

Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXVIII - Nº 30
MURCIA, febrero 2024



www.uromurcia.es



amu

Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU 2020

PRESIDENTE:

Ramón La Iglesia Cabrerizo

VICEPRESIDENTE:

Juan Moreno Avilés

SECRETARIO:

Leandro Reina Alcaina

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:

Vapor de ruedas Buenaventura, primer barco hospital en la historia de la navegación marítima, porta la enseña de Cruz Roja durante la revolución cantonal de Cartagena, el 13 de octubre de 1873. Mural alicatado ubicado en la asamblea de Cruz Roja de Cartagena, Murcia.

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 AMU, Yecla _____	5
Programa científico _____	7
Comunicaciones presentadas _____	11
Premios de la AMU en 2023: Server Falgás, Accésit, Pérez Albacete y Mariano Tomás ____	33
Los Urólogos de la Región de Murcia y la Cruz Roja, en el 150 aniversario de su constitución	36

Queridos compañeros y amigos:

Se ha completado un ciclo de esta Junta Directiva de la A.M.U que como sabéis tiene una duración de cuatro años. Empezamos con muchas dificultades, que nos vinieron sin esperarlas, me refiero a la época vivida del Covid que nos cambio en parte el proyecto que desde la junta directiva teníamos prevista. No obstante, todo fue para mejor, ya que la intención primera de esta junta era acercar los hospitales periféricos a los hospitales centrales asentados en la ciudad de Murcia, y tengo que decir que gracias al Covid, nos unimos mas en nuestra asociación, aprendimos a trabajar en unión con otros compañeros de otras especialidades y a trabajar de forma telemáticamente, sin dejar de prestar atención a nuestros pacientes, si bien es cierto que ante las dificultades que se presentaron, todos crecimos, con el esfuerzo de todos, conseguimos seguir celebrando el congreso anual, de una forma presencial, pues creo recordar, que fuimos la primera o segunda asociación que lo celebró presencialmente, siguiendo todas las recomendaciones sanitarias, en la ciudad de Lorca.

Al año siguiente celebramos nuestra reunión anual en Cieza, con asistencia numerosa de compañeros, haciendo presente a uno de los hospitales periféricos, mas queridos, si bien con la falta de personal urológico. En esta reunión yo, puse de manifiesto al Director Gerente del S.M.S dicha realidad. Se nos prometió estudiar la situación.

En 2023 fue el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el encargado de organizar el XXVII Congreso, también con asistencia multitudinaria y un elevado nivel científico. Este año y dirigido por el Dr. Guzman Martinez-Valls, contamos con dos novedades importantes, la incorporación de las primeras intervenciones con el Da Vinci y la incorporación de la enfermería a nuestro congreso. En el año 2021 se hizo una primera experiencia en Lorca de incorporar a la enfermería urológica al nuestra reunión, aunque fue de una manera casi tangencial.

Este año corresponde al Hospital de Yecla la organización del mismo, si bien de una forma nueva, ya que dicho hospital se encuentra ayudado por el hospital Morales Meseguer, debido a la falta de profesionales que siguen existiendo en nuestros hospitales periféricos.

Como podemos ver no hay nada que nos impida que sigamos celebrando nuestra reunión anual, de una forma o de otra, saltando todas las dificultades que se nos presentan. Somos una gran asociación profesional.

Por ultimo deciros que este año se van a celebrar elecciones para la renovación de la actual junta directiva. Animar a todos los socios a que se renueve dicha junta, que se mantenga la ilusión y el buen hacer de nuestra asociación en beneficio propio y sobre todo de nuestros pacientes. Agradecer a los miembros de nuestra actual junta el tiempo y la dedicación dedicada en estos cuatro años, a todos los miembros su esfuerzo y trabajos, a los residentes sobre todo decirles que esta es su asociación, su casa en la región de Murcia y el pilar fundamental junto con sus hospitales respectivos.

Deseamos que este año, nuestra reunión supere a todas las anteriores, y disfrutemos todos de la misma.

Un fuerte abrazo y gracias por estos cuatro años de parte de toda la junta directiva A.M.U.

Ramón La Iglesia. Presidente de la A.M.U

Presentación Congreso AMU

Presentamos un año más la reunión anual de la Asociación Murciana de Urología en su XXIX edición intentando cumplir con el máximo rigor con los fines de la Asociación y con las expectativas de los urólogos que la componen.

Desde el punto de vista organizativo, para nosotros tiene un especial interés y motivación. Es el primer Congreso Regional que se organiza bajo el paraguas de la Unidad Funcional de Urología de las Áreas V y VI, creada oficialmente el 31 de mayo de 2019 mediante resolución conjunta de la Dirección General de Asistencia y la Dirección General de Recursos Humanos del SMS.

El modelo de integración funcional creado tuvo como motivación fundamental mejorar la calidad asistencial en centros de difícil cobertura y asegurar la equidad en áreas poblacionales claramente diferenciadas. Sin duda un elemento imprescindible para una actividad de calidad es el trabajo en equipo. Y son obvios los motivos que hacen que los servicios de hospitales más periféricos no puedan desarrollarlo: medios escasos, plantillas muy reducidas, elevado recambio profesional e imposibilidad para integrarse en equipos multidisciplinares son algunos de ellos; si a este hecho se une que los facultativos han de cambiar en ciertos casos su lugar de residencia por la distancia existente entre los centros periféricos a la capital, el problema puede parecer irresoluble. Estos hechos generan un círculo vicioso que hace que estas unidades sean muy poco atractivas para profesionales bien formados que buscan oportunidades laborales de mayor calidad.

El sistema Nacional de Salud (SNS), ha desarrollado algunos modelos basados en la integración asistencial global; fundamentalmente los complejos hospitalarios. Estos modelos permiten la unificación de criterios clínicos y organizativos bajo un mismo paraguas directivo funcional (protocolos clínicos o circuitos asistenciales), o contemplar la asistencia continuada (guardias) aprovechando los medios tecnológicos de imagen o laboratorio. Sin embargo, hasta la creación de la Unidad Funcional de Urología Áreas V y VI no existían antecedentes de modelos de integración de un servicio concreto entre áreas sanitarias diferentes en un modelo administrativo tan rígido como el actual. Una alternativa administrativamente viable y muy empleada es la reorganización de circuitos asistenciales según el modelo de "centro de referencia". Siendo una alternativa factible, es claramente subóptima dado que cubre las necesidades asistenciales más perentorias de la población, pero no aporta la equidad que los ciudadanos necesitan, aquella por la que trabajamos los profesionales comprometidos; tampoco aporta posibilidades de mejora a profesionales que no ven capacidad de desarrollarse y que actúan valientemente de modo voluntarista hasta que su capacidad de frustración se ve superada por la realidad.

El modelo de integración que se propuso en 2019 estaba basado en actuaciones sobre tres pilares fundamentales: política de recursos humanos, renovación tecnológica y reorganización de la actividad y circuitos asistenciales. Hay que mencionar y agradecer que el proyecto fue aceptado sin fisuras por parte de los equipos directivos de las dos áreas sanitarias, por parte de la administración sanitaria y puesto en práctica con gran ilusión por parte de los profesionales implicados. Es imprescindible, por justo, mencionar aquí el esfuerzo del Dr. Maroun Abi Mussa, de las Dras. Ángela Rivero, Isabel Barceló, Victoria Muñoz y del Dr. Daniel Jiménez, en orden de incorporación al proyecto. Ellos son los responsables, gracias a su esfuerzo personal y a su riguroso ejercicio profesional, de que esta iniciativa se haya convertido en la realidad actual.

Por el momento se han cumplido muchos de los objetivos que inicialmente nos propusimos:

- La población del área V tiene una asistencia sanitaria en el ámbito urológico equitativa con respecto al Área VI. El 90 % de la patología se atiende y resuelve en su centro de origen, desplazando al Hospital Morales Meseguer únicamente aquellos pacientes de elevada complejidad, procesos subsidiarios de cirugía robótica o pacientes que precisan apoyo de UCI.

- Se han establecido circuitos de comunicación y de asistencia estables para las urgencias urológicas.
- Se ha incorporado al arsenal terapéutico del área V la laparoscopia avanzada, la cirugía percutánea e intrarrenal retrógrada o el HoLEP entre otros.
- La aplicación de protocolos de trabajo comunes ha quedado afianzada (biopsias prostáticas, cistoscopias, diagnóstico y seguimiento de tumores vesicales superficiales, protocolos de estudio y tratamiento del cáncer de próstata, criterios de cirugía litiásica ...). Gracias a ello, algo tan complejo como el manejo de la urología oncológica está perfectamente resuelto sin desplazamientos de pacientes en la actualidad.
- Se ha estabilizado la plantilla de profesionales mediante un modelo duradero y productivo para facultativos.
- El Servicio de Urología del Hospital de Yecla ya es Unidad Docente desde hace 3 años.

Esperamos que todo este trabajo realizado se refleje de algún modo en la organización de nuestro Congreso Regional. Por nuestra parte hemos elaborado un programa riguroso y exigente, con participación de todos los grupos regionales y la aportación que hará un invitado de excepción, el Dr. Antonio Alcaraz. A cambio os pedimos vuestra asistencia, sin la cual la reunión pierde valor, vuestra ilusión, compartida con la nuestra, por mejorar la urología regional y vuestra crítica constructiva para que el próximo Congreso de la AMU sea mejor que este.

Un fuerte abrazo a todos de parte de las Áreas V y VI.



Murcia, 17 de enero de 2024

Dr. Tomás Fernández Aparicio



XXIX Congreso de la Asociación Murciana de Urología

VIERNES 9 DE FEBRERO 2024

Sede: Salón de Actos del Hospital General Universitario Morales Meseguer

SÁBADO 10 DE FEBRERO 2024

Sede: Anexo Hospital Virgen del Castillo (Yecla)

VIERNES, 9 DE FEBRERO DE 2024

Sede: Salón de Actos del Hospital General Universitario Morales Meseguer

- 15:30 h. Entrega de documentación.
- 15:50 h. Acto de Inauguración.
- 16:00 h. **MESA DE COMUNICACIONES ORALES 1.**
Moderadores:
Dr. Emilio Izquierdo Morejón.
Hospital General Universitario Morales Meseguer
Dra. Paula Samper Mateo.
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor
- 17:00 h. **MESA DE EXPOSICIÓN DE VIDEOS 1.**
Moderadores:
Dr. Gregorio Hita Villaplana.
Hospital General Universitario Morales Meseguer
Dr. Leandro Sala Lafuente.
Hospital General Universitario Santa Lucía
- 18:00 h. Pausa Café
- 18:30 h. **CONFERENCIA:**
ÚLTIMOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE DEL CÁNCER DE VEJIGA.
Presentador: Dr. Tomás Fernández Aparicio.
Hospital General Universitario Morales Meseguer
Ponente: Dr. Antonio Alcaraz Asencio.
Jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínic de Barcelona
Catedrático de Urología de la Universitat de Barcelona
- 19:30 h. **PANEL CIENTÍFICO 1:**
ACTUALIZACIÓN EN CÁNCER DE PRÓSTATA.
Moderador: Dr. Cristóbal Moreno Alarcón.
Hospital Clínic Universitario Virgen de la Arrixaca
Manejo actualizado del paciente M0 oligometastásico en PET.
Dr. Pedro Ángel López González.
Hospital Clínic Universitario Virgen de la Arrixaca
Manejo actualizado del paciente localmente avanzado (pT3b ó N1) no metastásico.
Dr. Vicente García Martínez.
Oncología Radioterápica - Hospital General Universitario Santa Lucía
Manejo actualizado del paciente con recidiva bioquímica tras tratamiento local con intención curativa (cirugía o radioterapia).
Dra. Victoria Muñoz Guillermo.
Hospital Virgen del Castillo - Hospital General Universitario Morales Meseguer

SÁBADO, 10 DE FEBRERO DE 2024

Sede: Anexo Hospital Virgen del Castillo (Yecla)

- 9:00 h. **MESA DE COMUNICACIONES ORALES 2.**
Moderadores:
Dra. Ángela Rivero Guerra.
Hospital General La Mancha Centro (Alcázar de San Juan - Ciudad Real)
Dr. Ignacio Velázquez Gomáriz.
Hospital Comarcal del Noroeste - Hospital
- 10:00 h. **MESA DE EXPOSICIÓN DE VIDEOS 2.**
Moderadores:
Dra. Isabel Barceló Bayonas.
Hospital General Universitario Morales Meseguer - Hospital Virgen del Castillo
Dr. Manuel José Segura Sánchez.
Hospital General Universitario Rafael Mendez
- 11:00 h. **CHARLA BREVE 1:**
XX ANIVERSARIO DE LA CREACIÓN DE LA PÁGINA WEB DE LA OFICINA DE HISTORIA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA (2004-2024).
Dr. Mariano Pérez Albacete.
Urólogo sénior. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
- 11:15 h. Pausa café.
Examen de Residentes.
- 11:30 h. **CHARLA BREVE 2:**
EXPOSICIÓN DE LA ACTIVIDAD CIENTÍFICA MIEMBROS AMU-2023.
Dr. Raúl Montoya Chinchilla.
Hospital General Universitario Morales Meseguer
- 12:00 h. **PANEL CIENTÍFICO 2:**
ENFERMEDAD LITIÁSICA COMPLEJA
Moderador: Dr. Bogdan Nicolae Pietricica.
Hospital General Universitario Morales Meseguer
Prevención de la Litiasis Renal tras episodio agudo.
Dr. Enrique Cao Avellaneda.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Litotricia extracorpórea en la Región de Murcia.
Dr. Carlos Carrillo George.
Hospital General Universitario Morales Meseguer
Casos clínicos de enfermedad litiásica:
Dra. Almudena Rodríguez Tardido.
Hospital General Universitario Santa Lucía
Dr. Mariano Rigabert Montiel.
Hospital La Vega Lorenzo Guirao
Dr. José Carlos Ruiz Morcillo.
Hospital General Universitario Rafael Mendez
Dr. Pedro Valdevira Nadal.
Hospital General Universitario Reina Sofía
- 13:30 h. Asamblea de la AMU.
- 14:30 h. Comida oficial de clausura y entrega de premios.

COMITÉ ORGANIZADOR

Servicio de Urología de la Unidad Funcional de las Áreas V y VI de la Región de Murcia.

Jefe de Servicio:

Dr. Tomás Fernández Aparicio.

Jefes de Sección:

Dr. Maroun Abi Moussa Abi Saad.

Dr. Gregorio Hita Villaplana.

Dr. Antonio Romero Hoyuela.

Facultativos Especialistas de Área:

Dra. Isabel Barceló Bayonas.

Dr. Carlos Carrillo George.

Dr. Francisco Cruces de Abia.

Dr. Emilio Izquierdo Morejón.

Dr. Fulgencio Meseguer Carpe.

Dr. Raúl Montoya Chinchilla.

Dra. Victoria Muñoz Guillermo.

Dr. Bogdan Nicolae Pietricica.

Dr. Antonio Rosino Sánchez.

Residentes:

Dr. William Barragán Flores.

Dr. José María Sandoval Martínez Abarca.

Dra. Claudia Cívico Sánchez.

Dra. Cristina Flores Hernández.

Dra. Marta Ipiens Sáez.

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Dr. Antonio Rosino Sánchez.

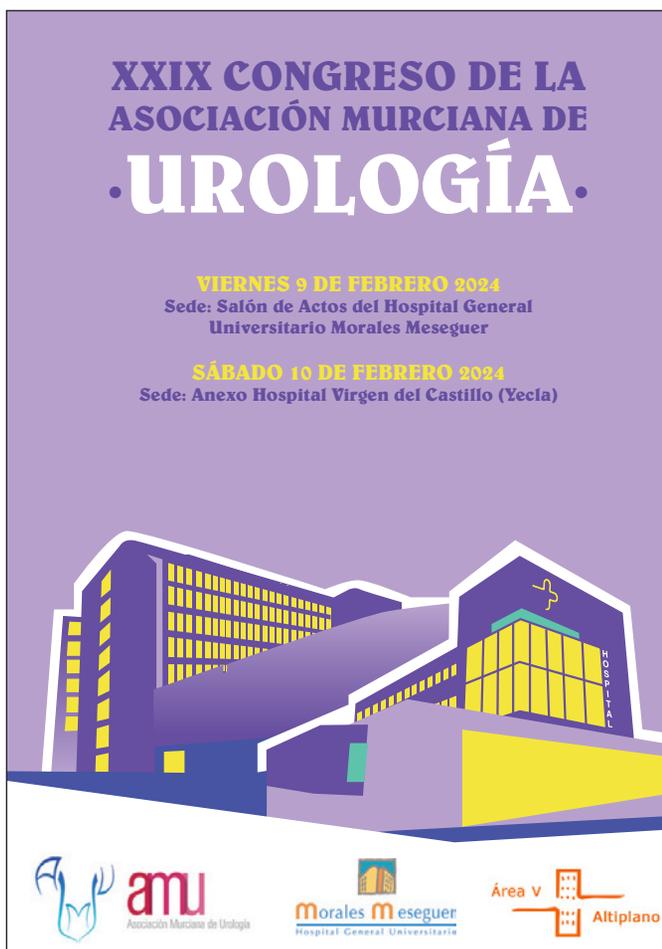
Vicepresidente: Dr. Raúl Montoya Chinchilla.

Vocal: Dr. Carlos Carrillo George.

Vocal: Dr. Francisco José Jiménez Penick.

Vocal: Dra. Rocío Martínez Muñoz.

Vocal: 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. COMPARACIÓN RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE ABIRATERONA Y ENZALUTAMIDA EN PACIENTES CPRCM EN PRIMERA Y SEGUNDA LÍNEA.

Barragán Flores W.A., Rosino A., Flores Hernández C., Cívico Sánchez C., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Ipienz M., Muñoz V., Barceló I., Carrillo C., Montoya R., Izquierdo E., Pietricica B., Cruces F., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Fernández Aparicio T.
Hospital G. U. Morales Meseguer, Servicio de Urología.

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

OBJETIVOS: Analizar resultados oncológicos de Abiraterona y Enzalutamida en pacientes CPRCm.

MATERIAL Y MÉTODOS: Trabajo retrospectivo observacional y analítico, se incluyeron pacientes CPRCm que han recibido Enzalutamida desde marzo 2015 hasta diciembre 2023 o Abiraterona desde enero 2012 hasta diciembre 2023. Se evaluó características basales de los pacientes y tiempo libre de progresión en pacientes CPRCm 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea, se excluyen pacientes que ha suspendido tratamiento por efectos adversos.

