico, estrógenos).

MATERIALES Y MÉTODOS. Se trata de un estudio observacional retrospectivo realizado en pacientes con ITUr que recibieron tratamiento con la VAC Uritai® entre los años 2018 y 2021, en el Servicio de Urología del Hospital Santa Lucía de Cartagena. El tamaño muestral es de 49 pacientes.

A los pacientes que se les prescribe la VAC Uritai®, se les entrega un kit que incluye un hisopo para la toma de muestra de orina directamente de un contenedor, y un tubo con gel para la suspensión y conservación de la muestra, que se remite para su cultivo en el laboratorio de la empresa farmacéutica. En el plazo máximo de 3 meses, el paciente obtiene dos pulverizadores que contienen una suspensión de microbiota inactivada de la muestra remitida. La posología consiste en 2 pulverizaciones de aplicación sublingual diaria durante 14 semanas.

En el estudio se analizaron variables como factores de riesgo de ITUr, microorganismos detectados, tratamiento profiláctico concomitante y mejoría subjetiva tras finalizar el tratamiento. Además, se recogieron el número de episodios de ITU y los síntomas tanto previos al tratamiento como posteriores tras un año de seguimiento. También se realizó un análisis estratificado 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 (91,9%), con una mediana de edad de 72 años. El factor de riesgo más frecuente fue la incontinencia urinaria (69,4%) seguido del SGUM (57,1%), como se puede observar en la Figura 1. Todos los pacientes habían recibido tratamiento antibiótico para el tratamiento de ITUr, así como la mayoría había recibido tratamiento asociado a la VAC con D-manosa (91,9%), ácido hialurónico (64,9%) y estrógenos locales (56,8%). El microorganismo detectado más frecuente fue *Escherichia coli* (37,8%) (Figura 2).

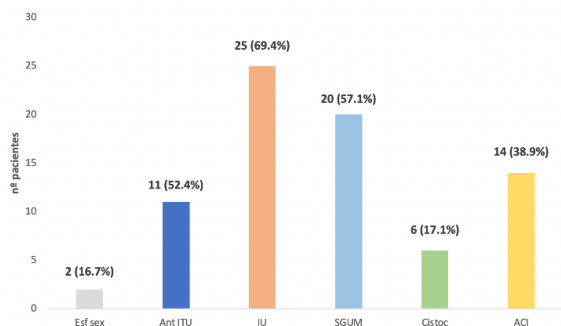


Figura 1. Distribución de factores de riesgo de ITU.

Esf sex: Esfera sexual. *Ant ITU:* antecedentes de ITU. *IU:* Incontinencia urinaria. *SGUM:* Síndrome genitourinario de la menopausia. *Cistoc:* cistocele. *ACI:* Autocatereterismo intermitente.

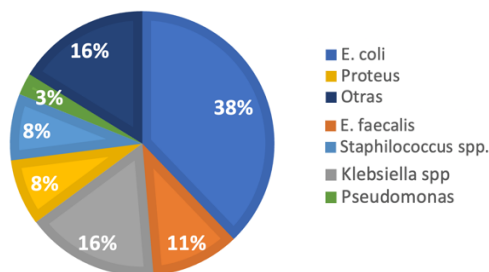


Figura 2. Distribución de microorganismos causantes de infecciones del tracto urinario (ITU).

El número de ITU se redujo tras el tratamiento de manera significativa de 5.41 a 2.3 episodios al año ($p < 0.0001$) (Tabla 1). Lo mismo ocurre con los síntomas asociados, siendo la disuria el más relevante con una reducción del 44.8% ($p < 0.001$) seguido de la polaquiuria con un 41,7% y de la urgencia miccional con 29,1% (Tabla 2).

Tabla 1. Comparación de la frecuencia de infecciones urinarias previa y posterior al tratamiento con la autovacuna.

	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	REDUCCIÓN SÍNTOMAS	REDUCCIÓN (%)	P-VALOR
Nº ITU	5.41 ± 1.755	2.30 ± 2.039	3.108 ± 2.413	42.55	<0.0001

NºITU: número de infecciones del tracto urinario.

