

# **Actas de la Asociación Andaluza de Urología.**

**Revista 13-October 2014**

---

**XXVII  
Congreso de  
La Asociación Andaluza de Urología**



**Editores:**

Dr. D. Miguel Arrabal Martín  
Dr. D. Francisco José Anglada Curado  
Dr. D. Jorge Soler Martínez  
Dr. D. Juan Moreno Jiménez

**ISSN:**

2340-3683

**Diseño y Maquetación:**

Grupo Surevents

# Actas de la Asociación Andaluza de Urología



## Índice

JUNTA DIRECTIVA .....	03
COMITÉ ORGANIZADOR .....	04
COMITÉ CIENTÍFICO .....	04
SALUDA .....	05
PROGRAMA .....	06
COMUNICACIONES .....	37
PATRONOS .....	192

# Junta Directiva

## **Presidente**

Dr. Miguel Arrabal Martín

## **Vicepresidente**

Dr. Francisco José Anglada Curado

## **Secretario**

Dr. Jorge Soler Martínez

## **Tesorero**

Dr. Juan Moreno Jiménez

## **Vocal de Almería**

Dr. José Ignacio Abad Vivas-Pérez

## **Vocal de Cádiz**

Dra. Fátima Ramírez Chamorro

## **Vocal de Córdoba**

Dr. Manuel Leva Vallejo

## **Vocal de Granada**

Dr. Antonio Martínez Morcillo

## **Vocal de Huelva**

Dr. Juan Francisco Domínguez Molinero

## **Vocal de Jaén**

Dr. Antonio Fernández Rodríguez

## **Vocal de Málaga**

Dr. Cristóbal Marchal Escalona

## **Vocal de Sevilla**

Dr. Eduardo Camacho Martínez

## **Vocal de Médicos Residentes**

Dr. Javier Amores Bermúdez

# Comité Organizador

## **Presidente de Honor**

Dr. Ghaleb Shahrour

## **Presidente del Congreso**

Dr. Jose Luis Soler Soler

## **Vicepresidente**

Dr. Jose Ignacio Abad Vivas-Pérez

## **Secretario**

Dr. Javier Hortelano Parras

## **Vocales**

Todos los Urólogos de Almería y Provincia

# Comité Científico

## **Presidente**

Dr. Francisco José Anglada Curado

## **Vocales**

Dra. Carolina Ocete Martín

Dr. Sergio Merino Salas

Dr. Miguel Ángel Arrabal Polo

# Saluda

Almería, 12 de Marzo de 2014

Estimados amigos/as y compañeros/as,

En la Asamblea General Ordinaria de la Asociación Andaluza de Urología (AAU), celebrada en Sevilla, durante el pasado Congreso de la Asociación, se ratificó a la ciudad de Almería como sede del XXVII Congreso Anual.

Como Presidente del Comité Organizador, es para mi un honor, invitaros a participar en el Congreso y de igual forma, daros la bienvenida a nuestra ciudad.

Hemos pretendido diseñar un programa científico atrayente con Sesiones Plenarias que abordan temas de actualidad que presentan importantes novedades en los últimos años. Son "Derivaciones urinarias y uso de intestino en Urología" y "Endurología y Láser". Estamos seguros que nos permitirá tener la oportunidad de actualizar y armonizar nuestros conocimientos en estas áreas.

Las fechas de celebración del Congreso serán del 16 al 17 de Octubre de 2014, y la sede oficial, el Hotel Tryp Indalo, Avda. del Mediterráneo 310, Almería. Toda la documentación del Congreso la podréis encontrar actualizada en la Web: [www.congresoaaau2014.com](http://www.congresoaaau2014.com)