RESULTADOS: Se incluyeron en total 169 pacientes. 81 casos tratados con ENZ, 49 (68%) CPRC 1era línea, 26 (32%) CPRCm ≥ 2 línea y 88 tratados con ABI, 59 (67%) CPRCm 1era línea y 29 (33%) CPRCm ≥ 2 línea. Suspendieron el tratamiento por efecto adverso grado ≥ 3 : 9 pacientes con ABI y 8 pacientes con ENZ ($p=0,96$). Tanto en el grupo CPRC 1era línea y CPRCm ≥ 2 línea no se encontraron diferencias en PSA al inicio de tratamiento, metástasis viscerales, volumen metastásico, disminución del 50% PSA inicial y disminución del 25% PSA inicial.

En el grupo CPRCm 1era línea la tasa de progresión y tiempo a progresión fue comparable entre ABI y ENZ con 32 (60,37%) pacientes ABI y 29 (60,42%) pacientes ENZ ($p=0,99$) que progresan. La mediana de meses a progresión fue de 22 meses y 27 meses respectivamente (Log Rank, $p=0,51$). Los resultados en el grupo CPRCm ≥ 2 línea fue similar con 24 (92,30%) pacientes con ABI y 21 (84%) con pacientes ENZ que han progresado, siendo la mediana de progresión de 5 meses para ABI y 11 meses para ENZ (Log Rank, $p=0,16$)

CONCLUSIONES: En nuestra serie, los resultados oncológicos en pacientes CPRCm en primera y segunda línea son comparables entre Abiraterona y Enzalutamida.

C-1.2. RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE LOS DISTINTOS ARTA EN LOS PACIENTES CON CÁNCER PROSTÁTICO HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO EN NUESTRO CENTRO.

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

INTRODUCCIÓN: En los últimos años ha habido muchos avances con respecto al tratamiento del cáncer prostático metastásico. El objetivo principal de este estudio es comparar los resultados oncológicos entre los distintos ARTA en nuestro medio, analizando además la seguridad de cada uno de ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, analítico y retrospectivo sobre los pacientes con cáncer prostático hormonosensible metastásico en tratamiento con ARTA en el Hospital Morales Meseguer hasta diciembre de 2023. La variable principal fue la supervivencia libre de progresión. Se excluyeron aquellos pacientes que suspendieron el tratamiento por efectos adversos para dicho análisis.

RESULTADOS: Se incluyeron un total de 87 pacientes.

- 37,9%(33) en tratamiento con Abiraterona.
- 16,1%(14) en control Enzalutamida.
- 46%(40) tratados con Apalutamida.

El estudio de homogeneidad no detectó diferencias estadísticamente significativas entre variables como edad, metástasis óseas, viscerales, PSA inicial, PSA nadir, toxicidad general, toxicidad grado ≥ 3 , reducción del PSA

hasta el 50 y 25% entre las distintas moléculas. Si existieron diferencias en cuanto al volumen de enfermedad al inicio del tratamiento.

La mediana de supervivencia libre de progresión fue de 15 meses (IC95% 4,8-25,1) en el grupo de Abiraterona frente a 14 meses (IC95% 10,5-19,4) en el grupo de Apalutamida y 16 meses (IC95% 6,9-21) en el grupo de Enzalutamida, *siendo estas diferencias no significativas* (log rank p:0,09). Con respecto a los efectos secundarios 12,1%(4) de los pacientes tratados con Abiraterona presentaron toxicidad grado ≥ 3 vs 17,5%(7) en el grupo de Apalutamida y ninguno en el de Enzalutamida. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: No encontramos diferencias evolutivas entre los diferentes ARTA actualmente empleados en el tratamiento del CPHSm. Con respecto a la toxicidad tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

C-1.3. ESTUDIO DE RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y FUNCIONALES TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA EN NUESTRO CENTRO.

Vera Ballesteros, F.J. ; López González, P.A. ;López Abad, A.; Yago Giménez, P.; García-Rivas Carmona, F. ; Herrero Vidal, L.; Mellado Campoy, J.; Andrés Andrés, A.; Laredo Alonso, C.; Aznar Martínez, L.; Moreno Alarcón, C.; Cao Avellaneda, E.; López Cubillana, P.; Martínez Muñoz, R.; Fernández Garay, J.C.; Rull Hernández, J. ; Martínez Gómez, G. ; Rigabert Montiel, M. ; Tornero Ruiz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, Gerardo; Prieto González, Antonio; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luis
Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La prostatectomía radical (PR) es una de las opciones de tratamiento en el cáncer de próstata (CaP) localizado, existiendo distintos abordajes para su realización: cirugía abierta, laparoscópica y robótica (PRR). El objetivo principal de este trabajo es analizar los resultados oncológicos y funcionales en pacientes sometidos a PR robótica (PRR) en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de una cohorte retrospectiva de 126 pacientes sometidos a PRR en el HCUVA desde octubre de 2021 hasta la actualidad. Se realizó un análisis descriptivo y analítico mediante: chi-cuadrado, test t de Student y una regresión logística para el análisis multivariante.

RESULTADOS: La mediana de edad de los pacientes fue de 65 (36-77) años. La mediana de PSA fue de 7,03 (3,48-38) ng/ml, y se realizó una resonancia (RMNmp) previa a la cirugía en el 62% de los pacientes. ISUP en el 31,4% de las biopsias prostáticas y en el 35,5% de las piezas quirúrgicas. En el 20,7% de los casos existió extensión extraprostática (pT3), con márgenes positivos en el 69,4%, siendo un 42% de tipo focal. Se realizó preservación de bandeletas neurovasculares (PBN) de forma unilateral en el 6,5% y bilateral en el 34,7% de los casos. La estancia hospitalaria fue ≤ 3 días en el 76,2% de los casos y la tasa de persistencia/recidiva bioquímica tras la cirugía fue del 29,2%.

El estudio muestra una asociación entre la PBN y la disfunción eréctil disminuyendo de un 67,7% a un 40,5% en el caso de preservación bilateral, y entre la PBN y la incontinencia a los 6 meses, disminuyendo también de un 78,5% a un 51,4%, ambas con una $p < 0,05$. El porcentaje de persistencia/recidiva bioquímica también se asocia con el estadio tumoral, la infiltración linfovascular y el ISUP de la pieza quirúrgica, aumentando en este último caso hasta un 44,4% y un 75% cuando el grado ISUP es 4 y 5 respectivamente ($p < 0,05$).

El análisis multivariante, mostró el ISUP de la pieza quirúrgica como factor de riesgo de persistencia bioquímica, con una Odds Ratio (OR) de 1,69 (IC95%: 1,10-2,59). También se muestra la PBN como un factor reductor del riesgo de incontinencia urinaria a los 6 meses (OR: 0,564; IC95%: 0,370- 0,859) y de la disfunción eréctil (OR: 0,546; IC95%: 0,353-0,842).

CONCLUSIÓN: Los pacientes a los que se les realiza PBN presentan mejores resultados funcionales tras la cirugía. El grado ISUP de la pieza quirúrgica es el principal factor de riesgo de persistencia/recidiva bioquímica en nuestra población.

C-1.4. PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA FRENTE A LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS FUNCIONALES.

Moreno Sánchez, P.; García Porcel V.J.; Alcón Cerro, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Jiménez Penick, F.J.; García Escudero, D.; Sánchez Rodríguez, C.; Jiménez Parra, J.D.; Oñate Celdrán, J.; Molina Hernández, O.; Velázquez Gomariz, I.; Andreu García, A.; Morga Egea J.P.; Sempere Gutiérrez, A.; Valdelvira Nadal, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN: la prostatectomía radical (PR) es una de la cirugías urológicas más frecuentes. El abordaje puede ser robótico, laparoscópico o abierto. Los principales objetivos son el control, oncológico, la continencia y la potencia

sexual. Diversas fuentes de la literatura concluyen que el abordaje robótico tiene mejores resultados en continencia y potencia frente al laparoscópico.

OBJETIVOS: comparar nuestros resultados en continencia y potencia sexual entre pacientes intervenidos de prostatectomía radical mediante abordaje laparoscópico y robótico.

MATERIAL Y MÉTODOS: se incluyó a todos los pacientes intervenidos en nuestro centro de PR laparoscópica (PRL) entre 2019 y 2020, y robótica (PRR) entre octubre de 2022 y octubre de 2023. Se recogieron variables edad, PSA, márgenes, sangrado, tiempo de cirugía y de ingreso, complicaciones. También variables Gleason, ISUP, continencia y potencia previas y posteriores a la cirugía. Se realizó una comparación estadística de dichas variables entre ambos grupos.

RESULTADOS: Se incluyó a 156 pacientes que dividimos en 2 grupos: PRL (77) y PRR (79). No hubo diferencias en edad, continencia, potencia, PSA e ISUP previos entre ambos grupos.

La edad media fue 66 años en la PRR y 67 años en la PRL. El grupo de PRR perdió 2,1 puntos de hemoglobina de media frente a los 3,5 puntos del grupo de la PRL. Un 16,5% de la PRR presentó complicaciones frente a un 13% de la PRL. Un 64,6% y un 34,2% del grupo de la PRR logró continencia urinaria y potencia sexual tras la cirugía, frente al 42,67% y el 17,33% en la PRL.

Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables continencia (chi cuadrado $p=0,06$. OR=2,45 con IC 95%= 1.28-4,69), potencia (chi cuadrado $p=0,06$. OR=2,82 con IC 95%=1,33-6), sangrado (U de Man-Whitney, $p < 0,001$) y tiempo quirúrgico (t de student=-3,78 con $p<0,001$ e IC95%= -61 a -19,2).

No encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en la bajada de PSA postquirúrgico ($p=0,09$), el tiempo de ingreso ($p=0,45$), las complicaciones ($p=0,223$) ni los márgenes quirúrgicos libres ($p=0,37$)

CONCLUSIONES: de acuerdo con nuestro resultados, y en concordancia con gran parte de la literatura actual, el abordaje robótico se asocia a menores tasas de impotencia sexual e incontinencia urinaria respecto al laparoscópico, así como a menores tasas de sangrado y tiempo quirúrgico. Respecto a las complicaciones, márgenes quirúrgicos y resultado oncológico, los resultados son similares. No obstante, sería interesante realizar nuevos estudios para confirmar estos hallazgos

C-1.5. RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y PREDICTORES DE ENFERMEDAD N1 TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL.

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

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical y linfadenectomía pélvica puede mejorar la supervivencia libre de progresión en la enfermedad ganglionar y la necesidad de tratamientos sistémicos.

OBJETIVOS: Evaluar predictores de ganglios positivos y de recidiva bioquímica en pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR) con linfadenectomía pélvica (LND).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con al menos dos años de seguimiento e intervenidos de PR y LND entre enero de 2016 y diciembre de 2021. Se define PSA indetectable como PSA $<0.2\text{ng/ml}$ y significación estadística $p<0.05$. Se utilizó el nomograma Briganti de 2012.

RESULTADOS: Se identificaron 126 pacientes con una media de edad de 63 años (DE 7.08) y una media de seguimiento de 50 meses (DE 20.1). La media de PSA al diagnóstico: 10ng/ml (DE 7.56); la media de carga tumoral (n° cilindros afectados/ n° cilindros totales): 54% (DE 25), la media de puntuación Briganti fue de 13% (DE 13.6), el 45.2% presentó un tacto rectal sospechoso y el 20.6% presentó un Gleason >7 en la biopsia.

El 14% de los pacientes fueron N1. Estadio T: 37,5% T2; 44,4% T3a; 18,3% T3b. Márgenes quirúrgicos libres (MQL): 71,4%. La distribución de ISUP: 72.6% ISUP2-3 y 26.6% ISUP 4-5.

En el análisis multivariante los factores que se asocian a N1 son el PSA (OR=1.06; IC95%=1.01-1.13; $p=0.017$), la carga tumoral (OR=3.67; IC95%=0.843-16; $p=0.013$), el tacto rectal (OR=13.2; IC95%=1.39-124.94; $p=0.013$) y una puntuación Briganti $>5\%$ (OR=1.93; IC95%=0.074-11.56; $p=0.000$). Una carga tumoral $>64\%$ se asoció a un riesgo $>50\%$ de presentar N1. El 72% de los N1 tuvieron una carga tumoral $>64\%$. El 30% de los pacientes con tacto rectal sospechoso fueron N1. Los factores que predijeron la recidiva bioquímica fueron el estadio Gleason >7 (OR=2.07; IC95%=0.46-9.26; $p=0.018$); los márgenes positivos (OR=2.36; IC95%: 0.89-7.26; $p=0.038$) y la invasión

de vesículas seminales (OR=1.84; IC95%: 0.53-6.44; p=0.04). La supervivencia libre de recidiva bioquímica en los pacientes N1 fue de 62 meses.

CONCLUSIÓN: El PSA, la carga tumoral, tacto rectal y el nomograma Briganti son las variables más útiles a la hora de predecir N1. El Gleason, los márgenes negativos y la invasión de vesículas seminales son las herramientas que muestran utilidad en la recidiva bioquímica.

C-1.6. ANÁLISIS DE EFECTOS ADVERSOS DE LOS INHIBIDORES DE LA SEÑAL DEL RECEPTOR ANDROGÉNICO (ARSI) EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA.

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

INTRODUCCIÓN: Los ARSI son fármacos muy bien tolerados aunque no exentos de efectos adversos, algunos de ellos graves. Es conveniente saber la toxicidad en la población real habitual ya que puede ser diferente a la publicada en los ensayos clínicos.

OBJETIVO: Analizar los efectos adversos del tratamiento con Abiraterona, Enzalutamida, Darolutamida y Apalutamida en pacientes con cáncer de próstata.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y analítico de 277 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata que recibieron tratamiento con un ARSI desde marzo 2013 hasta septiembre 2023. Se analizan efectos secundarios reflejados en historia clínica, formulario de farmacia hospitalaria y listado normalizado de síntomas de la consulta de enfermería. Se evaluó incidencia de efectos adversos en estos pacientes, y su repercusión en el manejo clínico (ajuste de dosis y/o suspensión del fármaco).

RESULTADOS: Media de seguimiento de 22,8 meses. Se analizan 124 (44,8%) pacientes en tratamiento con Abiraterona, 99 (35,7%) con Enzalutamida, 44 (15,9%) con Apalutamida y 10 (3,6%) con Darolutamida. Los efectos adversos más frecuentes fueron hipertensión (16,7%) y astenia (14,1%). La hiperglucemia fue más frecuente en el grupo de pacientes tratados con Abiraterona (16,9%), siendo diabéticos previamente un 6,7% de éstos. En 5,07% del total de pacientes hay toxicidad grado 3 y en 8,3% toxicidad grado 4. Tanto Abiraterona como Enzalutamida presentan mayor toxicidad general (p=0.01) así como toxicidad grado 3 o superior (p= 0.6). En pacientes CPHSm se observa mayor tasa de toxicidad tanto general (p=0.3) como grado ≥ 3 (p=0.4) en el grupo de Abiraterona y Apalutamida. En el grupo CPRCm 1ª y 2ª línea no se encontraron tampoco diferencias estadísticamente significativas para ninguna de las toxicidades. La toxicidad general es similar en pacientes < y > 75 años , sin embargo, la toxicidad ≥ 3 es superior en el grupo de pacientes mayores de 75 años (p=0.13).

CONCLUSIONES: Los ARTA son en general fármacos bien tolerados, con tasas de suspensión de aproximadamente 8,3%. La mayoría de efectos adversos son grado 1-2 sin requerir modificación de dosis ni suspensión del fármaco.

C-1.7. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS CRITERIOS DE LA EAU Y EMBARK PARA LA RECURRENCIA BIOQUÍMICA DE ALTO RIESGO DESPUÉS DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL.

Server Gómez, Gerardo¹; López Abad, Alicia²; Guardiola Ruiz, Iris¹ ; Loyola Maturana, Juan Pablo³; de Pablos Rodríguez, Pedro³; Boronat Catalá, Juan³; Gómez-Ferrer, A³; Collado Serra, A³; Casanova Ramón Borja, Juan³; Ramírez Backhaus, Miquel³.

¹ Servicio de Urología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

² Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

³ Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

INTRODUCCIÓN: El estudio EMBARK mostró que la enzalutamida mejoró la supervivencia libre de metástasis (SLM) en pacientes con recidiva bioquímica de alto riesgo (RBAR) (PSA DT<9 meses y PSA>1ng/ml). Los criterios de la EAU para RBAR son menos restrictivos: PSA-DT<1 año y grado ISUP 4-5.

OBJETIVOS: ¿Tiene la enzalutamida el mismo rendimiento entre aquellos pacientes que tienen un RBAR según las directrices de la EAU pero que no cumplen los criterios de EMBARK?

MATERIALES Y MÉTODOS: Recopilamos datos de 2825 pacientes que se sometieron a prostatectomía radical sin terapia de privación androgénica neoadyuvante (TDA) y al menos 3 seguimientos de PSA hasta septiembre de 2023. Aquellos con recidiva bioquímica (RB) se dividieron en RB de alto y bajo riesgo según los criterios EMBARK y los criterios de la EAU. Se calcularon las curvas de Kaplan-Meier de MFS y CSS. Luego, los pacientes con RB se subclasificaron en dos grupos; RBAR según los criterios de EMBARK y EAU y, por otro lado, RBAR según los criterios de la EAU pero que no cumplieron los estrictos criterios de EMBARK. Se realizó un análisis descriptivo

de estos subgrupos, seguido de las curvas de Kaplan-Meier de SLM y supervivencia cáncer específica (SCE) y la prueba de log-rank.

RESULTADOS: Con un tiempo medio de seguimiento de 219 meses (2-436), 710 pacientes tuvieron RB. 180 y 530 se clasificaron como RB bajo y RBAR respectivamente según los criterios de la EAU con diferencias estadísticas en SLM ($p<0,001$) y SCE ($p<0,001$). 325 y 385 se clasificaron como RB bajo y RBAR respectivamente según los criterios de EMBARK, y también hubo diferencias estadísticas en términos de SLM ($p<0,001$) y SCE ($p<0,001$). Según los criterios de la EAU, 256 pacientes tenían RBAR, pero no pudieron ser clasificados como RBAR según los criterios de EMBARK. Fueron comparados con un segundo grupo de 274 pacientes que cumplían los criterios de alto riesgo de EMBARK. La SLM a los 100 meses fue del 88,1% en el primer grupo y del 66,9% en el segundo grupo, y la SCE fue del 100% y del 92,9%, respectivamente. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en SLM ($p<0,001$) y SCE ($p<0,001$) entre ambos grupos.

CONCLUSIÓN: Los pacientes con recurrencia bioquímica de alto riesgo según los criterios de la EAU pero que no cumplen los criterios de EMBARK desarrollan metástasis y mueren más tarde que los pacientes con los criterios de EMBARK. Este estudio no resuelve si sería posible extender la indicación de enzalutamida a todos los pacientes con recurrencia bioquímica de alto riesgo según los criterios de la EAU.

C-1.8. PROTOCOLO DE CRIBAJE DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN PACIENTES CON MUTACIONES DE ALTO RIESGO.