Tabla 2. Comparación de la frecuencia de síntomas previa y posterior al tratamiento con la autovacuna.

	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	REDUCCIÓN SÍNTOMAS %	P-VALOR
DISURIA	29 (78.4%)	16 (43.2%)	44.8	<0.0001
POLAQUIURIA	24 (64.9%)	14 (37.8%)	41.7	0.002
URGENCIA	27 (73%)	20 (54.1%)	29.6	0.004

En la Tabla 3, se puede observar la comparación del número de ITU en función de los tratamientos concomitantes de los pacientes. La reducción de los episodios tras el tratamiento con VAC, se mantenía con diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos salvo en el grupo que no tomaba D-manosa, por lo que no podemos sacar conclusiones respecto a si la concomitancia con D-manosa afecta a la disminución del número de ITU. Sin embargo, se debe tener en cuenta que el tamaño muestral de este grupo es de tres pacientes, y esta puede ser la razón por la que no se obtengan resultados significativos.

En las Tablas 4, 5 y 6, se recoge la comparación de los síntomas en función de los tratamientos concomitantes de los pacientes. En los tres síntomas recogidos (disuria, urgencia y polaquiuria), ocurre lo mismo que con los episodios de ITU, en el grupo de pacientes que no toman D-manosa no se obtienen diferencias significativas y presentan un tamaño muestral muy reducido.

Respecto a la disuria, observamos diferencias no significativas en el grupo que no había sido tratado con estrógenos (Tabla 4). Asimismo, tampoco hay significación estadística en pacientes tratados o no con estrógenos, en cuanto a la urgencia miccional (Tabla 5), ni en pacientes no tratados con ácido hialurónico, en cuanto a la polaquiuria.

Tabla 3. Comparación de la frecuencia de infecciones urinarias previa y posterior al tratamiento con la autovacuna, de forma estratificada por tratamiento concomitante.

NUMERO DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO					
TRATAMIENTO CONCOMITANTE		n	PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	P-VALOR
Ácido Hialurónico	Sí	24	5.58 ± 1.932	2.42 ± 2.125	<0.0001
	No	13	5.08 ± 1.382	2.08 ± 1.935	<0.0001
Manosa	Sí	34	5.47 ± 1.813	2.35 ± 1.998	<0.0001
	No	3	4.67 ± 0.577	1.67 ± 2.877	0.188
Estrógenos	Sí	21	5.52 ± 1.721	2.05 ± 1.857	<0.0001
	No	16	5.50 ± 2.014	2.90 ± 2.283	0.03

Tabla 4. Comparación de la frecuencia de disuria previa y posterior al tratamiento con la autovacuna, de forma estratificada por tratamiento concomitante.

DISURIA				
TRATAMIENTO CONCOMITANTE		PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	P-VALOR
Ácido Hialurónico	Sí	17 (70.8%)	10 (41.7%)	0.016
	No	12 (92.3%)	6 (46.2%)	0.031
Manosa	Sí	27 (79.4%)	16 (47.1%)	0.001
	No	2 (66.7%)	0	*
Estrógenos	Sí	18 (85.7%)	10 (47.6%)	0.008
	No	11 (68.8%)	6 (37.5%)	0.063

Tabla 5. Comparación de la frecuencia de urgencia miccional previa y posterior al tratamiento con la autovacuna, de forma estratificada por tratamiento concomitante.

URGENCIA MICCIONAL				
TRATAMIENTO CONCOMITANTE		PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	P-VALOR
Ácido Hialurónico	Sí	16 (66.7%)	13 (54.2%)	0.042
	No	11 (84.6%)	6 (46.2%)	0.043
Manosa	Sí	25 (73.5%)	17 (50%)	0.039
	No	2 (66.7%)	2 (66.7%)	1.000
Estrógenos	Sí	15 (71.4%)	10 (47.6%)	0.063
	No	12 (75%)	9 (56.3%)	0.625

Tabla 6. Comparación de la frecuencia de polaquiuria previa y posterior al tratamiento con la autovacuna, de forma estratificada por tratamiento concomitante.