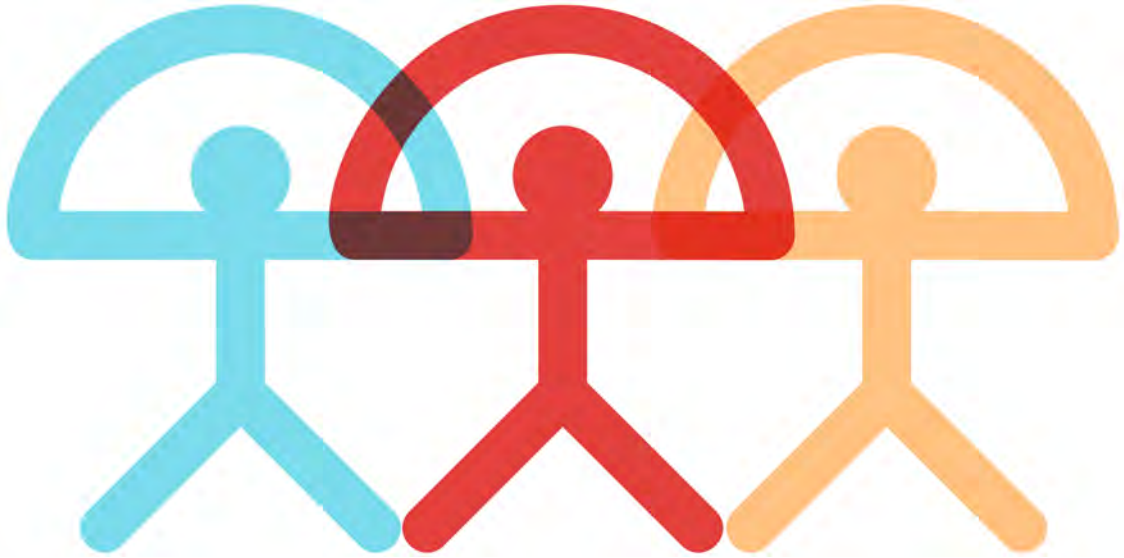
En la diversidad está el secreto de la provincia de Almería. Su riqueza natural queda reflejada en un Parque Nacional, el de Sierra Nevada, compartido con la provincia de Granada. Tres Parques Naturales: como el de Cabo de Gata-Níjar, primero Marítimo-terrestre del país, es probablemente uno de los últimos reductos de costa virgen del Mediterráneo. Además de cinco Parajes Naturales: entre ellos los de Alborán, Desierto de Tabernas, Karst en Yesos de Sorbas... Pero ante todo destacar a su gente amable y emprendedora. Confiamos en que los días que permanezcáis en nuestra ciudad, os sean de utilidad, no sólo para que compartamos experiencias científicas sino también para que estrechemos nuestras relaciones profesionales y personales.

Os esperamos en Almería

Firmado:



Dr. Jose Luis Soler Soler  
Presidente del Congreso



## **PROGRAMA**

---

## **JUEVES 16 OCTUBRE**

### **Jornada de Mañana**

**8:00-9:00 h. Entrega documentación.**

**9.00-9:15 h. Bienvenida a los Congressistas**  
Dr. Miguel Arrabal Martín. Persidente AAU  
Dr. Jose Luis Soler Soler. Presidente del Congreso

**9:15-10:50 h. 1ª Sesión Plenaria.**

#### **DERIVACIONES URINARIAS Y USO DEL INTESTINO EN UROLOGÍA**

**Moderador:**

Dr. F.J. Hortelano Parras

**Ponentes:**

Dr. A. Zuluaga Gómez

Dr. J. Castiñeiras Fernández

Dr. F.J. Machuca Santa Cruz

**10:50-11:15h. PRESENTACIÓN LIBRO CÁNCER DE VEJIGA  
MUSCULO INVASIVO**

**Moderador:**

Dr. J. Soler Martínez

**Ponente:**

Dr. F.J. Anglada Curado

**11:15-11:30 h. Pausa- Café.**

**11:30-12:30 h. Symposium patrocinado por MENARINI**

#### **ACTUALIZACIÓN EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL. QUE HAY DE NUEVO EN EL PANORAMA TERAPÉUTICO.**