Rosino Sánchez, Antonio, Zafra Povés, Marta; Girela Baena, Enrique**, Barrgán flores, William, Sandoval Martínez-Abarca, José María, Cívico Sánchez, C; Flores, Cristina; Ipiens, Marta. Muñoz Guillermo, Victoria.; Barceló Bayonas Isabel.; Carrillo George, Carlos.; Pietricica, Bogdan N.; Izquierdo Morejón Emilia; Cruces, Francisco.; Romero Hoyuela, Antonio; Hita Villaplana, Gregorio; Fernández Aparicio, Tomás.*
*Servicio de Urología, *Oncología médica-Consejo Genético y **Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Morales Mesguer.*

INTRODUCCIÓN: Los pacientes portadores de mutaciones en la vía de reparación del daño en el ADN (DDR) tienen un mayor riesgo de presentar cánceres de próstata (CaP) agresivos a edades más jóvenes. Esta población precisa protocolos específicos de cribaje.

OBJETIVO: Elaborar y exponer un protocolo de cribaje en CaP en pacientes con mutaciones de alto riesgo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión la literatura sobre la historia natural de los pacientes con estas mutaciones y los resultados de los protocolos de cribaje publicados.

RESULTADOS: Las mutaciones mejor estudiadas son las BRCA1/2 y las MMR. Estas mutaciones se asocian a aumento de incidencia, CaP a edades más jóvenes, mayor frecuencia de neoplasias ISUP \geq 4, estadios más avanzados al diagnóstico y una menor supervivencia cáncer específica. DE la literatura se extraen las siguientes conclusiones: el cribaje dirigido es útil y debe comenzarse precozmente. El valor de PSA y su cinética son subóptimas en estos pacientes; el cribaje se debe basar en resonancias multiparamétricas (RMmp) periódicas. La mutación BRCA2 es la que mayor riesgo presenta de neoplasias indiferenciadas. La presencia de antecedentes familiares de CaP es un factor de riesgo.

En el protocolo se han definido tres grupos. Riesgo moderado: mutaciones BRCA1 y MMR. Riesgo alto: mutaciones BRCA2 o mutaciones BRCA1 y/o MMR con antecedentes familiares de CaP. Riesgo muy alto: Mutaciones BRCA2 con antecedentes familiares de CaP.

El cribaje se comienza con 40 años o 10 años antes del caso más joven en la familia. Como estudio basal se realizará tacto rectal, PSA y RMmp. Posteriormente PSA y tacto rectal anual y RMmp cada 3 años en riesgo intermedio, cada 2 años en riesgo alto y anual en riesgo muy alto. Se realizará biopsia de próstata ante un área PIRADS \geq 3 en la RMmp o por sospecha de neoplasia según el tacto rectal y/o el PSA.

CONCLUSIONES: Los pacientes portadores de mutaciones en BRCA1/2 y MMR presentan un riesgo elevado de presentar neoplasias de próstata indiferenciadas. Al igual que para otras neoplasias precisan protocolos específicos de cribaje de cáncer prostático que deberán incluir RMmp de próstata pautada independientemente de los valores de PSA.

Comunicaciones. Vídeos 1.

V-1.1. EXÉRESIS DE QUISTE MESOTELIAL DERECHO POR VÍA LAPAROSCÓPICA.

Valor Pérez, M.; Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; García García, O.; Marín Martínez, FM.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.; Cachay Ayala, M.; García Espona, C.; Hita Rosino, E.; Pardo Martínez, A.; Ragab, T.; Rodríguez Tardido, A.; Sala Lafuente, L.; Zubenko, O.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN: Los quistes mesoteliales retroperitoneales son lesiones benignas derivadas del mesotelio, raramente encontradas en el espacio retroperitoneal. A menudo asintomáticos, se descubren incidentalmente mediante estudios de imagen. En casos sintomáticos como el que se presenta, la exéresis laparoscópica puede ser considerada, ofreciendo una alternativa efectiva y de bajo riesgo.

OBJETIVO: Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la exéresis de un quiste mesotelial derecho por vía laparoscópica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 50 años con antecedente de trombocitemia esencial en seguimiento por Hematología, es remitido a consultas por hallazgo ecográfico de probable quiste renal derecho de 12 cm. Dado que el paciente refiere clínica de dolor lumbar derecho de años de evolución, se decide realizar TAC de abdomen simple. Este tiene como resultado un quiste retroperitoneal derecho de 11 cm, que por sus características podría corresponder a un quiste mesotelial. Se propone al paciente cirugía de la lesión quística mediante abordaje laparoscópico, que acepta.

La intervención se realiza en posición de decúbito lateral izquierdo. Colocación de cuatro trócares laparoscópicos. Decolación derecha. Disección de gran quiste retroperitoneal de 12 cm. Disección y visualización de uréter derecho, que se respeta. Embolsado de la pieza. Incisión de McBurney de 5 cm para extracción de la pieza. Apertura de quiste y toma de muestra de líquido previo a su extracción. Hemostasia adecuada. Colocación de drenaje tipo Blake a partir de orificio de trocar de fosa iliaca derecha. Cierre por planos.

El paciente no presentó complicaciones postoperatorias y fue dado de alta a los 4 días. El análisis anatomopatológico informó que se trataba de un quiste mesotelial benigno y la citología de líquido quístico fue negativa. Actualmente está pendiente de ecografía de control.

CONCLUSIONES: La exéresis laparoscópica emerge como una opción segura y eficaz para los quistes mesoteliales retroperitoneales, brindando una gestión exitosa con bajo riesgo de recurrencia y una recuperación favorable.

V-1.2. LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT POSTQUIMIOTERAPIA EN TUMOR TESTICULAR GERMINAL.

Barragán Flores W.A., Hita Villaplana G., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Cívico Sánchez C., Flores Hernández C., Ipienz M., Muñoz V., Barceló I., Carrillo C., Montoya R., Izquierdo E., Pietricica B., Rosino A., Cruces F., Romero Hoyuela A., Fernández Aparicio T.
Hospital Morales Meseguer, Servicio de Urología.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En pacientes con tumores testiculares no seminomatosos estadio IIc y III está establecida la realización de una linfadenectomía retroperitoneal de masas residuales tras quimioterapia. Esta técnica se ha realizado clásicamente con cirugía abierta con la desventaja de una importante morbilidad. Una alternativa es la cirugía laparoscópica asistida por robot la cual tiene mucha menor morbilidad y proporciona al cirujano mejor visualización del campo quirúrgico, mayor libertad de movimiento del instrumental y mejor ergonomía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 32 años diagnosticado de neoplasia testicular derecha Estadio IIIA (Carcinoma embrionario 90-95%, seminoma 5-10%). El TAC de extensión inicial presenta un nódulo pulmonar y ganglios retroperitoneales; por lo que, recibe quimioterapia adyuvante con esquema BEP. En TAC de control presenta desaparición del nódulo pulmonar y disminución de los conglomerados adenopáticos: interaortocavo infrarrenal, anteromedial vena cava, latero aórtico izquierdo.

Los trócares se colocan en línea horizontal por debajo del ombligo, con un trocar para el ayudante (AirSeal) entre el primer y segundo trocar, y otro trocar para el ayudante en línea media infraumbilical. El paciente se coloca en Trendelenburg a 30°. Iniciamos con la disección del peritoneo en el ángulo cecal. Identificaremos inicialmente el uréter y la arteria ilíaca común derecha. Para exponer el campo se suspende el peritoneo a la pared abdominal con un punto de monofilamento. Iniciamos la linfadenectomía del lado derecho con el paquete laterocavo. Continuamos

con el paquete paracavo y paraaórtico, durante la disección se identifica la arteria mesentérica inferior, la vena gonadal derecha y una arteria polar renal derecha. La disección se continúa craneal hacia las arterias renales. A continuación, se realiza linfadenectomía interaortocava y finalizamos con el paquete latero aórtico. El paciente es alta al quinto día postoperatorio con drenaje. El drenaje se retira a los siete días en consulta externa. No hay signos anatomopatológicos de malignidad en la pieza.

CONCLUSIÓN: La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica asistida por robot en pacientes con tumor testicular no seminoma postquimioterapia, es una opción mínimamente invasiva con ventajas en la morbilidad del paciente en comparación con la cirugía abierta.

V-1.3. SUPRARRENALECTOMÍA POR MIELOLIPOMA PREVIAMENTE EMBOLIZADO.

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

INTRODUCCIÓN: El mielolipoma suprarrenal es tumor benigno compuesto por tejido adiposo y mieloides. Generalmente son de un tamaño menor a 4 centímetros, son no funcionantes y su diagnóstico suele ser incidental. El tratamiento quirúrgico está indicado en masas sintomáticas, mayores de 6 centímetros o con un crecimiento rápido. Presentamos una suprarrenalectomía izquierda por mielolipoma de 87x92 milímetros.

MATERIAL Y MÉTODOS: Paciente varón de 54 años que acudió a Urgencias en junio de 2022 por dolor intenso en fosa renal izquierda asociado a cortejo vegetativo. Se realiza TC abdominopélvico con contraste en el que se objetiva hematoma retroperitoneal extenso con origen en un mielolipoma suprarrenal izquierdo, con signos de sangrado activo de la arteria suprarrenal. Dado los hallazgos se decide embolización urgente. Tras realizar pruebas de funcionalidad, siendo estas negativas, y resolverse el hematoma retroperitoneal, se decide suprarrenalectomía laparoscópica por abordaje transperitoneal. En primer lugar se realiza decolación izquierda a través de la línea de Told y liberación de adherencias de epiplón. Se identifica vena renal izquierda y vena suprarrenal. Identificación de la masa adrenal. Disección de la vena suprarrenal y sección de la misma. Posteriormente se realiza la liberación y exéresis de mielolipoma, así como clipaje y sección de múltiples venas accesorias.

RESULTADOS: La cirugía tuvo una duración de 180 minutos y el paciente evolucionó de manera satisfactoria durante el postoperatorio inmediato. Se retiró el drenaje y el paciente fue dado de alta a las 72 horas de la intervención. El análisis anatomopatológico de la pieza confirmó el diagnóstico de mielolipoma. El paciente no ha presentado complicaciones en el postoperatorio.

CONCLUSIONES: Los mielolipomas suprarrenales son tumores raros en la práctica clínica diaria y la cirugía mínimamente invasiva ha demostrado ser una opción válida y resolutive incluso en masas de gran tamaño.

V-1.4. SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA POR METÁSTASIS DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS.

*Valor Pérez, M.; Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; García García, O.; Marín Martínez, FM.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Bobadilla Romero, E.; Cachay Ayala, M.; García Espona, C.; Hita Rosino, E.; Pardo Martínez, A.; Ragab, T.; Rodríguez Tardido, A.; Sala Lafuente, L.; Zubenko, O.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.*

INTRODUCCIÓN: La suprarrenalectomía laparoscópica ha emergido como una técnica mínimamente invasiva y eficaz en el manejo de lesiones suprarrenales, al tener menor tendencia a lesiones iatrogénicas, así como mejores tasas de recuperación y menor dolor postoperatorio.

OBJETIVO: Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la suprarrenalectomía izquierda laparoscópica transperitoneal para tratar la recurrencia suprarrenal tras una cirugía renal contralateral.

Descripción del caso: Varón de 57 años con antecedente de realización de nefrectomía radical derecha laparoscópica por masa de 4 cm en polo inferior (carcinoma renal de células claras) en marzo de 2020. Durante el seguimiento, 3 años más tarde, se objetiva en TAC de control la aparición de nódulo suprarrenal izquierdo de 3 cm, que no cumple criterios de adenoma. El caso es presentado en comité de tumores urológicos y se decide realización de biopsia de la lesión por parte de Radiología Intervencionista. La biopsia confirma que se trata de una infiltración por neoplasia compatible con origen renal. Se propone al paciente cirugía de la lesión suprarrenal mediante abordaje laparoscópico, que acepta.

La intervención se realiza en posición de decúbito lateral derecho. Colocación de cuatro trócares laparoscópicos. Decolación izquierda y movilización del bazo. Sección de ligamentos esplenofrénico y esplenorenal. Acceso

a zona del pedículo renal izquierdo. Apreciación de masa suprarrenal de unos 4 cm. Disección de la vena suprarrenal inferior y media. Colocación de hem-o-locks y sección de ambas venas. Disección de la masa con pinza bipolar y LigaSure. Extracción de pieza por trócar óptico. Hemostasia adecuada. Colocación de agente hemostático en lecho. Colocación de drenaje tipo Blake a partir de orificio de trócar de fosa iliaca izquierda. Cierre por planos.

El paciente no presentó complicaciones postoperatorias y fue dado de alta a los 3 días. El análisis anatomopatológico informó que se trataba de una metástasis de un carcinoma renal de células claras. Actualmente está en tratamiento adyuvante con pembrolizumab en su 9º ciclo.

CONCLUSIONES: La suprarrenalectomía laparoscópica demuestra ser una alternativa efectiva y segura en el tratamiento del manejo de la recidiva local suprarrenal, incluso tras cirugías previas.

V-1.5. NEFRECTOMÍA TOTAL ROBÓTICA DE RIÑÓN PÉLVICO DERECHO.

Guardiola Ruiz, I.; Server Gómez, G.; Valor Pérez, M.; García García, O.; Sala Lafuente, L.G.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Zubenko Stepanova, O.; Rodríguez Tardido, A.; Pardo Martínez, A.; Marín Martínez, F.; García Espona, C.; Cachay Ayala, M.; Hita Rosino, E.; Ragab, T.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena

INTRODUCCIÓN: La ectopia renal es una anomalía congénita en la que el riñón se puede localizar en posición pélvica, ilíaca, abdominal, torácica o cruzada. Puede asociarse a otras anomalías genitales, reflujo vesico-ureteral o vascularización anómala. La mayoría se comporta de manera asintomática, aunque puede dar clínica como dolor abdominal, hematuria o infecciones urinarias.

OBJETIVO. Describir la técnica quirúrgica de la nefrectomía total en un paciente con riñón pélvico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se trata de un varón de 55 años remitido a las consultas de Urología para estudio de microhematuria. En la analítica presentó una creatinina de 1.12 mg/dl. Se realizó un TC, que informó de riñón ectópico de localización pélvica, atrófico, con hidronefrosis grado III-IV y múltiples litiasis. Se solicitó renograma, que reveló una función diferencial del riñón derecho del 25%. En el momento del diagnóstico, el paciente se encontraba asintomático, por lo que se decidió actitud conservadora. Durante el seguimiento de 10 años, no se observaron cambios significativos en las pruebas de imagen. Sin embargo, en el último año, el paciente presenta clínica constante, con dolor suprapúbico y hematuria relacionada con el esfuerzo, por lo que se indica nefrectomía total derecha. Se solicita nuevo TC con reconstrucción de imagen tridimensional para la planificación de la cirugía.

Técnica quirúrgica: La intervención se realiza con asistencia robótica, en posición supina y Trendelenburg. Se colocan cuatro trócares robóticos en fosa ilíaca izquierda, pararectal izquierdo, supraumbilical y pararectal derecho, y dos trócares para el ayudante de 12 mm en fosa ilíaca derecha y de 5mm supraumbilical derecho. En cuanto a la vascularización, se identifican tres troncos principales: uno dependiente de la bifurcación aórtica, otro dependiente de los vasos ilíacos internos derechos y otro dependiente de los vasos ilíacos comunes izquierdos (previamente visualizadas en el TC). El uréter se localiza en posición anterior. Se libera la superficie renal de forma cuidadosa debido a la vascularización anómala que presenta el riñón pélvico, y se finaliza la nefrectomía total sin incidencias.

RESULTADOS: El paciente presentó un hematoma de pared abdominal como complicación postoperatoria, que se manejó de manera conservadora. A los 9 meses, se mantiene asintomático con niveles de creatinina alrededor de 1.3 mg/dl.

CONCLUSIONES: La planificación prequirúrgica, con herramientas como por ejemplo el TC con reconstrucción tridimensional, es una medida fundamental para facilitar el abordaje de la vascularización anómala del riñón ectópico pélvico.

V-1.6. NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA LAPAROSCÓPICA DE TUMOR RENAL HILIAR CON ABORDAJE QUIRÚRGICO COMPLEJO.

Guardiola Ruiz, I. (1); Bello, T. (2); Fromkin, J. (2); Wolff, A. (2); Server Gómez, G. (1). Touijer, K. (2)
(1) Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.
(2) Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York (USA)

INTRODUCCIÓN: El carcinoma renal supone el 3% de todos los cánceres a nivel mundial. El tratamiento de elección de los tumores de pequeño tamaño (estadio T1) es la nefrectomía parcial. Sin embargo, algunas localizaciones, como los tumores que se encuentran en el hilio renal, pueden suponer un reto debido a su

proximidad con el pedículo renal, y requieren de una amplia experiencia quirúrgica para poder llevarlo a cabo una cirugía conservadora de nefronas.

OBJETIVO: Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la nefrectomía parcial derecha en un paciente con tumor renal hilar de abordaje quirúrgico complejo.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 58 años con antecedentes de carcinoma próstata de riesgo intermedio, tratado con prostatectomía radical en otro centro, actualmente libre de enfermedad. Es remitido a nuestro hospital tras hallazgo incidental de un nódulo renal de 2.5 cm, sospechoso de malignidad, localizado en el hilio renal derecho. En el TC se observa que dicha lesión se encuentra de forma completamente intrarrenal y en íntimo contacto con el pedículo renal.

Técnica quirúrgica: La intervención se realiza por vía laparoscópica, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se introducen dos trócares de 5 mm en línea pararectal para el cirujano, un trocar de 12mm supraumbilical para la cámara, un trocar de 12 mm paraumbilical para el ayudante y un trocar de 5mm subxifoideo para el separador del hígado. Se realiza disección cuidadosa del pedículo renal, y se identifican una arteria renal principal y dos arterias polares inferior y superior. Se localiza el tumor mediante sonda de ecografía laparoscópica. Se emplean pinzas vasculares tipo bulldog para clampar las tres arterias descritas. Se lleva a cabo la exéresis del tumor hilar con delicadeza por la proximidad de los vasos renales, colocando clips en las pequeñas ramas nutricias del tumor. Se realiza la renorrafia con sutura barbada continua y se coloca drenaje en lecho quirúrgico.

Tiempo quirúrgico total: 2.5 horas. *Tiempo de isquemia:* 26 minutos.

RESULTADOS: El análisis anatomopatológico informó de carcinoma renal papilar grado 1, pT1a, márgenes negativos, sin invasión linfo-vascular, con necrosis tumoral presente.

El paciente no presentó complicaciones postoperatorias. A los 6 meses, mantiene función renal conservada (creatinina 0.8 mg/dl) y no se observan signos de recidiva en las pruebas de imagen.

Conclusiones: La nefrectomía parcial es la técnica de elección en tumores de pequeño tamaño, aunque aquellos de localización hilar presentan una mayor complejidad quirúrgica.