POLAQUIURIA				
TRATAMIENTO CONCOMITANTE		PRE-TRATAMIENTO	POST-TRATAMIENTO	P-VALOR
Ácido Hialurónico	Sí	18 (75%)	11 (45.8%)	0.016
	No	6 (46.2%)	3 (23.1%)	0.250
Manosa	Sí	23 (67.6%)	13 (38.2%)	0.002
	No	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1.000
Estrógenos	Sí	15 (71.4%)	8 (38.1%)	0.016
	No	9 (56.3%)	6 (37.5%)	0.025

Asimismo, El 67.6% de los pacientes percibió una mejoría subjetiva tras el tratamiento.

Finalmente, No se detectaron complicaciones directas asociadas al tratamiento.

CONCLUSIONES. El uso de VAC para el tratamiento de las ITUr ha supuesto un método eficaz para la reducción del número de infecciones en nuestros pacientes. Reduce también los síntomas asociados como disuria, urgencia miccional y polaquiuria, y se aprecia mejoría subjetiva en la mayoría de los pacientes. Todo ello independientemente del efecto individual de la concomitancia para el tratamiento de la ITUr en la mayoría de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Foxman B. Epidemiology of urinary tract infections: incidence, morbidity, and economic costs. *Dis Mon.* 2003 Feb;49(2):53–70.
2. Foxman B. Urinary tract infection syndromes: occurrence, recurrence, bacteriology, risk factors, and disease burden. *Infect Dis Clin North Am.* 2014;28:1–13.
3. Bonkat G, Bartoletti R, Bruyère F et al. EAU Guidelines on Urological Infections 2022. European Association of Urology Guidelines 2022 Edition. Presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2022. Arnhem: European Association of Urology Guidelines Office, 2022.
4. Bauer HW, Rahlfs VW, Lauener PA, Blessmann GSS. Prevention of recurrent urinary tract infections with immunoactive *E. coli* fractions: a metaanalysis of five placebo-controlled double-blind studies. *International Journal of Antimicrobial Agents.* 2002; 19: 451–456.
5. Naber KG, Cho YH, Matsumoto T, Shaeffer AJ. Immunoactive prophylaxis of recurrent urinary tract infections: a meta-analysis. *International Journal of Antimicrobial Agents.* 2009; 33: 111–119.
6. Holmgren J, Czerkinsky C. Mucosal immunity and vaccines. *Nat Med.* 2005 Apr;11(4 Suppl):S45-53. doi: 10.1038/nm1213. PMID: 15812489.
7. Cuburu N, Kweon MN, Song JH et al. Sublingual immunization induces broad-based systemic and mucosal immune responses in mice. *Vaccine* 2007; 25: 8598–610
8. Ramírez Sevilla C, Gómez Lanza E, Manzanera JL, Martín JAR, Sanz MÁB. Active immunoprophylaxis with uromune® decreases the recurrence of urinary tract infections at three and six months after treatment without relevant secondary effects. *BMC Infect Dis.* 2019 Oct 28;19(1):901. doi: 10.1186/s12879-019-4541-y. PMID: 31660885; PMCID: PMC6819445.
9. Lorenzo-Gómez MF, Padilla-Fernández B, García-Cenador MB, Virseda-Rodríguez ÁJ, Martín-García I, Sánchez-Escudero A, et al. Comparison of sublingual therapeutic vaccine with antibiotics for the prophylaxis of recurrent tract infections. *Frontiers in Cellular and Infection Microbiology.* 2015; 5: 51–58
10. Lorenzo-Gómez MF, Padilla-Fernández B, Flores-Fraile J, Valverde-Martínez S, González-Casado I, De Dios-Hernández JM, et al. Impact of whole-cell bacterial immunoprophylaxis in the management of recurrent tract infections in the frail elderly. *Vaccine.* 2021; 39: 6308–6314.
11. Carrión-López P, Martínez-Ruiz J, Librán-García L, Giménez-Bachs JM, Pastor-Navarro H, Salinas-Sánchez AS. Analysis of the Efficacy of a Sublingual Bacterial Vaccine in the Prophylaxis of Recurrent Urinary Tract Infection. *Urologia Internationalis.* 2020; 104: 293–300.