**Moderador:**

Dr. R. Ocete Ocete



**SITUACIÓN ACTUAL DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ESPAÑA. PROYECTO ATLAS.**

**Ponente:**

Dr. R. Prieto Castro

**NECESIDADES NO CUBIERTAS EN EL MANEJO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y NOVEDADES TERAPÉUTICAS.**

**Ponente:**

Dr. R. Bonilla Parrilla

**12:30-13:30h. Symposium II Patrocinado por JANSSEN**

**LA REALIDAD DEL PACIENTE CON CPRC. VISIÓN DEL URÓLOGO.**

**Moderador :**

Dr. R. Linares Armada

**EL PACIENTE CON CPRC TRAS PROGRESIÓN A TDAs: DEFINAMOS AL PACIENTE.**

**Ponente:**

Dr. B. Herrera Imbroda

**LA EVIDENCIA DE LA EXPERIENCIA.**

**Ponente:**

Dr. J. Moreno Jiménez

**13:30-14:30 h. SESIÓN INSTITUCIONAL**

**Moderador :**

Dr. M. Arrabal Martín

**VIGILANCIA ACTIVA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA**

**Ponente:**

Dr. F.J. Anglada Curado

**INCONTINENCIA URINARIA: GUÍA Y  
RECOMENDACIONES DE LA AAU**

**Ponente:**

Dr. P. Blasco Hernández

**14:30-16:00 h. Almuerzo de trabajo**

**Jornada de Tarde**

**SALA 1: VIDEOS**

**16:00-17:00 h. TEMA: LAPAROSCOPIA/ENDUROLOGÍA**

**Presidente:**

Dr. E. García Galisteo

**Moderadores:**

Dr. R. Galisteo Moya

Dr. M.A. Arrabal Polo

**VIDEO Nº3: NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN LITIASIS CORALIFORMES COMPLEJAS.**

Arrabal Polo, M.A.; Abad Menor, F.; Palenzuela Serrato, J.; Lahoz García, C.; Martínez Sánchez, J.; González Torres, S.; Cano García, M.C.; Arrabal Martín, M.

Servicio de Urología, H. San Cecilio, Granada y H. La Inmaculada, Huercal-Overa (Almería)

**VÍDEO Nº 36: PAPEL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA-ROBÓTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA.**

Molina Díaz, P.; Flores Sirvent, L.; García Galisteo, E.; Del Rosal Samaniego, J.M.; Baena González, V.

U.G.C. de Urología. H. Regional de Málaga

**VÍDEO Nº 37: PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: DIFICULTAD TÉCNICA EN NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.**

Moreno Jiménez, J.; Gutiérrez Tejero, F.; Galisteo Moya, R.; Velarde Muñoz, C.\*; Arrabal Polo, M.A.\*\*; Arrebola Pascual, M.G.\*\*; Jiménez López, M.\*\*.

U.G.C. de Urología. Complejo Hospitalario de Jaén

**VÍDEO Nº 42: NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN LITIASIS RENAL CON VÍA EXCRETORA Y PACIENTES COMPLEJOS.**

Arrabal Martín, M.; González Torres, S.; Arrabal Polo, M.A.; Valderrama Illana, P.; Abad Menor, F.; Zuluaga Gómez, A.  
Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**VÍDEO Nº 55: PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA ROBÓTICA Y-V**

Sánchez Martínez, N.M.; Bautista Vidal, J.C.; García Galisteo, E.; Gómez Lechuga, P.; Flores Sirvent, L.; Sequeira García del Moral, J.; Molina Díaz, P.; Euceda Cerna, L.; Rivero Esteban, J.A.; Beneto Alduci, B.; Del Rosal Samaniego, J.M.; Baena González, V.  
U.G.C. de Urología. H. Regional de Málaga

**VÍDEO Nº60: LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA.**

Sequeira García del Moral, J.; García Galisteo, E.; Euceda Cerna, L.M.; Gómez Lechuga, P.L.; Sánchez Luque, J.; Molina Díaz, P.; Rivero Esteban, J.A.; Bautista Vidal, J.C.; Sánchez Martínez, N.; Flores Sirvent, L.; Beneto Alduci, B.; Soler Martínez, J.; Baena González, V.  
U.G.C. de Urología. H. Regional de Málaga

**SALA 2: PÓSTER**

**16:00-17:00 h. TEMA: LAPAROSCOPIA/ENDUROLOGÍA, LITIASIS**

**Presidente:**

Dr. F. Arredondo Martínez

**Moderadores:**

Dr. J. Carazo Carazo

Dr. M. Pareja Vilchez

**POSTER Nº 49: SERIE DE PIELOPLASTIAS LAPAROSCÓPICAS DE 2010 A 2013.**

Marengo Jiménez, J.L.; Gutiérrez González, M.; Ortiz Gamiz, A.; González Cáliz, C.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Universidad de Sevilla. Sevilla

**POSTER Nº 65: IMPLANTE TUMORAL EN LECHO QUIRÚRGICO Y PUERTO LAPAROSCÓPICO TRAS NEFROURETERECTOMÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.**

Merino Salas, S.; Abad Vivas-Pérez, J.I.; Piedra Lara, J.D.; Ochoa Labarta, L.M.\*; Martínez Portillo, F.