V-1.7. LINFADENECTOMÍA INGUINAL BILATERAL ASISTIDA POR ROBOT (RAIL) CON PRESERVACIÓN SUPRASELECTIVA DE VENA SAFENA.

Barragán Flores W.A., Rosino A., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Cívico Sánchez C., Flores Hernández C., Ipienz M., Muñoz V., Barceló I., Carrillo C., Montoya R., Izquierdo E., Pietrónica B., Cruces F., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Fernández Aparicio T.

Hospital G. U. Morales Meseguer, Servicio de Urología.

INTRODUCCIÓN: La linfadenectomía inguinal es parte del tratamiento multimodal en pacientes con tumores de uretra con ganglios inguinales clínicos. Esta cirugía clásicamente realizada con técnica abierta presenta una gran morbilidad; es por eso, que se ha desarrollado la técnica laparoscópica asistida por robot (RAIL) siendo una técnica mínimamente invasiva que además confiere ventajas para el cirujano al momento de realizar la cirugía.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años diagnosticada de neoplasia vesical infiltrante hace 3 años por lo que recibe quimioterapia neoadyuvante + Cistectomía Radical + derivación urinaria (AP: ypT1ypN1). En seguimiento presenta recaída ganglionar inguinal bilateral y masa en uretra y cúpula vaginal, con biopsia de ganglio inguinal positivo para metástasis de carcinoma urotelial. Inicia quimioterapia y tras respuesta parcial se decide cirugía local y posterior linfadenectomía inguinal bilateral.

Delimitamos el triángulo de Scarpa en ambos muslos. Se colocan tres trócares robóticos y un trocar AirSeal para el ayudante en cada muslo. Iniciamos con la creación del espacio quirúrgico inguinal izquierdo hasta identificar la arteria femoral e iniciamos la liberación proximal del paquete ganglionar profundo hasta identificar el cayado de la v. safena. Se preserva la mayor cantidad de ramas accesorias de la vena safena y se procede a la liberación del paquete ganglionar de la misma. Continuamos con la liberación del paquete ganglionar superficial identificando la fascia de Camper y el ligamento inguinal como límites superior y craneal. Se deja drenaje en el lecho. Se repite el procedimiento en el lado derecho. Paciente es dada de alta a las 24 horas, se retira el drenaje a los 15 días en CEX. En total se obtienen 25 ganglios siendo positivo solo uno de ellos.

CONCLUSIONES: La linfadenectomía inguinal asistida por Robot (RAIL) es un abordaje mínimamente invasivo en el tratamiento de ganglios inguinales en tumores de uretra. Dada la mejor ergonomía y movimiento de pinzas para el cirujano facilita la disección ganglionar y la preservación de la v. safena y sus ramas.

V-1.8. CISTECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON DERIVACIÓN URINARIA ORTOTÓPICA SEGÚN TÉCNICA DE STUDER.

Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Hita Villaplana, G.; Pietricica, B.N.; Barragán Flores, W.A.; Cívico Sánchez, C.; Flores Hernández, C.; Ipiens, Marta.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas,.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, Raúl.; A.; Rosino Sánchez, A.; Izquierdo Morejón, E.; Meseguer Carpe, F.; Cruces de Abia, F; Romero Hoyuela, A; Fernández Aparicio, T.

Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: El tratamiento con intención curativa de los pacientes con tumores músculo-infiltrantes de vejiga, clínicamente localizados, es la cistectomía radical con derivación urinaria. En este video presentamos a un paciente tratado con esta técnica mediante abordaje robótico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 66 años con antecedentes de HTA y exfumador. Diagnosticado en junio de 2023 de neoplasia vesical tras estudio de hematuria macroscópica. Se realiza RTUv en julio de 2023 con AP de T2, sin afectación tumoral de uretra prostática. TC posterior sin datos de extensión a distancia. Se realiza neoadyuvancia con 4 ciclos de Cisplatino-Gemcitabina iniciando tratamiento en septiembre de 2023 y posteriormente se realiza cistectomía radical en noviembre de 2023.

Se realiza colocación de trocares según técnica habitual robótica, disección y clipaje de ambos uréteres, se inicia apertura en fondo de saco de Douglas y ligadura de arteria vesical superior. Se realiza disección del pedículo en punta de vesícula seminal para ayudar a la preservación de los haces neurovasculares. Se concluye cistoprostatectomía realizando hemostasia de plexo dorsal con sutura intracorpórea.

Se realiza linfadenectomía iliobuturatriz ampliada. Se inicia sustitución vesical con sutura de refuerzo entre punto posterior del ileón cercano al meso y apoyo posterior de la uretra. Posteriormente se realiza anastomosis uretroneovesical intracorpórea. Anastomosis ileal laterolateral mecánica. Se apertura del asa ileal y se realiza sutura para realización de neovejiga tipo Studer con uréteres de implante directo y catéteres por contraincisión de forma extracorpórea. Revisamos hemostasia, se deja drenaje Jackson-Pratt en lecho.

El paciente curso el postoperatorio sin complicaciones, retirándose drenaje al quinto día y siendo alta al octavo día. Se retira sonda vesical a las 2 semanas comprobándose ausencia de residuo en ecografía. AP: pT1N0Mx.

V-1.9. TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT.

(1). García Porcel, V.J.; Alcón Cerro, P.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; García Escudero, D.; Oñate Celdrán, J.; Jiménez Penick, J.F.; Molina Hernández, O.; Sánchez Rodríguez, C.; Jiménez Parra J.D.; Andreu García, A.; Velázquez Gomáriz, I.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.; Barragán Gamero, M.; Valdelvira Nadal, P. (2). Reina Alcaina, L.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia (1).

Hospital General Universitario Rafael Mendez, Lorca (2).

INTRODUCCIÓN: La retroperitoneoscopia robótica combina las ventajas de la vía retroperitoneal (p. ej: acceso directo al hilio renal y valva posterior, reducción del riesgo del íleo o lesión de víscera abdominal, etc.) con la tecnología robótica (visión 3D, precisión y grados de libertad en los movimientos, etc.).

Este enfoque puede ser útil en tumores renales de localización posterior y/o en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal.

OBJETIVO: Mostrar el paso a paso de un caso de tumorectomía renal retroperitoneoscópica asistida por robot.

DESCRIPCIÓN DEL CASO (VÍDEO): Presentamos el caso de una mujer de 58 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. En estudio por síndrome constitucional es diagnosticada de tumor renal derecho de aproximadamente 3 cm en tercio medio de valva posterior. Dadas las características y localización de la lesión se decide realizar una tumorectomía renal derecha vía retroperitoneoscópica asistida por robot.

La paciente es intervenida mediante abordaje retroperitoneoscópico y asistencia con robot Da Vinci. Acceso en triángulo lumbar superior para trocar balón y creación de espacio con dilatación. Empleo de 4 trocares robótico en línea subcostal derecha + trocar accesorio de 12mm. Tumorectomía renal derecha con clampaje arterial sin incidencias. Postoperatorio favorable, retirada de drenaje a las 48 horas y alta a domicilio a las 72 horas.

CONCLUSIONES: La retroperitoneoscopia es un abordaje adecuado para la cirugía conservadora de nefronas en tumores de valva posterior y en pacientes con acceso transperitoneal limitado. A su vez, las ventajas que ofrece la asistencia robótica permiten reducir parte de las limitaciones de esta técnica.

Comunicaciones. Mesa 2.

C-2.1. CISTECTOMÍA RADICAL ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA: COMPARACIÓN DE COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Sánchez Almería, L.; García Porcel, V.J.; Alcón Cerro, P.; Moreno Sánchez, P; López García G.; 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.; Velázquez Gomariz I.; Valdelvira Nadal, P.; Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: Las técnicas de cistectomía radical mínimamente invasivas para el tratamiento del cáncer de vejiga músculo invasivo se han convertido en una alternativa atractiva a la cistectomía radical abierta (CRA) por los beneficios de un abordaje menos invasivo con reducción de complicaciones postoperatorias, consiguiendo una eficacia oncológica similar a la cirugía abierta.

OBJETIVO: Exponer y comparar complicaciones postoperatorias de las cistectomías radicales con derivación urinaria ileal tipo Bricker mediante abordaje abierto frente al abordaje laparoscópico (CRL) y en dos tiempos (cistectomía laparoscópica y Bricker abierto).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los 59 pacientes intervenidos entre enero 2019 y octubre 2023 de cistectomía radical y derivación tipo Bricker por vía abierta, laparoscópica y en dos tiempos en Hospital Reina Sofía, Murcia.

Para el análisis de variables cualitativas se ha utilizado el test Chi cuadrado y para las variables cuantitativas el test Anova.

RESULTADOS: La edad media fue 68,6 \pm 7 años (CRA 69.6 vs CRL 67,4 vs dos tiempos 69,3, $p=0.5$) siendo la proporción de hombres a mujeres 8:1.

La duración de la cirugía fue menor en CRA (310 minutos abierta vs 410 laparoscópica vs 340 dos tiempos, $p<0.01$).

En el postoperatorio precisaron transfusión sanguínea el 42% (50% CRA vs 26.9% CRL, $p=0.07$) y el 11.8% presentaron infección de herida quirúrgica (16,7% CRA vs 7,7% CRL vs 11,1% dos tiempos, $p=0.06$). El 8,5% de pacientes presentó como evento adverso evisceración o eventración (12,5% CRA vs 3,8% CRL, $p=0.5$). Se produjo íleo paralítico en el 28.8% (33,3% CRA vs 26,9% CRL vs 22,2% dos tiempos, $p=0,07$).

La tasa de reintervención fue menor en la CRL ($p<0.01$), al igual que la estancia hospitalaria ($p<0.01$).

No se encontraron diferencias entre los grupos cuando se analizó la anemización ($p=0.81$) y deterioro de función renal ($p=0.83$) tras cirugía.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia el tiempo quirúrgico es menor en CRA, mientras que el riesgo de reintervención y el tiempo de ingreso es menor en el abordaje laparoscópico.

La tasa de transfusión, íleo paralítico, evisceración e infección de herida se ve disminuida en el abordaje laparoscópico respecto al abordaje abierto y en dos tiempos, aunque sin alcanzar significación estadística.

C-2.2. PRESERVACIÓN VESICAL PACIENTES CON TUMOR VESICAL MÚSCULO INFILTRANTE.

Autores: Mellado Campoy, Javier; López Cubillana, P; López Abad, A; Yago Giménez, P; García-Rivas Carmona, F; Herrero Vidal, L; Vera Ballesteros, F J; Andrés Andrés, A; Laredo Alonso, C; Aznar Martínez, L; Rull Hernández, J; Martínez Muñoz, R; Fernández Garay, J C; Martínez Gómez, Gloria; Moreno Alarcón, C; Torneo Ruiz, J; Escudero Bregante, J F; López González, P A; Cao Avellaneda, E; Nicolás Torralba, J A; Rigabert Montiel, M; Ros Martínez, S; López Soler, F; Franco Reverte, J M; Ferri Níguez, B; Fernández Ávila, J J; Salem Laroussi, M; Server Pastor, G; Prieto González, A; Guzmán Martínez-Valls, P. L . Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: El cáncer vesical es la cuarta neoplasia más frecuente en hombres en España, por detrás del cáncer de pulmón, próstata y colon, siendo menos frecuente en mujeres, en quienes representa la undécima causa de cáncer en España. Si tenemos en cuenta ambos sexos, representa conjuntamente la décima causa de cáncer en España. En el momento del diagnóstico, tan solo el 25% se diagnostican en estadios que infiltran o sobrepasan la muscular (T2, en adelante). La cistectomía radical (CR) supone el tratamiento estándar en estos pacientes en los que el tumor invade la capa muscular. Esta intervención viene acompañada, en aproximadamente un 25% de las

ocasiones, de complicaciones tanto tempranas, como la infección urinaria, el íleo paralítico, o la fuga intraabdominal, como tardías, destacando incontinencia urinaria, acidosis metabólica, déficits nutricionales o infecciones que pueden llegar a ser un compromiso vital. Se estima una mortalidad del 4% en los primeros 30 días.

JUSTIFICACIÓN: La oncología moderna se dirige cada vez más determinada hacia la conservación de los órganos afectados, maximizando los resultados funcionales, mientras se mantiene la eficacia del tratamiento. Así, en nuestro caso, exponemos una alternativa a la CR, patrón oro en el tumor vesical músculo infiltrante (TVMI), es la denominada terapia trimodal (TMT), basada en la combinación de RTU, seguida de RT y QT basada en cisplatino. Este tipo de abordaje no tiene un paciente tipo perfectamente definido, aunque estaría reservada para pacientes con un tipo histológico urotelial, una RTU previa completa, tumores unifocales y menores de 5cm, ausencia de carcinoma in situ, tumores que no afecten al trígono vesical, y que no exista uropatía obstructiva secundaria.

OBJETIVOS DEL TRABAJO: Exponer la experiencia del Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca (HCUVA) acerca de la preservación vesical como alternativa a la cistectomía radical en pacientes con TVMI

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado estudio observacional retrospectivo, de todos los pacientes diagnosticados con TVMI a los que se ha realizado una preservación vesical. Criterios de inclusión: Todos los pacientes que cumplen criterios para PV consensuados en el Comité de Tumores Urológicos del HCUVA, a los que se le ha podido realizar un adecuado seguimiento. Se excluyen pacientes con contraindicación para PV, es decir, aquellos en los que la preservación vesical no ha sido electiva, sino forzosa, debido a comorbilidades que contraindicaban la realización de la CR. También aquellos pacientes con fallos en el seguimiento.

La recogida de datos se ha realizado mediante estudio de historias clínicas. Los datos incluyen información acerca de edad, sexo, tiempo de seguimiento y estado actual del paciente.

RESULTADOS: En el HCUVA se ha realizado PV a 52 pacientes durante los años 2012-2023, de los cuales 16 reunían las condiciones necesarias para una PV, mientras que los 32 restantes se les realizó una PV forzada al no ser subsidiarios de una CR por comorbilidades. De esta muestra de 16 pacientes, 14 corresponden a hombres, y tan solo dos mujeres. La edad media al diagnóstico es de 65.6 años, con una mediana de seguimiento de 60 meses. Un paciente precisó de una cistectomía de rescate por aparición de variante sarcomatoide en una re-RTU. De los 10 pacientes sometidos a PV, 10 siguieron el esquema completo TMT. Actualmente, 12 pacientes de los 16 siguen vivos y sin recurrencia. Las causas de defunción de los otros 4 pacientes fueron cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, y progresión tumoral.

CONCLUSIÓN: La alta tasa de complicaciones asociadas a la cistectomía radical, en contraposición a los buenos resultados oncológicos obtenidos en pacientes seleccionados sometidos a PV, permiten establecer la PV como alternativa en casos seleccionados a la CR

C-2.3. COMPLICACIONES TRAS CISTECTOMÍA RADICAL SEGÚN EL TIPO DE DERIVACIÓN URINARIA Y ANASTOMOSIS INTESTINAL EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA.

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La cistectomía radical es el tratamiento de elección para los tumores vesicales músculo invasores y no músculo invasivos de alto riesgo o que no responden a manejo conservador.

El objetivo del estudio consiste en describir la frecuencia y tipo de complicaciones tras cistectomía radical (CR) en relación con los diferentes tipos de derivaciones urinarias y tipo de anastomosis intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de 90 pacientes intervenidos de cáncer vesical mediante CR entre enero de 2019 y octubre de 2023 en el Hospital General Universitario Reina Sofía (HGURS).

Se recogieron datos sobre la repercusión del tipo de derivación urinaria y anastomosis intestinal en el postoperatorio, analizando el porcentaje de íleo paralítico, infecciones, necesidad de reintervención posterior y porcentaje de fallecimientos durante el ingreso.

La base de datos que se empleó fue Excel®, trasladándolos posteriormente al programa estadístico spss (versión 24) para su análisis.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 68.8 años con un 84.5% de varones.

En cuanto al tipo de derivación urinaria, 59 fueron de tipo Bricker (65.5%), 23 de tipo cutánea (25.5%) y 8 resultaron siendo neovejigas (8.8%). De entre las derivaciones de tipo Bricker, el 76.3% se realizaron con anastomosis intestinal de tipo latero-lateral mecánica (L-L mec.), mientras que el 23.7% fueron de tipo latero-lateral isoperistáltica (L-L iso).

Respecto a las complicaciones post-quirúrgicas, el 26.6% presentaron íleo paralítico, solamente un 14.4% sufrieron algún tipo de infección, se reintervinieron el 31.1% de los pacientes y únicamente fallecieron 6 en el postoperatorio inmediato.

Del total de complicaciones estudiadas, la anastomosis L-L mec presentó un porcentaje superior en todas ellas en comparación a la L-L mec, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: Tanto el porcentaje de reintervención según el tipo de derivación urinaria, así como el número de complicaciones postoperatorias y la estancia media hospitalaria fueron similares a los encontrados en estudios previos. Las complicaciones asociadas a la anastomosis L-L iso fueron menores que las de la L-L mec.

C-2.4. LA NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA EN LA ERA DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA. ANÁLISIS COMPARATIVO DE NUESTRA SERIE.

Alcón Cerro, P.; García Porcel, V.J.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Velázquez Gomariz, I.; 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.; Barragan Gamero, M.; Jiménez Parra J.D.; Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN: El incremento de las innovaciones tecnológicas han llevado a la nefrectomía parcial robótica (RAPN) al protagonismo, por sus beneficios ampliamente conocidos al aportar mejor visualización y manejo de las estructuras anatómicas, dejando a la NP laparoscópica (LPN) en un segundo plano. Ante el sobrecoste que supone, cabe analizar y optimizar la indicación, pudiendo valorar la LPN para casos seleccionados de menor complejidad.

OBJETIVO: Comparar los resultados y características de pacientes sometidos a RAPN y LPN.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio comparativo retrospectivo, incluyendo pacientes birrenos, con tumor renal único, sin extensión extrarrenal sometidos a LPN y RAPN en nuestro centro entre 2016 y 2023. La complejidad de las masas renales fue determinada con la escala PADUA, las complicaciones se catalogaron según la clasificación Clavien Dindo. Se compararon datos clínicos y patológicos entre grupos laparoscópico y robótico, para variables continuas con prueba de Mann-Whitney, para categóricas con Chi-cuadrado, y estratificando en función del tamaño y complejidad.