Quincuagésimo aniversario del inicio de la formación MIR en urología en la Región de Murcia

Se ha cumplido en 2022 los cincuenta años del comienzo en la Región de Murcia del sistema de formación MIR de especialización en urología (1972-2022) y para conmemorar el aniversario voy referirme de modo somero a la creación del Sistema Nacional de Salud y a la gestación y puesta en marcha de este medio de preparación médica, centrado en la urológica en los hospitales de la Región de Murcia.

Tras la Guerra Civil nació el Sistema Nacional de Salud, el Seguro Obrero Español (SOE), cuya implantación fue lenta y con grandes limitaciones en cuanto a prestaciones y con escasa cobertura dado el exiguo número de afiliados en sus inicios; los médicos jóvenes fueron los primeros que aceptaron atender a estos pacientes de la Seguridad Social en sus consultas privadas con lo que se garantizaban un puesto de trabajo y una retribución fija mensual, aunque de escasa cuantía.

En noviembre de 1945, el gobierno diseñó un “Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias” para construir consultorios médicos y hospitales que fue paulatinamente llevado a cabo en las principales ciudades españolas. Se denominaron “Residencias Sanitarias” los nosocomios de nivel local y “Ciudades Sanitarias”, a los de ámbito regional o nacional, con el nombre se intentaba diferenciarlos de los hospitales tradicionales con el fin de cambiar el negativo concepto que la población tenía de ellos como lugar asociado a la muerte por el de un recinto para recobrar la salud.

Para acceder a una plaza de especialista en el SOE una vez licenciado, en los primeros años era suficiente el demostrar su práctica con un compañero cualificado en la rama que se deseaba seguir para ser contratado; más adelante para ocupar las vacantes existentes el médico se inscribía en el Colegio Oficial de Médicos en la especialidad que quería practicar, en las denominadas “Escalas de facultativos del SOE” que no representaban más que un escalafón de antigüedad en una especialidad determinada de la medicina, con el único requisito de ser licenciado; posteriormente fue preciso justificar el conocimiento y el ejercicio de la misma junto a un titulado reconocido.

También en 1945 se encomendó a las facultades de Medicina la creación de Institutos o Escuelas Profesionales para la formación especializada de los licenciados con autorización para conceder el correspondiente título oficial de especialista.

Una vez creados los consultorios médicos, se incorporaron los sanitarios, médicos practicantes y enfermeras para atender a los pacientes del seguro, cada médico generalista o especialista tenía asignado un cupo de enfermos, por el que cobraba su emolumento mensual.

En 1950 se realizaron las primeras convocatorias para cubrir los puestos de especialidades en el SOE de toda España, las plazas disponibles salían a concurso libre junto con las de “Escalas”, en un 50% para cada una. En 1955 por Decreto ley se exigió “titularse de modo expreso “médico especialista” para ocupar cargos de ese carácter”.

En los años sesenta ante el decadente modelo hospitalario sanitario de la época en nuestro país, en el que en los centros por lo general de la Beneficencia Municipal y en los propios creados por la Seguridad Social el médico solo acudía al hospital a pasar visita u operar a sus enfermos y el resto de la atención quedaba en manos de los médicos de puerta o de urgencias, practicantes y monjas. Todo ello con una pobre calidad asistencial y científica, además de que ni la docencia ni las prácticas de estudiantes estaban contempladas y menos aún admitidas en estos centros en los que por descontado tampoco se contaba con la investigación.