Servicio Urología. \*Servicio Cirugía General. H. De Poniente. El Ejido (Almería)

**POSTER Nº 116: RESULTADOS DE 86 CASOS DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADOS EN NUESTRO CENTRO.**

Carmona Sánchez, E.; Cantero Mellado, J.A.; Yañez Galvez, A.; García del Pino, M.J.; Del Río González, S.; Castillo Gallardo, E.; Marchal Muñoz, M. (UCAM Murcia); Saez Barranquero, F.; Herrera Imbroda, B.; Marchal Escalona, C.; Antuña Calle, F.; Machuca Santa Cruz, F.J.  
Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**POSTER Nº 110: CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS DE NUESTRA SERIE.**

Leanez Jiménez, M.; Leal Lombardo, J.; Domínguez Villalón, M.; Candau Vargas-Zuñiga, F.; Rivera Muñoz, F.; García Escuder, A.; Sánchez de la Vega, J.; Camacho Martínez, E.  
Servicio de Urología. H.U. Ntra. Sra. De Valme. Sevilla

**POSTER Nº 109: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PARÁMETROS RELACIONADOS CON LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETROVESICAL Y LA INCONTINENCIA SEVERA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICO.**

Sequeira García del Moral, J.; Molina Díaz, P.; García Galisteo, E.; Del Rosal Samaniego, J.M.; Machuca Santa Cruz, F.J.; Gómez Lechuga, P.; Bautista Vidal, J.C.; Sánchez Martínez, N.; Flores Sirvent, L.; Euceda Cerna, L.M.; Rivero Esteban, J.A.; Beneto Alducin, B.; Soler Martínez, J.; Baena González, V.  
U.G.C. de Urología. H. Regional de Málaga

**POSTER Nº 107: FÍSTULA RECTO-URETRAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. REPARACIÓN POR VÍA ENDOSCÓPICA.**

Barahona Centeno, K.A.; Pedrajas de Torres, G.; García Valverde, A.; Caballero Cobos, R.; Jiménez López, I.; Pujadas Martínez, M.; Domínguez Molinero, J.F.; Rodríguez Rincón, J.P.; Bel Rincón, J.; García Ramos, J.B.; Funes Padilla, C.; Deniz Cubas, A.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.  
UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

**POSTER Nº 108: SÍNDROME DE LA UNIÓN RESUELTA CON STENT URETERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Koraichi Rabie Senhaji, Z.; Soler Soler, J.L.; González Martínez, F.J.  
Servicio Urología. \* Servicio Nefrología. H. Torrecárdenas. Almería

**POSTER Nº 78: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES LITIÁSICOS CON ALTERACIÓN DEL ESTUDIO METABÓLICO.**

Corchuelo Maillo, C.; Cienfuegos Belmonte, I.; Argüelles Salido, E.; Campoy Martínez, P.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**SALA 3: COMUNICACIONES ORALES**

**16:00-17:00 h. TEMA: CÁNCER DE VEJIGA**

**Presidente:**

Dr. R. Medina López

**Moderadores:**

Dr. A. Jiménez Pacheco

Dra. M.C. Cano García

**C. ORAL Nº 1: FULGURACIÓN CON LÁSER DE HOLMIUM DE LA RECIDIVA DEL CÁNCER VESICAL.**

Cano García, M.C.; Arrabal Polo, M.A.; Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio Urología. H. La Inmaculada. Huerca-Overa (Almería)

**C. ORAL Nº 6: FACTORES Y DIFERENCIAS PRONÓSTICOS ENTRE CÁNCER VESICAL MÚSCULO-INVASIVO PRIMARIO Y CÁNCER VESICAL MÚSCULO-INVASIVO PROGRESIVO.**

Parra López, L.; Villegas Osorio, J.F.; Congregado Ruiz, B.; Osman García, I.; Conde Sánchez, J.M.; Medina López, R.