RESULTADOS: 71 pacientes se sometieron a nefrectomía parcial, de los cuales 45 fueron RAPN, y 26 LPN. La edad (Media 65 años) y la función renal (FR) (eGFR medio 75 mL/min/1,73 m²) al inicio del estudio fueron comparables entre los 2 grupos (p=0,19; p=0,44). Los tumores con abordaje robótico presentaron una mayor complejidad quirúrgica (PADUA ≥8) 35% vs 20% (p=0,027) y mayor tamaño 61.5% vs 18.9% de masas ≥4 cm (p=0,005), con una menor estancia hospitalaria (Media 3 vs 4 días) (p=0,04). La aparición de complicaciones Clavien Dindo ≥2 (p=0,8) (8.6% vs 13.5%), y el deterioro de FR 18% vs 14% (eGFR pre-post) (p=0,2) fueron comparables entre ambos grupos. Encontramos un mayor tiempo de isquemia caliente (TIC) 22,6 min LPN vs 28,25 min RAPN (p=0,011), no obstante, no se vieron diferencias significativas en cuanto al TIC al estratificar en función del tamaño, ni la presencia de márgenes positivos (p=0,19) (4,1% vs 16,2%). Tampoco se encontraron nuevas diferencias significativas en cuanto a las complicaciones al estratificar en función del tamaño ≥4 ni de la complejidad de la neoformación renal (PADUA).

CONCLUSIONES: La RAPN nos permite abordar masas renales de mayor complejidad quirúrgica (PADUA ≥8) y mayor tamaño (≥4 cm), con una menor estancia hospitalaria, sin diferencias en cuanto a resultados oncológicos ni complicaciones. Según nuestra serie, se podrían abordar las masas de menor complejidad y tamaño mediante LPN sin repercutir en los frutos de la técnica.

C-2.5. LA CORPOROPLASTIA VENTRAL CON COLGAJO PEDICULADO DE MUCOSA PREPUCIAL PERMITE UNA URETROPLASTIA EN DOS TIEMPOS.

G.A. Zambudio Carmona, M.J. Guirao Piñera, C. Menacho Hernández, A. Zambudio Munuera Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN: La cirugía del hipospadias con curvatura ventral en que se conserva la placa uretral, se realiza en un tiempo; en los casos en que debemos seccionar la placa, pero la curvatura se corrige por plicatura dorsal, se coloca un injerto libre de mucosa en el defecto ventral y la uretroplastia se completa en dos tiempos. Sin embargo, cuando tras la sección de la placa, la curvatura es mayor de 30-50°, debe corregirse por corporoplastia ventral mediante una o varias incisiones en la albugínea de los cuerpos cavernosos y entonces el injerto libre de mucosa

sobre ese lecho estaría contraindicado; en este escenario, la mayoría de cirujanos cubre el defecto del cuerpo cavernoso con Dartos y piel, en un segundo tiempo realizan el injerto mucoso que tubulizan 6 meses después, realizando la uretroplastia en tres tiempos.

En un intento de disminuir los tiempos quirúrgicos, en los últimos tres casos de hipospadias proximal con curvatura severa y corporoplastia ventral, hemos introducido una modificación en la técnica mediante el empleo de un colgajo de datos con mucosa prepucial, lo que nos ha permitido cubrir el defecto de la corporoplastia con Dartos y realizar al mismo tiempo la cobertura mucosa, todo ello en el primer tiempo de la cirugía, la uretroplastia se completa en un segundo tiempo, evitando así un tercer tiempo quirúrgico.

OBJETIVO: Comprobar que el colgajo pediculado de mucosa prepucial permite cubrir el defecto de la corporoplastia, y crear al mismo tiempo una placa uretral elástica sin retracciones que pueda ser tubulizada en un segundo tiempo.

MATERIAL Y METODOS: se revisan retrospectivamente los pacientes con hipospadias severos y curvatura tratados con corporoplastia ventral y cobertura con colgajo de mucosa prepucial. Se valoran las complicaciones, la anchura, elasticidad y presencia de retracción de la neo placa.

RESULTADOS: Fueron tres pacientes tratados en los últimos 6 meses, en todos ellos el apósito se retiró a la semana, ninguno presentó hemorragia, hematoma o infección de la herida. A los 6 meses las placas uretrales se mostraban elásticas sin retracciones, con meato proximal de buen calibre. En un paciente se ha completado la uretroplastia sin complicaciones.

CONCLUSIONES: El empleo de un colgajo pediculado de mucosa prepucial para cubrir la corporoplastia ventral permite reducir a dos tiempos el tratamiento de los hipospadias con curvatura severa.

C-2.6. SEGUIMIENTO A 5 AÑOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA EN NUESTRO CENTRO.

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

INTRODUCCIÓN: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) masculina puede ser una complicación tratamiento del cáncer de próstata y de los tratamientos quirúrgicos de la hiperplasia benigna de próstata. El esfínter urinario artificial (EUA) es el gold estándar, aunque existen otros dispositivos que han ganado posiciones en este sentido.

OBJETIVO: Proporcionar los resultados del tratamiento de la IUE masculina en nuestro centro mediante los sistemas EUA, AdVance, AdVance XP y ATOMS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de IUE entre mayo del 2008 y diciembre de 2018 con al menos 5 años de seguimiento. Se estratificó la IU en función del número de absorbentes: IU leve de 1-2 absorbentes; IU moderada de 3-5 absorbentes e IU grave >5 absorbentes. Se definió curación la ausencia de absorbentes o uno de seguridad.

RESULTADOS: Se identificaron 117 pacientes intervenidos de IUE masculina con una media de edad de 67 años (DE 7.2), media de IMC de 29 (DE 3.97) y una media de seguimiento de 76.6 meses (DE 39.96). La principal causa de IUE: prostatectomía radical 92%; radioterapia (RT) 6,9% y HoLEP/RTUp 1.1%. Previo a los implantes, el 68,8% presentaban IU moderada-grave; la media de absorbentes fue de 3 (DE 1.4) y el ICIQ prequirúrgico fue de 16 puntos (DE 2.44). La media de tiempo desde el tratamiento previo hasta la cirugía de la IU fue de 38.9 meses (DE 30.1).

La distribución de los dispositivos para la IUE fue: 25% EUA, 53% AdVance/AdVance XP y 22% ATOMS. En el grupo de EUA sólo se observaron 2 casos de retención aguda de orina (RAO) y 2 dispositivos tuvieron que ser retirados: uno de ellos por infección y otro de ellos por extrusión tras RT; el 100% de los pacientes fueron continentes al año y a los 3 años y el 89.7% a los 5 años. En el grupo de AdVance/AdVanceXP hubo 3 casos de dolor perineal, 2 de RAO y 2 de hematoma; el 98,4% fueron continentes al año, el 88.3% a los 3 años y el 72.6% a los 5 años. En el grupo de ATOMS sólo hubo 1 paciente con RAO; la continencia al año fue del 96%, del 92% a los 3 años y del 60% a los 5 años, con una media de relleno final del dispositivo hasta lograr la continencia de 13.2 ml (DE 4.93). De los 117 pacientes, el 14% recibió RT tras la cirugía. En el análisis multivariante los factores que se asociaron a incontinencia urinaria a los 5 años fueron la radioterapia (OR=26.65; IC95% 5.8-121.7; p=0.000) y la IU previa moderada-grave (OR=6.05; IC95% 1.4-24.6; p=0.012).

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, el grado de IU previa y la radioterapia actúan como predictores de incontinencia urinaria a los 5 años del tratamiento quirúrgico de la IUE masculina.

C-2.7. CARCINOMA PROSTÁTICO INCIDENTAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE ENUCLEACIÓN CON LÁSER DE HOLMIO (HOLEP).

Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Romero Hoyuela, A; Barragán Flores, W.A.; Cívico Sánchez, C.; Flores, C.; Ipiens Saez, M.; Barceló Bayonas, I; Rivero Guerra, A; Carrillo George, C; Montoya Chinchilla, R.; Pietricica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A.; Meseguer Calpe, F; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T. Hospital General Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: La enucleación prostática con láser de Holmio representa una opción innovadora para la uropatía obstructiva por HBP. Nuestro objetivo principal consiste en estudiar la prevalencia de cáncer prostático incidental tras Holep, así como analizar los factores predictores de cáncer prostático en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional. Se incluyeron todos los pacientes intervenidos de Holep entre enero de 2015 y noviembre de 2023 en el servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer. Se excluyeron a los pacientes diagnosticados previamente de cáncer de próstata (CaP). Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS27.

RESULTADOS: La muestra a estudio fue de 410 pacientes. El 17,7%(54) tenía <60 años, el 53,2%(223) presentaba entre 60 y 75 años y 26,5%(111) >75años. El 1%(4) presentaba un volumen prostático <30, el 5,8%(23) entre 30 y 50, el 42,2%(168) entre 50 y 80, el 36,2%(144) entre 80 y 120 y el 14,8%(59) mayor de 120. El 41,6%(158) poseía un PSA<3, el 47,1%(179) entre 3 y 10 y el 11,3%(43) mayor de 10. El 7,6%(32) tenía tacto rectal sospechoso. El 22,9%(96) presentaba biopsia prostática previa. El 11,4%(48) tenía RM previa.

El 7,2%(30) presentaron CaP incidental, de los cuales el 46,5%(14) fue ISUP 1, el 33,3%(10) fue ISUP 2, el 16,7%(5) fue ISUP 3 y el 3,3%(1) fue ISUP 4. El PSA medio de los pacientes con CaP incidental fue de 11,9 vs 7,3 en aquellos sin CaP. De los pacientes con AP positiva, el 16,7%(5) tenía un PSA menor a 3, 56,6%(17) entre 3 y 10 y 26,6%(8) mayor a 10. En los pacientes con AP negativa los grupos de PSA fueron 43%(143), 46,6%(155) y 10,2%(34) respectivamente. La diferencia fue estadísticamente significativa. De los pacientes con CaP, el 23,3%(7) tenía tacto rectal sospechoso vs 7,1%(25) en los pacientes sin CaP. La diferencia fue estadísticamente significativa.

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

C-2.8. ANÁLISIS DE RESULTADOS DE VASECTOMÍA EN EL ÁREA VI DE MURCIA.

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La vasectomía es un método anticonceptivo ampliamente utilizado en la actualidad que proporciona una esterilización permanente. No obstante, a pesar de ser un procedimiento muy común, los resultados reales en nuestra área sanitaria son todavía desconocidos. Nuestro objetivo es analizar los resultados postvasectomía del área VI y las características demográficas de la población intervenida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo descriptivo de todos los pacientes pertenecientes al área VI sometidos a vasectomía durante enero de 2017 y diciembre de 2018. Se revisaron todas las historias clínicas y el análisis de los datos y la interpretación estadística de las variables se realizó a través del programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: En el estudio se incluyeron 427 pacientes. La media de edad al solicitar la vasectomía fue de 40 años (rango 26-57) y el nº hijos vivos/paciente osciló entre 0 y 6, con un promedio de 2 hijos vivos/paciente (63,2%).

El 71,9% de los pacientes realizaron seminograma de control postquirúrgico, alcanzando el 52,9% de ellos la azoospermia, quedando excluidos aquellos seminogramas con muestras no válidas. La mayoría (76,1%) precisaron de un solo seminograma hasta presentar azoospermia, mientras que el 0,4% de la muestra precisó de hasta 5, siendo la media de tiempo entre la vasectomía y la azoospermia de 4 meses. A pesar de que el 12,6% no alcanzó la azoospermia, únicamente el 1,9% de los pacientes se sometieron a re-vasectomía.

El 8,4% de los pacientes presentaron complicaciones precoces (3% orquiepididimitis, 1,9% infecciones de herida quirúrgica, 1,9% hematomas, 0,9 % abscesos escrotales y 0,5% seromas), mientras que el 4,7% presentaron dolor escrotal crónico.

CONCLUSIONES: La mayoría de la población perteneciente a nuestra área sanitaria solicita la vasectomía a los 40 años con un promedio de 2 hijos, alcanzando la azoospermia más de la mitad de los pacientes y presentando complicaciones <15% de los mismos.

PALABRAS CLAVE: vasectomía, seminograma, azoospermia, complicaciones

C-2.9. VALOR DE LOS ALIMENTOS PROCESADOS EN LA ENFERMEDAD LITIÁSICA: ESTUDIO EXPLORATORIO.

Autores: Yago Giménez, Pablo; Cao Avellaneda, Enrique; López Abad, Alicia; García-Rivas Carmona, Francisco; Herrero Vidal, Laura; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J; Andrés Andrés, Alicia; Laredo Alonso, Carlos; Aznar Martínez, Laura; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luis
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad litíásica sigue incrementando su incidencia en los últimos años. Múltiples abordajes para su prevención han sido realizados, sin llegar a una estrategia clara en las recomendaciones, que impiden estudios de mayor calidad. Con el objetivo de simplificar éstas y, basándonos en la hipótesis de que los alimentos cada día se encuentran más procesados, realizamos un estudio piloto exploratorio sobre su consumo y la aparición de litiasis renal. Al no haber encontrado bibliografía sobre este abordaje, seguimos clasificación sobre procesamiento sugerido por el grupo NOVA, de amplio consenso en otros ámbitos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio prospectivo de casos y controles emparejados por domicilio sobre la frecuencia de consumo de alimentos procesados. Se seleccionó un muestra de 52 personas divididos en 26 parejas de pacientes ingresados por enfermedad litíásica y su acompañante sano. Se recogieron los distintos factores de riesgo conocidos, la frecuencia de eventos litíásicos y tratamiento. Se realizó un cuestionario de respuesta múltiple investigando sobre la frecuencia de consumo semanal de alimentos categorizado en: no procesados, mínimamente procesados y procesados.

Los resultados obtenidos han sido analizados mediante el programa SPSS 21.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, pruebas de normalidad de la muestra con el test de Kolmogorov-Smirnov y de asociación de las variables dicotómicas mediante tablas cruzadas y test estadísticos χ^2 .

RESULTADOS: El análisis de los grupos fue homogéneo tras no presentar diferencias estadísticamente significativas entre sí mediante el test estadístico de χ^2 en sexo (13 hombres y 13 mujeres en cada grupo), HTA, DLP, DM Hiperuricemia e IMC. Los dos grupos presentan una distribución normal según el test de Kolmogorov-Smirnov.

En el grupo de pacientes con alto consumo semanal de alimentos procesados (más del 50% del total), se realizó un análisis mediante tabla cruzada (χ^2 con corrección de Pearson) de la variable de riesgo de los grupos encontrando mayor porcentaje en pacientes litíásicos frente a los sanos, de manera estadísticamente significativa ($p < 0.03$)

CONCLUSIONES: Tras resultados preliminares obtenidos en esta muestra, consideramos que el consumo de alimentos procesados de forma abundante (más de la mitad de los días a la semana o diariamente) puede ser un factor de riesgo relevante. Decidimos aumento del tamaño muestral para obtención de resultados más consistentes.

Comunicaciones 2. Vídeos 2.

V-2.1. HOLEP MONOBLOQUE COMO TÉCNICA DE RESCATE DE LA CIRUGÍA DE HBP.

Yago Giménez, Pablo; Moreno Alarcón Cristóbal; García-Rivas Carmona, Francisco; López Abad, Alicia; Herrero Vidal, Laura; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J; Andrés Andrés, Alicia; Laredo Alonso, Carlos; Aznar Martínez, Laura; López González, Pedro Angel; 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, Pablo Luis
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enucleación prostática mediante láser Holmio (HOLEP) es una técnica quirúrgica muy extendida en el momento actual. Se considera una técnica muy versátil ya que es posible tratar casi todos los gramajes de próstata. Dentro de la cirugía de HOLEP es posible realizarlo mediante un bloque, dos o tres.

Ya que el éxito de la cirugía de HOLEP radica en la técnica sistemática proponemos que se podrá utilizar esta técnica en casos donde otras técnicas quirúrgicas no han sido todo lo efectivas que debieran.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS: Presentamos tres casos donde la cirugía de HBP clásica resulta ineficiente.

El primer caso representa a un varón de 72 años, que se realizó una RTU- próstata 10 años antes y mantuvo macro hematuria constante asociado a disuria y retención de orina por coágulos.

El segundo caso corresponde a un varón de 58 años que se realizó REZUM en otro centro 2 años antes y consulta por síntomas obstructivos, disuria y aneyaculación tras intervención.

El tercer caso corresponde a un varón de 71 años que se realizó hace 11 años una cirugía des obstructiva de fotovaporización con láser verde. Posteriormente mala calidad miccional con macro hematuria.

A todos estos pacientes tras reevaluación en consulta se propone la realización de cirugía des obstructiva HOLEP.

A todos ellos se les retiró la sonda vesical a las 12 h y presentaron en la revisiones posteriores buena calidad miccional funcional y poca sintomatología irritativa tras la misma.

CONCLUSIONES: La técnica de HOLEP monobloque puede ser utilizada con éxito para cirugías de rescate de HBP. La enucleación y hemostasia de la zona facilita la retirada precoz de la sonda.

Las revisiones de los pacientes a los 3, 6 y 12 meses muestran que los pacientes presentan buena calidad funcional miccional.

V-2.2. ENUCLEACIÓN CON LÁSER DE HOLMIO EN PRÓSTATA VOLUMINOSA: FORMACIÓN DURANTE LA RESIDENCIA.

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

INTRODUCCIÓN: La enucleación con láser de Holmio (HoLEP) ha demostrado ser el gold estándar en el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata ya que tiene la capacidad de tratar próstatas de cualquier tamaño con resultados duraderos a largo plazo. A pesar de esto, la prolongada curva de aprendizaje ha limitado su difusión. Es conveniente que cada centro aliente a sus residentes al aprendizaje de esta técnica cuyo principal obstáculo es una curva de aprendizaje larga calculada en torno a 35-40 pacientes.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: En este video proponemos mostrar nuestra técnica de enucleación con láser Holmio en un hombre de 68 años cuyo tacto rectal impresionaba de próstata IV/IV adenomatosa, no sospechosa y PSA de 6.14 ng/ml. En la cistoscopia se objetivaba una uretra dentro de la normalidad, próstata trilobulada de aspecto subjetivamente obstructivo y congestiva con sangrado al mínimo roce. Por último, la ecografía abdominal informaba de un volumen prostático de 300 gramos. Se describe la técnica con la que se ha sistematizado el aprendizaje de los residentes en nuestro centro, individualizando siempre el caso según el paciente.

Se inicia el procedimiento con una cistoscopia e identificación de meatos ureterales. Se continúa con disección apical de ambos lóbulos con una sección circunferencial hasta preesfínter ya que 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. Se realiza la cervicotomía hasta el plano creado previamente sobre el veru montanum y ampliamos esta disección. A continuación, realizamos la disección del plano anterior hasta el corte de mucosa esfinteriana proyectada sobre los lóbulos y ampliamos esta disección hacia los planos laterales. 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.

En nuestro centro comenzamos el protocolo de aprendizaje en enucleación desde el tercer año de residencia dentro del programa del servicio.

CONCLUSIONES: Por tanto, el HoLEP es una técnica mínimamente invasiva y versátil que permite la enucleación de próstatas de cualquier tamaño. Consideramos que se debe formar a los residentes con una técnica estandarizada y optimizada en aquellos centros con experiencia en esta técnica.