Fue el profesor **José María Segovia de Arana** (1919/2016), fundador de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid en 1964 como un hospital prototipo de medicina de alta calidad, el que estableció un sistema de trabajo de dedicación plena de los médicos similar al que se hacía en algunos hospitales españoles como en la Casa de Salud de Valdecilla, de Santander, y en el Clínico de Barcelona, como los más señalados.

Al ser nombrado Secretario de Estado, propuso instaurar una nueva organización hospitalaria, consistente en un sistema médico jerarquizado, con un contrato de los facultativos y del personal de enfermería a tiempo y dedicación completos de ocho horas diarias en el centro y en la creación de servicios de especialidades médicas y quirúrgicas a lo que se suma la formación de médicos internos con residencia y presencia continua en el centro (MIR), con la idea de constituir un moderno hospital en el que cupiese el trabajo en equipo, la docencia y la investigación, al igual al que funcionaba en algunos nosocomios de Estados Unidos y modelo ya establecido en España en el Hospital General de Asturias, de Oviedo.

Tras su ensayo como centro piloto durante cuatro años en las madrileñas clínicas de Puerta de Hierro y de la Concepción del Dr. Jiménez Díaz, creada en 1935 como Instituto de investigaciones médicas, se decidió ponerlo en marcha en las nuevas instituciones hospitalarias del SOE; fue precedido en 1966 por la aprobación del estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social y un año más tarde, del reglamento de las Instituciones Sanitarias y ya en 1969 fue el año en que se comenzaron a cubrir los primeros puestos de médicos internos residentes en el recién inaugurado Hospital de La Paz de Madrid, aunque la primera convocatoria oficial de plazas para todo el país no se produjo hasta el siguiente año.

El procedimiento tuvo una gran acogida por parte de los nuevos licenciados con deseo de especializarse y, en palabras del Dr. Segovia de Arana considerado como uno de los fundadores del nuevo sistema de formación de posgrado en medicina de médicos internos residentes en el hospital (MIR), supuso *“un cambio trascendente del médico liberal independiente al médico colaborador integrado en un equipo, que no fue impuesto por ninguna consigna administrativa o política, sino por la fuerza y la exigencia de la medicina científica”*.

El sistema MIR actual ha sufrido varias modificaciones y reformas, se ha impuesto como el mejor modelo de preparación sanitaria y se ha ampliado a farmacéuticos, enfermeros, físicos, químicos, psicólogos, etc. con la incorporación anual de los alumnos licenciados a un centro autorizado por la comisión ministerial de acreditación docente para completar su formación en la materia elegida.

En la Región de Murcia la introducción del sistema MIR hospitalario fue pareja a la inauguración de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca en 1969. En su etapa inicial esta modalidad de enseñanza duraba tres años, la mitad del primero transcurría en medicina general y el resto se rotaba por distintas especialidades unos meses para valorarlas y poder elegir con conocimiento la que se deseaba seguir durante los dos restantes. Por el servicio de urología rotaron en 1971 Joaquín Sola Pérez, que se decantó por la anatomía patológica, y Jesús Romero Maroto que eligió ser urólogo, pero que lo hizo en el Hospital de La Paz, de Madrid.

Fue en 1972 cuando se incorporó el primer alumno MIR a especializarse en urología en la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, el cartagenero José Antonio García Zamora (1950/2013); desde esa fecha se ha mantenido con un ingreso anual en cada centro autorizado por la comisión ministerial de acreditación docente; en 2021 en el servicio de urología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) se incrementó el ingreso a dos alumnos por año. El resto de los hospitales de la región fueron acreditados para impartir docencia y en todos se incluyó la urología.

Reseñamos el nombre con la fecha de incorporación de los MIR de urología a cada uno de los centros hospitalarios de la Región desde 1972 hasta el actual 2022:

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

En él han completado su especialidad 35 y se encuentran en periodo de formación siete, en total 42. De ellos, tres han fallecido (José Antonio García Zamora, Emilio Falcó Falcó y Mariano Tomás Ros) y otros tres están ya retirados* (Francisco Ojados Castejón, Guillermo Gómez Gómez y Francisco Bon Beneto). Son naturales de la región de Murcia 26 (19 y 7 en formación); de otra región once y cinco extranjeros. Mujeres son nueve (6 y 3). De los que han completado su formación trabajan en la región 22 y en otros lugares siete.