UGC Nefro-Urología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

**C. ORAL Nº 9: IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE VEJIGA. PROTOCOLO DE ESTUDIO Y PRIMEROS RESULTADOS.**

Linares Armada, R.(1); Arredondo Martínez, F.(1); Ramos Font, C.(2); Domínguez Molinero, J.F.(1); García Ramos, J.B.(1); Salgado García, C.(2); Sánchez de Mora, E.(2); López Martín, J.(2); Jiménez Heffernan, A.(2).

(1)UGC Intercentros Urología. Complejo Hospitalario Huelva.(2) Servicio de Medicina Nuclear. H. Juan Ramón Jiménez. Huelva

**C. ORAL Nº 34: ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN ACTUAL DEL TUMOR VESICAL DE LA EAU EN NUESTRO MEDIO.**

Flores Sirvent, L.; Hernández Alcaraz, D.; Sánchez Martínez, N.; Soler Martínez, J.; Gómez Pascual, J.A.; Carnero Bueno, J.; Baena González, V.

UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**C. ORAL Nº 113: QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VEJIGA INVASIVO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

Leal Lombardo, J.; Rico López, F.; Domínguez Villalón, M.; Candau Vargas-Zuñiga, F.; Camacho Martínez, E.

Servicio de Urología. H.U. Ntra. Sra. De Valme. Sevilla

**C. ORAL Nº 104: CISTECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN DE CASUÍSTICA.**

Jiménez López, I.; García Valverde, A.; García Ramos, J.B.; Barahona Centeno, K.A.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez, M.; Domínguez Molinero, J.F.; Rodríguez Rincón, J.P.; Bel Rincón, J.; Pedrajas de Torres, G.; Funes Padilla, C.; Deniz Cubas, A.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.

UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

**SALA 1: COMUNICACIONES ORALES**

**17:00-18:00 h. TEMA: CA DE TÉSTICULO, PRÓSTATA Y CA RENAL**

**Presidente:**

Dr. E. Sánchez Sánchez

**Moderadores:**

Dr. F. Valle Díaz de la Guardia

Dr. E. Rodríguez Rubio

**C. ORAL Nº 48: PATRONES ECOGRÁFICOS DE BENIGNIDAD EN MASAS INTRATESTICULARES: ¿PODRÍAN EVITARSE ORQUIECTOMÍAS INNECESARIAS?**

Cuevas Palomino, A.; Parra López, M.L.; Baena Villamarín, C.; Congregado Ruiz, C.B.; Conde Sánchez, J.M.; Osman García, I.; Marmol Navarro, S.; Talegón Meléndez, A.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**C. ORAL Nº 33: DATOS DE INFRAESTADIAJE E INFRAGRADACIÓN EN PROSTATECTOMÍA RADICAL DE PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA.**

Lendinez Cano, G.; Alonso Flores, J.; Beltrán Aguilar, V.; Salazar Otero, S.; Bachiller Burgos, J.

Servicio de Urología H. San Juan de Dios (Bormujos) Sevilla

**C. ORAL Nº 66: ASOCIACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES DE PROTEINA-C REACTIVA, SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.**

Gómez Gómez, E.; Carrasco Valiente, J.; Carazo Carazo, J.L.; Ruiz García, J.; Campos Hernández, J.P.; Arenas Bonilla, A.; García Rubio, J.H.; Leva Vallejo, M.; Requena Tapia, M.J.

Servicio de Urología. H. U. Reina Sofía. Córdoba

**C. ORAL Nº 20: EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ANTIANGIOGÉNICOS EN EL CÁNCER RENAL METASTÁSICO (CCRM)**

Saiz Marengo, R.; Sánchez Sánchez, E.; Cuaresma Díaz, A.; Gutiérrez González, M.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; Castiñeiras Fernández, J.

UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 21: CIRUGÍA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES (CCR) CON TROMBO EN CAVA. EXPERIENCIA INTERDISCIPLINAR DE NUESTRO CENTRO. ANÁLISIS DESUPERVIVENCIA.**

Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Sánchez Sánchez, E.; González Baena, A.C.; Gutiérrez González, M.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; Castiñeiras Fernández, J.

UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 91: ANÁLISIS DE LAS NEFRECTOMÍAS TUMORALES DURANTE UN PERIODO DE 5 AÑOS.**

García Valverde, A.; Jiménez López, I.; García Ramos, J.B.; Domínguez Molinero, J.F.; Barahona Centeno, K.A.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez, M.; Bel Rincón, J.; Pedrajas de Torres, G.; Funes Padilla, C.M.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.

UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

## **SALA 2: POSTER**

### **17:00-18:00 h. TEMA: ONCOLOGÍA. CÁNCER DE VEJIGA**

**Presidente:**

Dr. J.B. García Ramos

**Moderadores:**

Dr. S. Merino Salas

Dr. J.M. Conde Sánchez

**POSTER Nº 27: BCG SIN Y CON PAUTA DE MANTENIMIENTO DE UN AÑO. RESULTADOS TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN TUMORES VESICALES NO MÚSCULO INFILTRANTES DE RIESGO INTERMEDIO**

Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; Moyano Calvo, J.L.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Departamento de Cirugía. Universidad de Sevilla

**POSTER Nº 28: TUMORES VESICALES DE ALTO RIESGO T1: IMPORTANCIA DE LA PERMEACIÓN LINFOVASCULAR PARA LA PROGRESIÓN A ESTADIO MÚSCULO INFILTRANTE.**

Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; Moyano Calvo, J.L.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Departamento de Cirugía. Universidad de Sevilla

**POSTER Nº 106: ADENOCARCINOMA SECUNDARIO DE VEJIGA.**

Barahona Centeno, K.A.; García Valverde, A.; García Ramos, J.B.; Jiménez López, I.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez, M.; Domínguez Molinero, J.F.; Rodríguez Rincón, J.P.; Pedrajas de Torres, G.; Bel Rincón, J.; Funes Padilla, C.; Deniz Cubas, A.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.  
UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

**POSTER Nº 74: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO CON GEMCITABINA INTRAVESICAL EN TUMORES DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASIVOS.**

Baena Villamarín, C.; Beardo Villar, P.; Castro Donantes, M.J.; Soto Delgado, M.; Gamaza Martínez, R.; Gavira Moreno, R.; Arroyo Maestre, J.M.; Ibáñez Suarez, R.; Juárez Soto, A.  
UGC de Urología. H.U. De Jerez de la Frontera (Cádiz)



**POSTER Nº 80: PRESERVACIÓN VESICAL EN PACIENTE CON CARCINOMA VESICAL DE CÉLULAS PEQUEÑAS. APORTACIÓN DE UN CASO.**

Navarro Serrato, J.C.; Diez Farto, S.; Revelo Cadena, I.; Jiménez Romero, M.E.; Ramírez Chamorro, F.  
UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**POSTER Nº 81: COLITIS CRÓNICA SECUNDARIA A LA INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN.**

Díaz Convalia, E.; González Torres, S.; Valderrama Illana, P.; Pareja Vílchez, M.; Domínguez Amillo, A.  
Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**POSTER Nº 94: RECURRENCIA PRECOZ EN PACIENTES CON TUMORES VESICALES DE BAJO RIESGO CON INSTILACIÓN ÚNICA DE MITOMICINA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO.**

Candau Vargas-Zuñiga, F.; Rico López, F.J.; Leal Lombardo, J.; Domínguez Villalón, M.; Leanez Jiménez, M.; Camacho Martínez, E.  
Servicio de Urología. H.U. Ntra. Sra. De Valme. Sevilla

**POSTER Nº 68: FOTOCOAGULACIÓN EN TUMORES VESICALES SUPERFICIALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

Gómez Lechuga, P.; Bautista Vidal, J.C.; Sánchez Martínez, N.; Soler Martínez, J.; Flores Sirvent, L.; Sequeira García del Moral, J.; Molina Díaz, P.; Euceda Cerna. L.M.; Rivero Esteban, J.A.; Baena González, V.  
U.G.C de Urología. H. Regional de Málaga

**SALA 3: COMUNICACIONES ORALES**

**17:00-18:00 h. TEMA: ANDROLOGÍA, UROLOGÍA FUNCIONAL**

**Presidente:**

Dr. F. Palao Yago

**Moderadores:**

Dr. C. Marchal Escalona

Dr. R. Vozmediano Chicharro

**C. ORAL Nº 59: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES BAJOS DE TESTOSTERONA Y EL SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN HOMBRES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE UROLOGÍA.**