V-2.3. SLING AUTÓLOGO ASOCIADO A SISTEMA REMEEX® TRAS RECURRENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

Barragán Flores W.A., Romero Hoyuela A., Izquierdo E., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Cívico Sánchez C., Flores Hernández C., Ipienz M., Muñoz V., Barceló I., Carrillo C., Montoya R., Pietricica B., Rosino A., Cruces F., Hita G., Fernández Aparicio T.
Hospital Morales Meseguer, Servicio de Urología.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La recurrencia de incontinencia de esfuerzo en mujeres se presenta en alrededor del 12-20% de pacientes tratadas inicialmente con una malla suburetral (sling) sintética. Una de las opciones en estas pacientes es la colocación de un sling autólogo de fascia de los rectos abdominales que evita uno de los mayores problemas con las mallas sintéticas como es la extrusión de malla. Si a este sling autólogo lo juntamos al sistema de suspensión Remeex®, tendremos la ventaja de realizar un ajuste a la tensión del sling en el postoperatorio si existe una recurrencia de la incontinencia o problemas de vaciado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 71 años, con antecedente de incontinencia urinaria de esfuerzo tratada con sling suburetral en uretra media (TOT) en 2013. Presenta recidiva en la incontinencia de esfuerzo desde hace 2 años; por lo que, al momento utilizados 2 compresas diarias, un puntaje en el cuestionario ICIQ de 18 puntos, al examen físico presenta un cistocele grado I. Se realiza un estudio urodinámico sin hallazgos de disfunción vesical u obstrucción.

Iniciamos mediante una incisión vaginal anterior a un centímetro por debajo del meato uretral y disecamos el espacio parauretral, liberando la fibrosis creada por la malla suburetral previa. A continuación, realizamos una incisión transversal suprapúbica, se disecciona hasta exponer la fascia del recto abdominal donde procederemos a marcar la longitud del injerto de fascia. Se disecciona el injerto de fascia con bisturí frío y cerramos el defecto de fascia con puntos sueltos de Vycril. Colocamos dos suturas de PDS a ambos extremos del injerto que nos ayudarán a realizar la suspensión tras pasar las agujas retropúbicas. Se realiza una cistoscopia tras el paso de las agujas. Enhebramos los hilos sujetos al sling con el sistema de ajuste Remeex y lo ajustamos hasta que este quede nivel de la fascia abdominal sin tensión. Finalmente cerramos la herida abdominal en dos capas con el varitensor expuesto. La paciente es alta al día siguiente tras realizar una prueba de incontinencia y ajustar el varitensor si es necesario, posteriormente este se retira. En la revisión a los 2 meses postoperatorios la paciente se encuentra continente y sin complicaciones.

CONCLUSIÓN: El sling suburetral autólogo asociado a sistema Remeex® es una opción válida en paciente con recurrencia de incontinencia urinaria de esfuerzo tras una primera malla sintética, con potenciales ventajas frente a la colocación de una nueva malla sintética.

V-2.4. FISTULECTOMÍA VESICOVAGINAL LAPAROSCÓPICA.

Autores: García-Rivas Carmona, Francisco; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luis; López Abad, Alicia; Yago Giménez, Pablo; Herrero Vidal, Laura; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J; Andrés Andrés, Alicia; Laredo Alonso, Carlos; Aznar Martínez, Laura; López González, Pedro Angel; Cao Avellaneda, Enrique; López Cubillana, Pedro; Moreno Alarcón, Cristóbal; 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.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN: La causa más frecuente de fístula vesicovaginal en nuestro medio es la histerectomía. El tratamiento va desde manejo conservador hasta la necesidad de cirugía. Existen varias técnicas de reparación de fístulas vesicovaginales, el abordaje puede ser vaginal, abierto o laparoscópico.

En este vídeo mostramos la reparación de una fístula vesicovaginal mediante abordaje laparoscópico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de una mujer de 49 años intervenida de histerectomía con doble anexectomía mediante laparotomía con evolución tórpida posterior y necesidad de reintervención para drenaje de hematoma sobreinfectado en el lecho de la cirugía.

En el seguimiento la paciente refiere incontinencia urinaria total por lo que se deriva a rehabilitación del suelo pélvico. Al no mejorar con la rehabilitación se deriva a Urología, que tras realizar una exploración genital decide realización de cistoscopia. En dicha prueba se objetiva orificio fistuloso en retrotrígono vesical de 3 mm de diámetro.

Se realiza fistulectomía vesicovaginal laparoscópica con interposición de epiplón. Tras la intervención la paciente presenta buena evolución postoperatoria, siendo dada de alta a las 48 horas con sonda vesical. Retirada de sonda al mes. En controles posteriores la paciente se mantiene asintomática.

CONCLUSIONES: La reparación laparoscópica vesicovaginal es una técnica factible y segura, con buenos resultados postoperatorios, además de un menor tiempo de estancia hospitalario y recuperación con respecto a la cirugía abierta.

V-2.5. REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTO-VESICAL POST-PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE COLGAJO PEDICULADO DE MÚSCULO GRACILIS.

Guardiola Ruiz, I. (1); Marengo Jiménez, J.L. (2); García Fadrique, Alfonso (2); Server Gómez, G. (1); Ramírez Backhaus, M. (2); Domínguez Escrig J.L. (2); Collado Serra, A. (2); De Pablos Rodríguez, P. (2); García Cortés, Á. (3); Wong Gutiérrez, A. (2); Gómez-Ferrer Lozano, Á. (2); Casanova Ramón-Borja, J.L. (2)
(1) Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.
(2) Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia.

INTRODUCCIÓN: La fístula recto-vesical es una complicación poco frecuente tras prostatectomía radical, que ocurre entre un 0.5% y 5%. Sin embargo, se trata de una patología que puede suponer un desafío debido a su difícil manejo. Existen diversas opciones de tratamiento, y entre las quirúrgicas, se encuentra la interposición de músculo gracilis.

OBJETIVO: Describir la técnica quirúrgica y los resultados de la reparación de fístula recto-vesical mediante colgajo pediculado de músculo gracilis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de un varón de 66 años intervenido de prostatectomía radical laparoscópica en otro centro por adenocarcinoma de próstata Gleason 6 (3+3). Es valorado a las 2 semanas postoperatorias por salida de orina a través del recto. Se realiza tacto rectal, en el que se palpa una pequeña porción de la sonda vesical, por lo que decide mantener dicha sonda durante 1 mes más. Posteriormente, se realiza un cisto-TC y una cistoscopia, que evidencian una fístula recto-vesical. Se decide reparación quirúrgica de la misma, mediante colgajo pediculado de músculo gracilis.

Técnica quirúrgica: Se lleva a cabo una cistoscopia y se colocan catéteres ureterales. Se coloca al paciente en posición de litotomía forzada y se realiza una incisión perineal en semiluna. Se disecciona el espacio prerrectal, se visualiza el orificio fistuloso y se lleva a cabo la fistulorrafia. Se realizan dos incisiones en la cara interna del muslo izquierdo, donde se localiza el músculo gracilis, se desinserta en su porción distal y se asciende mediante un túnel subcutáneo hasta el espacio recto-vesical, donde se sutura.

RESULTADOS: El postoperatorio inmediato discurre sin incidencias. Al mes se realiza cistografía, en la que no se objetiva la fístula. El paciente no presenta pérdida de fuerza muscular en el miembro inferior izquierdo y consigue una recuperación funcional completa. A los 9 meses permanece sin recidiva de la fístula.

CONCLUSIONES: La reparación de fístula recto-vesical mediante colgajo pediculado de músculo gracilis se puede considerar una opción quirúrgica con buenos resultados y bajo riesgo de secuelas funcionales.

V-2.6. TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL ASISTIDO POR ROBOT.

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La técnica mínimamente invasiva para la pieloplastia en el tratamiento de la estenosis de la unión pieloureteral (UPU) proporciona excelentes resultados en términos de morbilidad, disminución de dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria. La pieloplastia asistida por robot proporciona ventajas como una sutura más precisa y controlada, además de los beneficios que la técnica mínimamente invasiva ha demostrado ya en estas situaciones con la laparoscopia descrita en 1993. El objetivo de este vídeo es presentar un caso de reparación de estenosis de la UPU por compresión vascular asistido por robot y los beneficios derivados de la técnica en nuestro centro.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de una mujer de 59 años sin alergias conocidas ni otros antecedentes de interés. Fue derivada a consultas de litiasis por dolor en fosa renal derecha y por el hallazgo ecográfico de hidronefrosis derecha grado III. La exploración física mostraba un dolor en flanco derecho sin signos de irritación abdominal y puño percusión renal derecha positiva. El resto de la exploración fue anodina.

La analítica mostraba una función renal conservada con creatinina de 0.72mg/dl, PCR de 0.08 nmol/L y ausencia de datos de infección en el hemograma.

El TC abdomino pélvico con contraste concluyó el diagnóstico de estenosis de unión pieloureteral (UPU) derecho por compresión vascular de vaso polar y doble sistema pieloureteral izquierdo como hallazgo casual. El renograma isotópico mostraba una curva renográfica con patrón de nefropatía tubular con probable componente obstructivo, con una función diferencial del riñón derecho del 37.2%.

Con el diagnóstico de estenosis de la UPU derecha, con repercusión clínica y analítica, se decidió intervenir a la paciente y realizar una pieloplastia laparoscópica asistida por robot.

La paciente fue dada de alta a las 48 horas de la intervención sin complicaciones postoperatorias.

Tras la retirada de catéter doble J a las dos semanas se realizó un TC abdomino pélvico de control y renograma isotópico que mostraba resolución de la obstrucción y patrón renográfico no obstructivo. La paciente se encontraba asintomática y sin dolor con función renal conservada a los 5 meses de la intervención.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de la estenosis de la UPU mediante pieloplastia laparoscópica asistida por robot es una técnica accesible, precisa y segura que proporciona buenos resultados funcionales con mínimas complicaciones y corta estancia hospitalaria.

V-2.7. REPARACIÓN DE ANEURISMA DE ARTERIA RENAL DERECHA IN SITU.

*Herrero Vidal, Laura; López Cubillana, Pedro; Guzmán Martínez-Valls, P.L.; Taboada Martín, Ruben; López González, Pedro Ángel; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia; Yago Giménez, Pablo; García-Rivas Carmona Francisco; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J.; Laredo Alonso, Carlos; Andrés Andrés, Alicia; Cao Avellaneda, Enrique; 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.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El aneurisma de arteria renal (AAR) es una patología infrecuente donde la mayoría de los casos se diagnostica de forma incidental. Aunque suele cursar de forma indolente, una vez se diagnostica hay que descartar que no cumpla criterios de tratamiento, pues si presenta alguno de ellos, debe ofrecerse tratamiento ya que existe riesgo de complicaciones graves que pueden ocasionar efectos catastróficos en el paciente, como la pérdida del riñón afecto o incluso la muerte. El objetivo de este trabajo es reflejar una cirugía complicada que se realizó en la Arrixaca en colaboración con el servicio de cirugía cardiovascular.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Se presenta el caso de un varón de 61 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, diagnosticado de forma incidental por ecografía abdominal de AAR derecha en junio de 2023. En el TAC abdominal con contraste que se realizó para el estudio de arterias renales se evidenció un aneurisma sacular de arteria renal derecha en su bifurcación de 3,35 cm de diámetro máximo en corte axial. Se presentó el caso en sesión multidisciplinar y se consideró que la anatomía no era favorable para el tratamiento endovascular por el elevado riesgo de complicaciones isquémicas renales.

En septiembre de 2023 se realizó aneurismectomía y reconstrucción con parche pericárdico in situ.

El paciente presentó una adecuada evolución postoperatoria sin complicaciones, con función renal normal y con una eco-doppler previa al alta hospitalaria que mostraba un adecuado flujo arterial renal.

En noviembre de 2023 acudió a su primera revisión en consulta con un TAC abdominal con contraste de control que mostró una adecuada reparación, permeabilidad del injerto y presencia de flujo renal incluso en las ramas polares.

CONCLUSIONES: El tratamiento del AAR, cuando cumple indicaciones, puede llegar a ser un desafío debido a configuraciones anatómicas complejas. En estos casos puede llegar a ser necesaria la colaboración conjunta de distintos especialistas para decidir un buen tratamiento y asegurar la correcta reparación sin repercusiones isquémicas renales.

Nuestro paciente representó un caso de AAR que, a pesar de su complejidad por la localización que presentaba, pudo repararse de forma satisfactoria y sin complicaciones.

V-2.8. URETEROPLASTIA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT CON INJERTO DE MUCOSA YUGAL COMO TRATAMIENTO DE ESTENOSIS URETERAL COMPLEJA (VÍDEO).

*Alcón Cerro, P.; García Escudero, D.; Oñate Celdrán, J.; Andreu García, A.; García Porcel, V.J.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Velazquez Gomariz, I.; Molina Hernández, O.; Jiménez Penick, J.F; Oñate Celdrán, J.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.; Valdevira Nadal, P.; Barragan Gamero, M.; Jiménez Parra J.D.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

INTRODUCCIÓN: Las estenosis ureterales largas de tercio medio/proximal, suponen un reto en la urología por la complejidad que conlleva su reparación. En ciertos casos, es preciso realizar cirugías de sustitución, con íleon, autotrasplante... Cirugías con complicaciones y morbilidad considerable. Una de las técnicas descritas en la literatura, es la sustitución o reparación de la estenosis ureteral mediante el empleo de injerto de mucosa oral.

OBJETIVO: Mostrar un caso de estenosis ureteral proximal tratada mediante ureteroplastia con injerto de mucosa yugal, laparoscópico asistido por robot, con asistencia endoscópica retrógrada.

MATERIAL Y MÉTODOS: DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 27 años, con antecedentes de cirugía retrógrada intrarrenal izquierda en repetidas ocasiones en centro externo por litiasis, con lesión ureteral iatrogénica, consulta en repetidas ocasiones por dolor renoureteral izquierdo. Tras varias cirugías endoscópicas, hallando estenosis de uréter proximal difícilmente franqueable, con dilatación neumática infructuosa, hallando patrón gammagráfico obstructivo izquierdo y persistencia de clínica, se realiza colocación de nefrostomía, pielografía anterógrada, hallando una estenosis de uréter medio/proximal larga. Ante las características descritas y tras revisión de la literatura consensuando con paciente, se decide ureteroplastia con injerto de mucosa yugal, laparoscópico asistido por robot, con asistencia endoscópica retrógrada.

RESULTADOS: Vídeo. Se realiza ureteroplastia con injerto de mucosa yugal según técnica "on lay", laparoscópico asistido por robot, con asistencia endoscópica retrógrada.

La paciente, en postoperatorio, tras 5 días de hospitalización sin incidencias y tras retirada de drenaje, fue alta a domicilio con catéter JJ y nefrostomía cerrada.

CONCLUSIONES: La cirugía reconstructiva ureteral laparoscópica asistida por robot con injerto de mucosa yugal es una técnica factible y reproducible para el tratamiento de estenosis ureterales proximales complejas. Nos aporta los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, con la mejor disección y maniobrabilidad de la cirugía robótica, y puede ser combinada con abordaje endoscópico.

V-2.9. REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTO-VESICAL CON INTERPOSICIÓN DE MÚSCULO GRACILIS SECUNDARIA A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA POR CÁNCER DE PRÓSTATA.

*Reina Alcaína, L. Ruiz Morcillo, J. Campos Juanatey, Félix. La Iglesia Lozano B., Segura M., Martínez Peralta H., Ballesteros C., Bitsunov A.
Hospital Universitario Rafael Méndez, Lorca.*

INTRODUCCIÓN: La fístula rectouretral tras prostatectomía radical es una complicación poco frecuente que ocurre en menos del 2% de los casos. Existen situaciones clínicas en pacientes con cáncer de próstata que pueden aumentar la adherencia del plano rectoprostático, como cT2a-c.

OBJETIVO DEL TRABAJO: Exposición visual de reparación de fístula recto-vesical mediante la interposición de músculo gracilis.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente diagnosticado de adenocarcinoma de próstata tras elevación de PSA y tacto rectal positivo, resultando en cT2a. Se realiza prostatectomía radical laparoscópica con advertencia intraoperatoria de plano recto prostático fibroso, realizándose exéresis completa de plano posterior de la glándula con dificultad y advirtiendo lesión en plano rectal de aproximadamente 2 cm de longitud, en eje longitudinal. Se realiza sutura primaria en dos planos comprobando una adecuada estanqueidad de recto.

Al mes de la cirugía el paciente comienza con fecaluria y neumaturia, considerando un alto débito a su exploración.

RESULTADOS: Se diagnostica mediante estudios complementarios y cistoscopia de control una comunicación entre recto y trígono vesical.

Se realiza colostomía de descarga y colocación de nefrostomías bilaterales, dando una oportunidad de 6 meses al cierre primario de la fístula, sin éxito.

Tras el fracaso del tratamiento conservador, se decide realización de corrección de fístula mediante abordaje perineal con interposición de músculo grácilis.

CONCLUSIÓN: La reparación mediante la vía de abordaje transperineal proporciona una visibilidad adecuada del plano rectovesical y rectouretral. Gracilis es un músculo secundario, que no realiza funciones motoras principales, que es fácilmente accesible para su desinserción, y que no deja secuelas importantes. Además, tiene un pedículo vascular largo que permite su correcta vascularización. Esto anterior lo convierte en un colgajo adecuado de interposición en fístulas rectouretrales.

Premios de la AMU del XXVIII Congreso celebrado en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, en 2023

Premio Server Falgás a la mejor comunicación oral

VALIDACIÓN DE LA CALCULADORA DE RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA DE ROTTERDAM EN LA REGIÓN DE MURCIA.

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 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

INTRODUCCIÓN: El diagnóstico de cáncer de próstata (CaP) es mediante biopsia de próstata. Se han desarrollado calculadoras de riesgo con el objetivo evitar biopsias no necesarias.

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:45-80), PSA 7,16 (R:1-50) y volumen prostático 39,5 cc (R:10-110). El 37,8% tenían biopsia negativa previa. El 50% tenía RMNmp, de las cuales el 81,5% presentaban PIRADS ≥ 3 . En el estudio histológico 46 (52,3%) pacientes presentaban CaP y 34 (36,95%) 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 CaPsig 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 CaPsig 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.

Accésit al premio Server Falgás

Montoya Chinchilla, Raúl.

Médico adjunto del servicio de urología del hospital Morales Meseguer

Evaluación de propuesta de entrenamiento laparoscópico en residentes quirúrgicos

Barragán Flores W.A.

Médico residente de cuarto año en el Hospital Morales Meseguer

Cirugía ambulatoria del hipospadias. ¿aumenta las complicaciones?