José Antonio García Zamora † (1972-75)
Francisco Ojados Castejón* (1973-76)
Guillermo Gómez Gómez* (1977-80)
Francisco Bon Beneto* (1978-82)
Emilio Falcó Falcó † (1979-84)
Mariano Tomás Ros † (1983-88)
Antonio Salinas Sánchez (1984-89)
Juan Moreno Avilés (1986-91)

Carlos Alcalá Santaella (1988-92)
Antonio Prieto González (1989-93)
Gregorio Hita Villaplana (1990-94)
Eugenio Hita Rosino (1991-95)
Pedro López Cubillana (1992-97)
Lucas Asensio Egea (1993-98)
Mariano Rigabert Montiel (1994-99)
José Antonio Nicolás Torralba (1995-00)

Vicente Bañón Pérez (1996-01)
Pedro Valdevira Nadal (1997-02)
Enrique Cao Avellaneda (2000-05)
Ana Isabel López López (2002-07)
Alejandro Maluff Torres (2003-08)
Félix Escudero Bregante (2004-09)
Pedro Á. López González (2005-10)
Gloria Doñate Íñiguez (2006-11)

José Carlos Ruiz Morcillo (2007-12)
Cristóbal Moreno Alarcón (2008-13)
Edgar U. Olarte Barragán (2009-14)
Cindy P. Pinzón Navarrete (2010-15)
Felipe P. Gutiérrez Gutiérrez (2011-16)
Harold L. Martínez Peralta (2012-17)
Gloria Martínez Gómez (2013-18)
Juan Fernández Garay (2014-19)

Rocío Martínez Muñoz (2015-20)
Javier Rull Hernández (2016-21)
Natalia Vidal Crespo (2017-22)
En formación se encuentran:
Laura Aznar Martínez (2018)
Alicia López Abad (2019)

Pablo Yago Giménez (2020)
Laura Herrero Vidal (2021)
Francisco García-Rivas (2021)
Javier Mellado Campoy (2022)
Fº Javier Vera Ballesteros (2022)

HOSPITAL PROVINCIAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MURCIA

Fue homologado por el comité nacional para impartir formación de médicos internos y residentes (MIR) en 1993, los médicos especializados en urología fueron seis. Tras la demolición del edificio en 1999 y al reubicar el servicio en el hospital Morales Meseguer, el hospital Provincial pierde la acreditación docente, motivo por el que el séptimo, Francisco Serrallach Oreja, solicita el cambio de centro y finaliza su formación en la Fundación Puigvert, de Barcelona. De los siete son naturales de Murcia tres y cuatro de otras regiones y en nuestra región trabajan dos.

Roberto Ferrero Doria (1993-1998)
Pablo Guzmán Martínez-Valls (1994-1999)
Juan Pedro Morga Egea (1995-2000)
Jacinto Navas Pastor (1996-2001)

Julián García Ligeró (1997-2002)
Felipe García García (1998-2003)
Francisco Serrallach Oreja (1999)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA REINA SOFÍA

La acreditación docente para la formación de médicos internos y residentes (MIR) fue autorizada en el nuevo centro en el año 2006 con un ingreso anual. En 2008 se incorporó el primero y hasta 2022, han sido nueve son los médicos que han finalizado su preparación; dos naturales de Murcia, seis de otras regiones y uno extranjero, en periodo de formación están cinco. Mujeres son cuatro: dos y dos. Trabajan en la región siete y dos fuera de ella.