Vozmediano Chicharro, R.; Gómez Lechuga, P.; Jiménez Mayorga, I.; Baena González, V.; Martín Morales, A.  
UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**C. ORAL Nº 17: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. RESULTADOS FUNCIONALES Y COMPLICACIONES.**

Cuaresma Díaz, A.; El Khoury Moreno, R.; Domínguez Domínguez, M.; Saiz Marengo, R.; Ortiz Gamiz, A.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 18: NUESTRA EXPERIENCIA EN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROLAPSO DE COMPARTIMENTO ANTERIOR MEDIANTE TÉCNICAS CON MALLA.**

Cuaresma Díaz, A.; El Khoury Moreno, R.; Domínguez Domínguez, M.; Saiz Marengo, R.; Ortiz Gamiz, A.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 19: TRABECULACIÓN VESICAL Y CISTOCELE. VALOR DE LA FLUJOMETRÍA Y CISTOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE OBSTRUCCIÓN.**

Saiz Marengo, R.; Domínguez Domínguez, M.; El Khoury Moreno, R.; Cuaresma Díaz, A.; Ortiz Gamiz, A.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 117: RESULTADOS DE LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT.**

Abad Vivas-Pérez, J.I.; Merino Salas, S.; Piedra Lara, J.D.; Collado, A.\*; Martínez Portillo, F.; Sánchez Tamayo, J.; Gómez Jiménez, J.  
Servicio de Urología. H. De Poniente. El Ejido. Almería. \* Fundación IVO. Valencia

**C. ORAL Nº 72: EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS TIBIAL POSTERIOR EN PACIENTES CON SDP/CI REFRACTARIAS A TRATAMIENTO ORAL E INTRAVESICAL. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Vozmediano Chicharro, R.; Bautista Vidal, C.; Gómez Lechuga, P.; Sánchez Martínez, N.; Flores Sirvent, L.; Burgos Rodríguez, R.  
UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**18:00-18:15 h. Pausa café**

## **SALA 1: POSTER**

### **18:15-19:15 h. TEMA: ONCOLOGÍA: CA DE PRÓSTATA, CA RENAL, CA DE UROTELIO SUPERIOR**

#### **Presidente:**

Dr. V. Baena González

#### **Moderadores:**

Dr. R. Bonilla Parrilla

Dr. J.L. Miján Ortiz

#### **POSTER Nº 45: PROSTATECTOMÍA ROBÓTICA DE RESCATE TRAS BRAQUITERAPIA.**

Fajardo Paneque, M.; Congregado Ruiz, C.B.; Conde Sánchez, J.M.; Corchuelo Maillo, C.; Osman Sánchez, I.; Medina López, R.A.  
UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

#### **POSTER Nº 77: PAPEL DE LA DENSIDAD DE PSA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA RECIDIVA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.**

Corchuelo Maillo, C.; Fajardo Paneque, M.; Conde Sánchez, J.M.; Congregado Ruiz, C.B.; Osman García, I.; Pena Outeiriño, J.M.; Marmol Navarro, S.; Medina López, R.A.  
UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

#### **POSTER Nº 79: CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN LAS PIEZAS DE ADENOMECTOMÍAS Y RTU DE PRÓSTATA. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Domínguez Villalón, M.; Rico López, F.J.; Leal Lombardo, J.; Candau Vargas-Zuñiga, F.; Leanez Jiménez, M.; Camacho Martínez, E.  
Servicio de Urología. H.U. Ntra. Sra. De Valme. Sevilla

#### **POSTER Nº 99: MÁRGENES QUIRÚRGICOS TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿SON MAYORES EN ANDALUCÍA RESPECTO AL RESTO DE ESPAÑA?**

Gómez Gómez, E.(1); Requena, M.J.(1); Cozar, J.M.(2); Miñana, B.(3); Gómez Veiga, F.(4); Rodríguez Antolín, A.(5); Márquez, F.J.(1); GESCAP (6); Pedrosa, E. (7).