Premio Pérez Albacete a la mejor presentación audiovisual

LINFADENECTOMÍA INGUINAL ASISTIDA POR ROBOT (RAIL), DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA EN UN 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 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: Paciente de 83 años diagnosticado de tumor de uretra intervenido en 2014 y VEIL derecho en 2021. Presenta una recaída ganglionar inguinal izquierda, por lo que se propone linfadenectomía inguinal izquierda asistida por Robot (RAIL).

Iniciamos el procedimiento con la delimitación del campo quirúrgico (Triángulo de Scarpa) y marcando las 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 permite realizar una disección óptima de los vasos y paquetes ganglionares. 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. Tiempo quirúrgico: 240 min. Tiempo de hospitalización: 2 días.

CONCLUSIÓN: La linfadenectomía inguinal asistida por Robot (RAIL) es un abordaje mínimamente invasivo factible y que proporciona mayor versatilidad de movimiento en el espacio reducido de la linfadenectomía, facilitando la técnica en comparación a la videoendoscopia clásica.

Premio Mariano Tomás al mejor examen de médico residente

Laura Aznar Martínez
Residenta de quinto año en el servicio de urología del Hospital Virgen de la Arrixaca.

Los urólogos de la Región de Murcia y la Cruz Roja en el 150 aniversario de su constitución

Mariano Pérez Albacete, urólogo sénior
Voluntario, socio y referente autonómico de Salud de Cruz Roja en la Región de Murcia.

José Miguel Sáez Gómez
Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Murcia.

Corría el año 1859 cuando tuvo lugar, en la zona del Piamonte italiano, el 21 de junio, el enfrentamiento entre los ejércitos franceses de Napoleón III y los del austriaco Francisco José; la cruenta batalla de Solferino, en las llanuras de la comarca del Po, dejó 6000 muertos y más de 12000 heridos.

El suizo Jean Henry Dunant (Ginebra, 8.5.1828/Heiden, Suiza, 30.10.1910), joven hombre de negocios ginebrino, fue testigo del horrendo sufrimiento y agonía que provocó esta contienda; tras su final se encontró con un campo abandonado por las tropas con multitud de heridos y sin médicos ni sanitarios que los asistiesen ni medio alguno de socorro, con lo que los pobres soldados estaban condenados a una muerte cierta con gran padecimiento en numerosos casos; por ello se aprestó a auxiliarlos ayudado por mujeres de los pueblos cercanos.



Al regresar a Ginebra, escribió sus recuerdos y experiencias en un libro *Recuerdo de Solferino* y profundamente impresionado por los heridos de guerra, emprendió una lucha para llevar a cabo un proyecto humanitario de socorro, así que propuso la creación de un cuerpo de voluntarios con la misión de auxiliar a los abatidos en las luchas, sin distinción de nacionalidad ni del ejército de pertenencia. Su idea de crear una sociedad de ayuda humanitaria fue recogida por cuatro ciudadanos suizos que formaron junto a Dunant el llamado “Comité de los Cinco” y que lograron interesar en su proyecto de fundar una **Asociación de Socorro a los heridos** a varias personalidades europeas, que reunidas en Ginebra en 1863 en una conferencia internacional a la que acudieron delegados de catorce naciones, entre ellas España, dieron su apoyo a su constitución que recibió por nombre **Cruz Roja Internacional** y que oficialmente quedó **instituida en agosto de 1864 en Ginebra**.

Fue representado nuestro país por D. **José Joaquín Agulló, conde de Ripalda** (†Valencia, 1879)¹, por su pertenencia a la Orden Militar y Hospitalaria de San Juan de Jerusalén², y admirador de la labor desplegada por Henry Dunant, acompañado de D. **Nicasio Landa y Álvarez Carballo** (Pamplona, 1830/1891), médico mayor de Sanidad del ejército³. El conde de Ripalda fue el encargado de instituir en España una **Asamblea de la Cruz Roja** que se estableció oficialmente en Madrid en **1868**, con lo que fue el séptimo país en adherirse al convenio internacional y él su primer presidente.

1 Descendiente de la familia Ripalda y Marichalar, oriundos de Navarra, que se asentaron en el Reino de Valencia en el siglo XVII, fue un importante financiero valenciano, propietario de grandes fincas urbanas y de grandes extensiones de huerta en las tierras que rodean la ciudad.

2 Orden de Malta o de los Caballeros Hospitalarios, fundada en Jerusalén durante las Cruzadas en el siglo XI (1142) por Godofredo de Buillón (Boulogne-sur-Mer, Francia c. 1060/Jerusalén, 1100) creada inicialmente con fines piadosos y militares en defensa de la Cristiandad.

3 Conocido como el ‘Henry Dunant español’, fue el fundador de la Asamblea Navarra de Cruz Roja el cinco de julio de 1864. Inventó el denominado *mandil Landa*, consistente en un lienzo de lona o de cuero sobre el que se tiende al herido, un extremo del mandil se lo coloca en el cuello un enfermero que sujeta con sus manos libres al lesionado, en el otro extremo la colgadura es atravesada por una vara de madera que agarra con ambas manos otra persona, lo que permite trasladar al lesionado con rapidez.

Instauración de la Asamblea de Cruz Roja en la ciudad de Murcia, el 30 de julio de 1873

El acta de constitución de la Comisión Provincial de Murcia, recogida en la sesión celebrada en Madrid el 4 de agosto de 1873, bajo la presidencia del Sr. marqués de Liédana y siendo secretario general D. Basilio Sebastián Castellanos, según consta en el libro de actas de Cruz Roja Española de agosto 1873-1874, dice así:



“En la ciudad de Murcia a 30 de julio de 1873; reunidos los que suscriben por invitación del Sr. D. José Meseguer Huertos, y después de hecha por el mismo una breve reseña histórica de la Asociación Internacional de la Cruz Roja para socorro de los heridos en campaña y de la sección española de dicha Asociación, se convino por todos los presentes en la urgente necesidad de establecer en Murcia una Comisión Provincial dependiendo de la Asamblea Central de Madrid, y la declararon constituida en nombre de ésta y con arreglo a los artículos 18 de los Estatutos y 34 del Reglamento, de que se dio lectura. Procedióse después al nombramiento de los cargos que previene el artículo 19 de los mismos, siendo elegidos Presidente el Licenciado en Medicina y Cirugía don José Meseguer Huertos⁴, socio de número de la Cruz Roja.”

En la *Memoria reglamentaria de la Comisión Provincial de la Cruz Roja de Murcia*, leída por el secretario general de la comisión, D. José Antonio Rodríguez y Martínez, en la junta general celebrada en Murcia el 30 de enero de 1909, se dice:

“Era por el 30 de julio de 1873 cuando sabedores varios esclarecidos murcianos entre los que figuraban en primer término D. José Meseguer Huertos, de la existencia de una asociación de carácter internacional cuyo fin era el socorro de los heridos en campaña, Sociedad titulada Cruz Roja, reuniéronse y comprendiendo la urgente necesidad de constituir en nuestra querida Ciudad una representación de aquella, desde dicho día quedó establecida esta Comisión Provincial dependiente de la Asamblea Suprema Central, residente en Madrid, de la que recibió su aprobación y reconocimiento oficial”.

En el libro de D. Enrique Gelabert Aroca *Contribución a la historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*, en la reseña que hace del Dr. Meseguer Huertos, señala que tras la constitución de la sociedad de Cruz Roja en Murcia al tener que elegir un presidente:

Un solo nombre asomó a los labios de los reunidos para ocupar el honroso cargo de presidente y éste fue el del Sr. Meseguer Huertos, de quien se dice en la mencionada Memoria que figura en primer término entre los entusiastas por la naciente institución, cargo que desempeñó hasta finales de 1879 y en que tuvo ocasión de probar sus sentimientos caritativos y filantropía sobre todo durante el sitio de Cartagena, organizando y atendiendo a los servicios que la Institución prestó en aquella ocasión en el hospital de Sangre que levantó el vecino pueblo de La Palma en donde las tropas del Gobierno establecieron su cuartel general.

La tradición de la asistencia sanitaria de la Cruz Roja murciana data del mismo año de su fundación, 1873, cuando su “ambulancia sanitaria” montó hospitales de sangre, con ocasión de la tercera guerra carlista, en la lucha entablada en la plaza de Cartagena y al año siguiente en los combates registrados en Cieza (*Anuario de Cruz Roja*, 1875), en los que tuvo una destacada actuación su presidente, el Dr. Meseguer Huertos.



Fig. 2

4 D. **José Meseguer Huertos**, Murcia, 1824/Madrid, 1881, cirujano por oposición del Hospital Provincial de Murcia en 1853, está considerado como el primer urólogo murciano por su dedicación a la práctica de la talla perineal y a la litotricia de los cálculos vesicales. Fundador de la Asamblea de Cruz Roja de Murcia y su primer presidente además de ser el patriarca de la saga murciana de ginecólogos apellidados Meseguer. El Excmo. Ayuntamiento de Murcia le ha concedido la medalla de oro de la ciudad a título póstumo y coincidente con el bicentenario de su nacimiento, en la celebración del 150 aniversario de la instauración en Murcia de la Cruz Roja, el 30 de noviembre de 2023.

Desde su creación la Cruz Roja tuvo en Murcia una clara influencia en la sociedad murciana, los servicios iniciales practicados en la ciudad consistían en los prestados por un practicante, como personal sanitario, y por los portadores de camillas para el traslado de enfermos graves desde su domicilio al centro sanitario correspondiente o para recoger heridos en la calle por accidentes en una ambulancia de la institución con su conductor.

En 1908 la Comisión Provincial de Cruz Roja de Murcia, presidida por D. Manuel Costa y Fariñas, recoge el inventario general de material, mobiliario, enseres y vestuario de su asamblea (sin identificar su ubicación en la ciudad) que comprende una sala de juntas; salón; ambulancia; una relación de uniformes y material sanitario existente del que destacamos un “estuche de amputaciones” y un botiquín mochila modelo Escribano con su contenido; seis camillas modelo español, y ocho juegos de porta camilla. En ingresos económicos resalta el producto de una corrida de vacas (150 pts.) al que le sigue la reseña completa de miembros de la Junta de Gobierno, de la sección de señoras y el nombre de los 99 socios de Murcia así como de la subcomisión de El Palmar, con 16, y la de La Ñora-Javalí con otros 16, además del de los 20 ocupantes de la “Ambulancia Sanitaria Urbana” y de los tres practicantes titulares de las mismas.

En 1916 las intensas lluvias de los días 29 y 30 de noviembre provocaron una importante inundación en la huerta y en la ciudad de Murcia, con el partido de La Raya incomunicado y con riesgo para sus habitantes. Cruz Roja, en compañía de los bomberos y con botes de la Marina llegados de Cartagena, acudió a su rescate y se mantuvo en permanente vigilancia hasta cesar la inundación (*Revista Cruz Roja*, marzo de 1917, pág. 8).

El 30 de septiembre de 1919 se repitió la inundación y la ambulancia de Cruz Roja con un retén de alerta efectuó salidas de socorro (*Cruz Roja*, octubre de 1919, pág. 385). Otro tanto de 1921 (*Cruz Roja*, noviembre de 1923, pág. 650).

Creación de las Damas de la Cruz Roja

La Cruz Roja Española, siguiendo las recomendaciones de la Cruz Roja Internacional, creó su Escuela de Enfermeras en 1918, actividad precedida de conferencias formativas desde 1914. Este modelo docente estuvo influido por las Escuelas Nightingale y por el Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth. En España su fundación fue concebida por D^a. Concepción Arenal (El Ferrol 1820/Vigo, 1893) quien logró que las damas aristócratas españolas se unieran al movimiento humanitario y constituyeran en Madrid la sección central de señoras (1870) que fue presidida por la duquesa de Medinaceli y Santisteban. En Murcia la Junta de Damas de la Cruz Roja se estableció el **13 de diciembre de 1905** y fue su presidenta la condesa de Falcón.



En **1921** el cirujano del Hospital Provincial de Murcia, D. **Antonio Hernández-Ros Codorniú** (Murcia, 1884/Madrid, 1982) en colaboración con D. Francisco Medina, abrieron un curso de formación teórico-práctico de enfermería para las Damas de Cruz Roja en el que se inscribieron 18 alumnas; asistían a las clases impartidas en el hospital y a las operaciones quirúrgicas que se realizaban y que les servían de prácticas. En el mes de marzo de 1922, fueron examinadas por médicos del cuerpo militar designados especialmente por S. M. la reina Victoria Eugenia. Fue la primera promoción de enfermeras de Murcia con imposición de brazales de enfermeras de Cruz Roja el 29 de abril de 1922, noticia recogida por la Sra. Gallostra Coello de Portugal como enfermera directora.

En el mismo año se pudo apreciar el entusiasmo de la población de Murcia por la Cruz Roja, a la salida para la guerra de África del regimiento de artillería de la ciudad con dos baterías. En el mes de octubre llegaron dos expediciones en tren desde Cartagena con un centenar de heridos y enfermos de Melilla a la ciudad, “victimas de traición rifeña y del clima africano”, que fueron recibidos por la comisión provincial de Cruz Roja con el clamor y la admiración de una gran masa de murcianos a los defensores del honor nacional (*La Verdad de Murcia* «La Cruz Roja Española», 20 de octubre de 1921, pág. 3 y *Cruz Roja*, octubre de 1921, pág. 48a). Puso la Diputación Provincial a disposición de Cruz Roja el piso segundo de su Hospital donde fueron instalados. A cada enfermo lo acompañaba un miembro de Cruz Roja y las Damas de la institución les hacían una visita diaria. En octubre de 1921 se celebró en el Teatro Circo de Murcia una gala a beneficio de los heridos con la actuación de la banda del Tercio de la Legión Extranjera (*Diario El Tiempo*, 20 de octubre de 1921). De noviembre a mayo de 1922 atendió en su hospital de sangre a 4000 soldados heridos procedentes de la guerra del norte de África (*La Cruz Roja* n° 241 de julio de 1922, pág. 456).

En 1922, con motivo de la imposición de brazaletes a las Damas de la Cruz Roja de Murcia, su presidenta, condesa de Falcón, volvió a recordar a las autoridades la aspiración por parte de la comisión provincial de la institución de construir un hospital en la ciudad (*La Verdad de Murcia*, 30 de abril de 1922).

Inauguración del primer centro sanitario de Cruz Roja en Murcia



El seis de enero de 1923 la Asamblea de Murcia abrió la **Policlínica “Reina Victoria”** en el número 38 de la calle de San Nicolás⁵ (*Diario El Tiempo de Murcia*, 7 de enero de 1923, año XV N° 4.869); en ella comenzó la asistencia al dispensario y se realizaron las primeras intervenciones quirúrgicas de la Cruz Roja en la ciudad. En marzo de 1924 había registrados 332 servicios sanitarios y ocho operaciones (*La Cruz Roja* n° 262 de abril de 1924).

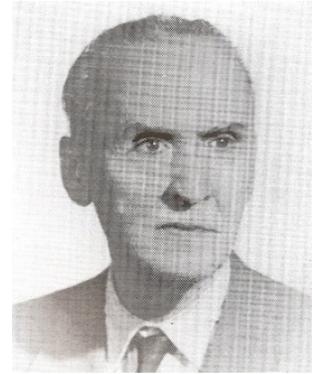
Dos años más tarde (1925), la policlínica fue trasladada a la calle de Santa Quiteria a una gran casona en la que se amplían y mejoran sus instalaciones y se convierte en hospital (*El Liberal de Murcia*, 13 de junio de 1923) dirigido por D. Emilio Sánchez García (Albacete, 1865/Murcia, 1938), (padre del Dr. D.

Ramón Sánchez-Parra García Murcia, 1896/1987, cirujano del Hospital Provincial de Murcia y urólogo, fue el primer jefe de servicio de urología de Murcia en 1931); en ese año se realizaron 3045 asistencias (*La Cruz Roja* n° 280 y 283 de octubre de 1925 y de enero de 1926). En 1932 los enfermos atendidos en el mes de noviembre fueron 1118 y en diciembre 1360 (*La Cruz Roja* n° 383 y 393 de mayo de 1934 y abril de 1935).

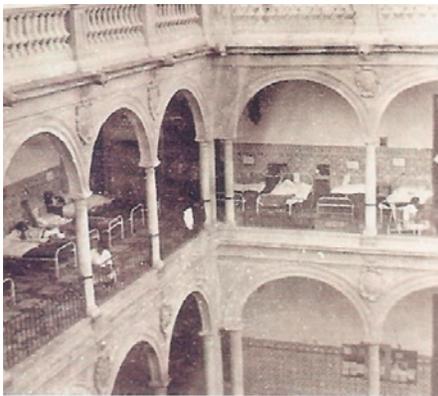
En 1934 encontramos en el diario *El Liberal* de Murcia (1902-1939) noticias sobre una posible nueva ubicación del centro con motivo de la visita del general Brunete quien, acompañado del presidente del comité local Sr. García Castillo, visita las obras que se efectúan en la antigua residencia de los jesuitas en la plaza de Romea, cedida por el Estado para tal fin (*El Liberal*, 26 de mayo de 1934), sin que encontremos más noticias ni creamos que se llegase a realizar. En 1935 el diario *La Verdad* da cuenta de los horarios y facultativos del dispensario-hospital en el que las enfermedades de vías urinarias eran atendidas por el Dr. Cano Soria.

⁵ Ubicada en la Casa de Asensio Pinar Castillo, terrateniente de Blanca, que construyó hacia 1918, un edificio de estilo neoegeipcio con ciertos toques modernistas. A su fallecimiento, su hija Concepción Pinar Mutedo, alquiló el piso principal y parte del bajo a la Cruz Roja, que instaló allí la “Policlínica Reina Victoria” el 6 de enero de 1923 (Colección fotográfica municipal, Ayuntamiento de Murcia).

D. **Fulgencio Cano Soria** (Murcia, 1884/1977), inscrito desde 1917 en el Iltre. Colegio Oficial de Médicos de Murcia como urólogo, fue el encargado de la asistencia de la especialidad en ese centro desde los primeros años de su existencia (publicó «Flemón perinefrítico. A propósito de un caso» en *Noticias Médicas*, Murcia, julio de 1927; II, 19: 11-14). Fue nombrado director médico del dispensario-hospital de Cruz Roja de la ciudad, y su permanencia en el cargo durante la Guerra Civil, periodo en el cual estos centros sanitarios pasaron a depender de Sanidad Militar, le costó, al finalizar la contienda en 1940, ser juzgado por su actuación político-social, encarcelado tres meses e inhabilitado para el desempeño de puestos de mando y confianza, lo que significó el final de su carrera como cirujano urológico, ser expulsado de la Cruz Roja y destituido también de su cargo de médico jefe de los ferrocarriles; tan solo le fue permitido trabajar como médico general de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) hasta su jubilación en 1954.