Julián Oñate Celdrán (2008-13)
Carlos Sánchez Rodríguez (2009-14)
Pablo Velilla Asurmendi (2010-15)
Damián García Escudero (2011-16)
Paula Sampert Mateo (2013-18)
Ana Isabel Vilches Costas (2014-19)
Olimpia Molina Hernández (2015-20)
Florencio Marín Martínez (2016-21)

Miriam Artés Artés (2017-22)
En formación se encuentran:
Enmy Rochell Bobadilla Romero (2018)
Víctor Romero Porcel (2019)
Pablo Alcón Cerro (2020)
Pedro Moreno Sánchez (2021)
Lucía Sánchez Almería (2022)

HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

Fue acreditado por la Comisión Nacional de Especialidades para impartir docencia por el sistema MIR en el año 1999 con un ingreso anual y en 2005 se inicia el primer ciclo formativo de residentes en urología, bajo la supervisión de un tutor para completar el programa docente.

En dicho periodo han finalizado su preparación trece médicos, de los que seis son naturales de la región de Murcia y dos extranjeros. Seis son mujeres y otras tres se encuentran en periodo de formación.

Once trabajan en los hospitales de la región y dos fuera de ella.

Almudena Rodríguez Tardido (2005-10)
Emilio Izquierdo Morejón (2006-11)
Bogdan Nicolae Pietricica (2007-12)
Raúl Montoya Chinchilla (2008-13)
María del Carmen Cano García (2009-14)
Guillermo Hidalgo Agulló (2010-15)
Leandro Reina Alcaína (2011-16)
Carlos Carrillo George (2012-17)
Ángela Rivero Reina (2013-18)
Isabel Barceló Bayonas (2014-19)

Arancha Pardo Martínez (2015-20)
Victoria Muñoz Guillermo (2016-21)
Daniel Jiménez Peralta (2017-22)
En formación se encuentran:
Melque Barragán Gamero (2018)
William Andrés Barragán Frutos (2019)
José María Sandoval (2020)
Claudia Cívico Sánchez (2021)
Cristina Flores Hernández (2022)

HOSPITAL DE SANTA MARÍA DEL ROSELL

Fue acreditado por la Comisión Nacional de especialización para la formación de MIR en 1975, a los dos años se le retiró esta condición al reestructurar e incrementar las condiciones que debían reunir los hospitales para impartir la enseñanza.

Fueron dos los urólogos que llegaron a formarse en el periodo, ambos retirados:

Juan Manuel Soler Fernández (1975-78)
Luis Fernando Cartagena Travesedo 1976-79)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA LUCÍA

La acreditación docente para la formación de especialistas se le concede al nuevo centro en 2018.

Son cuatro médicos los que se han incorporado, dos varones y dos mujeres (el de 2011 renunció) que se encuentran aún en periodo de formación.

En resumen: desde 1972 a 2022 inclusive, se han especializado como urólogos por vía MIR en la Región de Murcia 66 médicos y se encuentran en periodo de formación 21. De todos ellos 47 trabajan en los servicios de urología de sus hospitales, de los que diez son mujeres.

La incorporación femenina a la formación urológica en nuestra región se inició en el año 2002, han sido 16 las mujeres que la han completado su especialización, el número de las que se encuentran en preparación del sexo femenino son diez casi pareja al de varones que son once.

Razvan Gabriel Nedelcu (2018)
Iris Guardiola Ruiz (2019)
Gerardo Server Gómez (2020)
María Valor Pérez (2022)

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Gómez Rivas, J. «Monográfico: formación quirúrgica y académica en Urología». *Arch. Esp. Urol.* 2018, 71 (1).

Pérez Albacete, M. «Diccionario histórico de Urólogos Españoles». Oficina de Historia de la Asociación Española de Urología. Método Gráfico, Madrid, 2015.

Pérez Albacete, M. «Escuelas urológicas españolas (1880-1970)» *Actas Urol. Esp.* 2018; 42 (9): 586-592.

Vázquez Quevedo, F.: «Los grandes hospitales españoles y la formación de los residentes de Cirugía a través de la Seguridad Social a partir de 1970». cap. XVI en «La Cirugía en España», Iatros ediciones, S.L. 1994, Barcelona.

Mariano Pérez Albacete, enero, 2023