Al estallar la Guerra Civil el Gobierno Republicano disolvió el Comité Central de Cruz Roja de Madrid. El Comité Internacional de Ginebra nombró un delegado para negociar ante los dos bandos la actuación y coordinación de Cruz Roja, se aceptó una doble partición del comité, una en Madrid y Barcelona y la otra en Burgos y Sevilla; llegaron a tener diez delegaciones cada una.



Enfermos en el campus de la Merced

En Murcia, además del Hospital Provincial y del Manicomio, que seguían funcionando como hospitales civiles, las Brigadas Internacionales abrieron otros cuatro centros como hospitales de guerra, un hospital infantil sostenido por la Asociación Religiosa de Amigos (los llamados cuáqueros) que fue dirigido por el pediatra D. Amalio Fernández Delgado (Murcia, 1897/1974), ubicado en la calle de Puerta Nueva, en un chalé, edificio que actualmente acoge los servicios de estadística del Ayuntamiento de Murcia. El hospital más importante de las Brigadas Internacionales (BBI) fue el Hospital de la Universidad, en el campus de la Merced; su denominación oficial fue “Federica Montseny”; le siguió el “Hospital Pasionaria Dolores Ibárruri”, que se instaló en lo que hoy es el Instituto Licenciado Cascales; después el “Hospital Casa Roja”, llamado así por el color de la fachada del edificio, con la denominación oficial de “Comandante Dubois”, que todavía se conserva en Trapería, frente al casino.

El cuarto hospital “Radio Paul Vaillant-Couturier” pero conocido como «Malecón» por su ubicación en su entrada, ocupaba la casa Hernández-Ros (que ya no se conserva, una maqueta con la reproducción del edificio la instaló el Ayuntamiento de Murcia durante las fiestas de septiembre de 2023), fue el único especializado en medicina interna, el resto eran quirúrgicos. En cuanto al Hospital ubicado en el Colegio de los HH Maristas, empezó a funcionar como hospital del ejército republicano en 1937, con categoría de «Base» en la estructura organizativa de la sanidad militar republicana y fue dirigido por el dermatólogo D. Humberto Sanz; en septiembre de 1939, cuando la ciudad cae en manos del ejército de Franco, cambió de nombre por el de “Hospital de Sangre Calvo Sotelo” y se mantuvo como Hospital Militar hasta agosto de 1950.

La Cruz Roja en Murcia normalizó sus actividades en 1940 en unas nuevas instalaciones ubicadas en la calle de la Fuensanta, en un edificio de dos plantas con servicios de quirófano y sanatorio. Fue dirigido por D. José María Martínez Zamora (*La Verdad*, 14 de diciembre de 1940). Nos informa del comienzo de la labor en la policlínica-hospital de Murcia en enero de 1941 (*La Verdad*, 28 de enero de 1941) y señala que se incorpora D. **Juan Martínez García** (Murcia, 1914/1981) (en la foto) en sustitución del Dr. Cano Soria para atender en la especialidad de urología; posteriormente fue ayudado por el también urólogo D. **José Luis Prefasi Martínez** (Murcia, 1925/2008). Tras la jubilación del titular (1970) estuvo al frente D. **José Lorca García** (Murcia, 1933/2014).



El diario *La Verdad* de Murcia nos detalla con cifras la actividad desplegada durante los años 1941, 43 y 45, en este último se realizaron 25505 asistencias (*La Cruz Roja*, anuario de 1945).

La creación del Seguro Obrero Español (SOE) (1944) hizo que se concertara con Cruz Roja efectuar en sus centros las operaciones quirúrgicas, lo que planteó en Murcia la necesidad de levantar un hospital propio ya que el edificio no contaba con condiciones para poder atender desde el punto de vista sanitario el incremento de población.

Recibió la Asamblea de Cruz Roja de Murcia la donación de D^a María del Pilar de la Cierva Kirkpatric (Madrid, 1920/2016) de un terreno de su propiedad ubicado entre la estación de ferrocarril de Caravaca y la cárcel de Murcia (donde años más tarde se instaló el edificio de Correos), como no era por su escasa superficie adecuado para levantar un hospital, se negoció con el Excmo. Ayuntamiento de la ciudad su permuta por un solar para su construcción ubicado en la ronda de Garay a la vera del río Segura y anejo a la sede de la asamblea local de Cruz Roja y al edificio de la delegación de Defensa de la Región de Murcia.

En 1955 la presidenta nacional de Cruz Roja, Excmo. Sra. duquesa de la Victoria acudió a Murcia para entrevistarse con el alcalde, Sr. Fernández Picón, y tratar sobre la construcción del proyectado hospital con una instalación “acorde con la época y con el realce que la benemérita institución se merece”; mantuvo un cambio de impresiones con el presidente de Cruz Roja local D. Raimundo Muñoz Sánchez (Murcia, 1892-1975), el director del hospital Sr. Carrillo y el arquitecto Sr. Jiménez Casalins (*Línea de Murcia*, 13 de diciembre de 1955, pág. 3).

En 1959 se colocó la primera piedra del nuevo hospital de la Cruz Roja de Murcia en la plaza a la que dio nombre, un edificio de seis plantas, tres de hospitalización, otra de quirófano y el piso bajo para los servicios y consultas, aunque no se pudo comenzar la cimentación hasta 1962 por problemas burocráticos (*La Verdad*, 9 de septiembre de 1962). En 1963 el diario *Línea* da cuenta del estado de las obras que llevan un ritmo acelerado gracias al esfuerzo de la Junta Directiva (*Línea*, 22 de marzo de 1955, pág. 4).



El 1 de noviembre de 1965 se llevó a cabo la inauguración oficial del Hospital de la Cruz Roja de Murcia con 60 camas y capacidad para mil enfermos, asistidos con toda clase de servicios que abarcaban las principales especialidades médicas (*Hoja del Lunes de Murcia*, 1 de noviembre de 1965 y *Línea de Murcia*, 2 de noviembre de 1965, pág. 20). Fue director del centro D. José Carrillo Lozano (Murcia, 1896/1951), director a su vez del dispensario médico de la Trinidad de la Beneficencia Provincial de Murcia.

El hospital concertado para asistir a los pacientes de la Seguridad Social fue creciendo y ampliándose paulatinamente con la adopción de los adelantos científicos médicos, en 1984 contaba ya con 41 médicos y 80 camas y estaba dirigido por el neurólogo D. Donato Ortuño; en ese año se habían realizado 16597 estancias con 19900 enfermos ingresados y 3082 operaciones quirúrgicas (*Anuario de Cruz Roja*. 1985).

En 1990 el Insalud cubre por completo la asistencia sanitaria a la población española, por lo que paulatinamente cesa la atención a los pacientes de beneficencia lo que dio fin a la atención médica en el hospital. En mayo de 1999 Cruz Roja Española firmó un acuerdo de cesión del edificio al Servicio Murciano de Salud, que se integra en la institución, le cede y traspasa los derechos y obligaciones propios de su actividad hospitalaria. A partir del año 2000 la Cruz Roja nacional dio por terminada su prestación sanitaria hospitalaria.

Desde julio de 2006 el hospital de la plaza de la Cruz Roja quedó sin uso alguno. En 2011 es reformada la planta baja que se convierte en la sede de la Asamblea Autonómica de Cruz Roja de la Región de Murcia donde se ubican sus oficinas. En 2015 el edificio se rehabilitó por completo y se inauguró en 2020 con dependencias varias de salas de trabajo, aulas, áreas de atención múltiples y una planta acondicionada para atención y alojamiento temporal de inmigrantes por la Institución.

Instauración de la Asamblea de Cruz Roja en la ciudad de Cartagena, 18 de mayo de 1873

En la ciudad cantonal se organizó una comisión para para la creación de una asamblea de Cruz Roja formada por D. José María Salafranca y Anrich como presidente; vicepresidente, D. José Ramos; secretario, D. Antonio Rodríguez Carasa, y vocales, D. Mariano Pascual y Roca, D. Sinforoso López y D. Enrique Sarselly Moreno, quienes, reunidos en Cartagena el **27 de enero de 1866**, remitieron al comité central español una solicitud para incluir a la Marina de Guerra en los beneficios de la Asociación Internacional. Fue aprobada el 28 de febrero de 1866, aunque la constitución oficial de la asamblea local de Cartagena no se produjo hasta siete años más tarde, el **18 de mayo de 1873**.

Al estallar la insurrección cantonal en la ciudad (1873), el gobierno de la I República para sofocar la revuelta de claro componente federal extremo, social e internacional obrero, al estilo de la Comuna de París, mandó la intervención militar. Durante la revuelta, tras un violento combate en aguas del Mediterráneo entre los barcos centralistas y la escuadra revolucionaria, hubo un gran número de heridos y de ello surgió la necesidad de disponer de una ambulancia marítima para el trasbordo a un centro donde iniciar el tratamiento médico.



El 13 de octubre de 1873, se hicieron nuevamente a la mar los barcos del Cantón y tras ellos, **enarbolando la bandera de la Cruz Roja, marchaba el vapor de ruedas Buenaventura convertido en buque-hospital, el primero en la historia de la navegación marítima**; armado por D. Antonio Bonmatí i Caparrós (Aspe, 1830), constituyó una novedosa acción de auxilio marítimo, hecho notable y poco conocido. Hasta aquel momento, nadie había emprendido una acción de salvamento en el mar en ningún conflicto bélico.

Cuadro original ubicado en la sede central de Cruz Roja en Madrid



Primera promoción de Damas de la Cruz Roja de Cartagena, el Dr. Sánchez de Val, primero por la izda.

Escuela de Damas de la Cruz Roja de Cartagena. Fue instaurada por iniciativa de la Junta de Damas y con la cooperación del médico de la Armada, Dr. Linares; los médicos de la institución, dirigidos por D. Ángel Sánchez de Val (Madrid, 1882/ Cartagena, 1931), fueron los encargados de impartir las clases con la colaboración de las Hijas de la Caridad con su experiencia y de las propias damas, autoras de algunos manuales y materiales de apoyo, como es el caso de María Dolores Bas, primera enfermera de Cartagena. En 1918 se *inauguró el primer Curso de Enfermeras, siguieron esta enseñanza unas 30 alumnas, que han tenido 5 meses de enseñanza teórica y sólo 15 a 30 días de prácticas seguidas en el Hospital Militar de Marina de esta población. Cursos que fueron repetidos anualmente.*

Tras el desastre militar sufrido por nuestras tropas en África a finales de julio (1920) fue la Cruz Roja con sus Enfermeras y Camilleros la que tuvo la primera iniciativa y dio los primeros pasos, proponiéndose

llegar a la fundación de un hospital modesto de 10 a 15 camas para los heridos de guerra. La fiesta de la Bandera, que tuvo lugar el 15 de agosto, y algunas otras que se hicieron proporcionaron una recaudación de 7000 pts. que, unidas al pequeño fondo que la Junta de Damas tenía recogido para la creación de un consultorio, fueron el punto de partida para llegar más tarde a la obra realizada (M. C. Callostra Coello de Portugal).



Consiguió la Junta de Damas la cesión por la compañía de seguros El Día de un edificio en la Alameda de San Antón número 4, para instalar el hospital de sangre y poder atender a los heridos y enfermos procedentes de la campaña militar del norte de África; fue inaugurado en el mes de octubre de 1921 con cinco habitaciones y diez camas, dirigido por el Dr. **Sánchez de Val** auxiliado por los doctores Juan Solé, Mas Gilabert y Rubio y asistido por las hermanas de San Vicente de Paul y por 24 Damas enfermeras de la Cruz Roja (*La Cruz Roja* n° 23, de noviembre de 1921 págs. 648 y ss.).

Se cerró el centro al cesar el conflicto militar en 1922; desde noviembre de 1921 a mayo de 1922 se atendieron a 2105 soldados (*La Cruz Roja* n° 240 y 241, de junio y julio de 1922, págs. 366 y 456). Al finalizar la contienda no prosperó inicialmente el proyecto de fundar un hospital, pero finalmente se logró levantar en el mismo edificio tres años después.

Recogemos un escrito del Dr. Sánchez de Val de noviembre de 1921, titulado *Hospital de Sangre de la Cruz Roja; Cartagena. Antecedentes de su fundación, organización y funcionamiento. Finalidades ulteriores de esta Institución. Cartagena, noviembre de 1921* (documento de diez páginas escrito a máquina), que damos a conocer del que copiamos algunos párrafos y del que hacemos una breve reseña de parte de su contenido.



Dr. D. Ángel Sánchez de Val

En el año del escrito, 1921, la ambulancia sanitaria *contaba con 15 camillas, 60 camilleros perfectamente instruidos, 4 practicantes y 4 médicos, cuyos servicios habituales son la asistencia médica a los empleados en la Institución y a sus familiares.*

Anuncia la apertura del consultorio-dispensario en la Alameda de Colón de Cartagena a primeros de mayo de 1923 para la atención de los heridos de Marruecos (*La Verdad*, 26 de abril de 1923), seguida de su inauguración con la relación de médicos que prestarán su servicio (*La Verdad*, 6 de mayo de 1923); resume la labor efectuada hasta el 30 de junio, con 3462 operaciones

quirúrgicas a los enfermos asistidos y practicadas 47 y 122 intervenciones diversas, además de facilitar 556 específicos y medicamentos gratuitos a los enfermos (*La Verdad*, 2 de agosto de 1923).

La Junta de Damas de Cartagena organizó la tradicional fiesta de la banderita a beneficio del consultorio, animada con conciertos de las bandas de militares de la Marina (*La Verdad*, 11 de noviembre de 1923). En el dispensario de la Asamblea en San Antonio Abad en el mes de mayo de 1924 se habían realizado 117 estancias (*Revista Cruz Roja* n° 263 de mayo de 1924, pág. 280).

En 1925 la Junta de Damas de la Cruz Roja de Cartagena reabrió el antiguo hospital de sangre en la Alameda de San Antón y lo convirtió en un dispensario y clínica con las especialidades de ginecología, pediatría, piel y sífilis, oftalmología, otorrinolaringología y cirugía general, todas ellas bajo la dirección del Dr. Sánchez de Val auxiliado por los doctores Solé, Gutiérrez Bratons y Abengochea. En octubre y noviembre de ese año se realizaron en él 402 y 705 prestaciones respectivamente (*Revista Cruz Roja* n° 281 y 282, de noviembre y diciembre de 1925, págs. 782 y 872).

El centro fue ampliándose y se reformaron sus servicios para ponerse al día con los adelantos científicos y materiales. En 1931 asistió a 9902 enfermos pobres y fueron realizadas 233 operaciones quirúrgicas (*Revista Cruz Roja* nº 359, de mayo de 1932, págs. 332-33). El Dr. Bonmatí i Caparrós fue el director de una escuela de enfermeras que realizaban sus prácticas en él.

Tras la Guerra Civil, en 1944 el director del centro D. Rafael Abengochea Laita transformó el dispensario y sus clínicas en un hospital con una organización modélica (*Cruz Roja*, nº 451, de mayo de 1944, pág. 12); al jubilarse (1963) fue nombrado director honorario del centro con un cálido homenaje (*Cruz Roja*, nº 652, de mayo de 1963, pág. 17).

En 1968 la comisión provincial de coordinación sanitaria presentó un proyecto de ampliación del hospital de la Cruz Roja de Cartagena (*Línea de Murcia*, 10 de febrero de 1968), la inauguración del nuevo nosocomio se produjo en el mes de octubre de 1968 y fue dirigido por el Dr. Abengochea hijo (*Línea de Murcia*, 13 de octubre de 1968),

En **septiembre de 2001** se procedió a la venta del Hospital de Cartagena a la Sociedad Nuestra Señora del Perpetuo Socorro S.A. de la ciudad, que quedó subrogada con todos los convenios, contratos y conciertos de prestación sanitaria que tuvieran relación con el hospital de la Cruz Roja de Cartagena (informe de auditoría de Cruz Roja).

FUENTES:

- Clemente, Josep Carles: «Historia de la Cruz Roja Española», edita Cruz Roja Española, Madrid, 1986.
- Gallostra Coello de Portugal, MC.: «Junta de Señoras de Murcia. Memoria 1922». Tip. de Sucesores de Nogués, Murcia, 1923.
- Gelaber Aroca, E.: «Contribución a la historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia», pp. 132-133. Impr. Nogués, 1982, Murcia.
- Martínez Hernández, A.: «Historia del Hospital de San Juan de Dios (1837-1937)», pp.103-108. Impr. Jiménez Godoy, S. A. 1999, Murcia.
- Navarro Avilés, Rosa: «Apuntes sobre la creación de hospitales de Cruz Roja en la Región de Murcia». Asamblea Autonómica de Cruz Roja de la Región de Murcia, 2023.
- Pérez Albacete, M.: «Urología murciana S. XIX. D. José Meseguer Huertos (1824-1881)». *Bol. Asoc. Mur. Uro.*, 1998, Murcia; III (3): 35-38.
- Ibid: «D. Fulgencio Cano Soria (1884/1977)». *Bol. Asoc. Murc. Uro.*, 1999; IV, 4: 31-33.
- Ibid: «Diccionario histórico de urólogos españoles». Asociación Española de Urología. Método Gráfico, Madrid, 2015; y en <https://historia.aeu.es>
- Ibid: «Aproximación histórica al desarrollo de la Urología en la Región de Murcia», cap. 2. <https://Asociación murciana de urología.es/publicaciones>
- Pío Tejera y R. de Moncada, J.: «Biblioteca del murciano o ensayo de un diccionario biográfico y bibliográfico de la literatura en Murcia», I: 455-467. Impr. *Revista de Archivos y Bibliotecas y Museos*, 1922, Madrid.
- Puig Campillo, Antonio: «La primera ambulancia marítima». Edita Cruz Roja Española, Madrid, 1988.
- Rodríguez y Martínez, J. A.: «Memoria reglamentaria de la Cruz Roja Española, Comisión Provincial de Murcia, 30 de enero de 1909». Tip. Andrés Sáez, 1909, Murcia.
- Sáez Gómez, JM.; López Fernández, C.; Maset Campos, P.; López Sánchez, JF.: «Diccionario Biográfico y Bibliográfico de la Ciencia y la Medicina en la región de Murcia». Editum, 2016. Murcia.
- Saéz Gómez, JM.; Maset Camps, P.: «Mujeres en la ayuda internacional durante la Guerra Civil». Nueva Tribuna.es: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/mujeres-ayuda-internacional-guerra-civil-historia-medicina/20221221122016206251.html>

Sánchez de Val. Ángel: «Hospital de Sangre de la Cruz Roja; Cartagena. Antecedentes de su fundación, organización y funcionamiento. Finalidades ulteriores de esta Institución». Cartagena, noviembre de 1921.

Sebastián Raz, José María: «Seminario sobre historia de las instituciones sanitarias». Universidad de Murcia: <https://www.nuevatribuna.es/articulo/cultura---ocio/mujeres-ayuda-internacional-guerra-civil-historia-medicina/20221221122016206251.html>