(1)H.U. Reina Sofía. (2) H.U. Virgen de las Nieves. (3) H. Morales Meseger. (4)H.U.A.C. (5) H.U.12 de Octubre. (6) Grupo Español de Cáncer de Próstata. (7) Astellas Pharma

**POSTER Nº 71: CÁNCER RENAL AVANZADO EN TRATAMIENTO CON ANTIANGIOGÉNICOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS A LA HORA DE TRATAR ENTRE URÓLOGO Y ONCÓLOGO MÉDICO?**

Congregado Ruiz, C.B.; Conde Sánchez, J.M.; Osman García, I.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**POSTER Nº 97: NEFRECTOMÍAS PARCIALES Y TUMERECTOMÍAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE DE CASOS.**

Valderrama Illana, P.; Pareja Vílchez, M.; Domínguez Amillo, A.R.; Canales Casco, N.A.; González Torres, S.; Díaz Convalia, E.; Tinaut Ranera, F.J.; Zuluaga Gómez, A.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**POSTER Nº 87: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO CON RESPUESTA COMPLETA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES TIROSIN KINASA.**

Beardo Villar, P.(1); Congregado Ruiz, C.B.(2); García Ramos, J.B.(3); Soto Delgado, M.(1); Osman García, I.(2); Baena Villamarín, C.(1); Conde Sánchez, M.(2); Galisteo Moya, R.(4); Moreno Jiménez, J.(4); Juárez Soto, A.(1); Medina López, R.A.(2). (1)

(1)UGC Urología. H.U. Jerez. (2)UGC Nefro-Urología H.U. V. Rocío.

(3)UGC Urología Complejo H. Huelva. (4)UGC Urología Complejo H. Jaén

**POSTER Nº 13: TUMOR UROTELIAL BILATERAL; SINADELFO-URETEROSTOMÍA COMO OPCIÓN QUIRÚRGICA.**

Diez Farto, S.; Navarro Serrato, J.C.; Revelo Cadena, I.; Saucedo Giménez, I.; Ramírez Chamorro, F.; Sánchez Bernal, C.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**SALA 2: COMUNICACIONES ORALES**

**18:15-19:15 h. TEMA: GESTIÓN, INFECCIONES URINARIAS**

**Presidente:**

Dr. J.M. Arribas Rodríguez

**Moderadores:**

Dr. G. Pedrajas de Torres

Dr. A.C. González Baena

**C. ORAL Nº 16: ESTUDIO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD DE LOS PRINCIPALES TUMORES UROLÓGICOS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA DURANTE EL PERIODO 2000-2012.**

Saiz Marenco, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marenco Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; González Baena, A.C.; Sánchez Sánchez, E.; Castiñeiras Fernández, J.

UGC Urología. Jefe Servicio Documentación Clínica. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 88: INGENIERÍA TISULAR EN UROLOGÍA: TRATAMIENTO RECONSTRUCTIVO DE ESTRUCTURAS PENEANAS.**

Valderrama Illana, P.; Lahoz García, C.; Díaz Convalia, E.; Domínguez Amillo, A.R.; Arrabal Polo, M.A.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**C. ORAL Nº 62: CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.**

Saucedo Giménez, I.; Diez Farto, S.; Armijos León, S.; Revelo Cadena, I.; Navarro Serrato, J.C.; Ramírez Chamorro, F.; Jiménez Romero, M.E.; Shub Skorniakov, M.; Solano Castro, D.; Rodríguez-Rubio Cortadellas, F.; Sánchez Bernal, C.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**C. ORAL Nº 5: ¿ES EL EXTRACTO DE ARANDANO ROJO AMERICANO UN ADYUVANTE A LA PROFILAXIS HABITUAL PARA EVITAR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO TRAS LA COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL DOBLE J?**

Barnoiu, O.S.; Sánchez Martínez, N.; Sequeira García del Moral, J.; Flores Sirvent, L.; Molina Díaz, P.; Gómez Lechuga, P.; Bautista Vidal, C.; Baena González, V.

Área Sanitaria Norte de Málaga

**C. ORAL Nº 38: ESTUDIO BACTERIOLÓGICO DE LA ORINA EN PROCEDIMIENTOS ENDOUROLÓGICOS.**

Diez Farto, S.; Navarro Serrato, J.C.; Revelo Cadena, I.; Ramírez Chamorro, F.; Martínez Rubio, C.; Saucedo Giménez, I.; Sánchez Bernal, C.

UGC de Urología H.U. Puerto Real. Cádiz

**C. ORAL Nº 69: PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Parra López, L.; Olmo Ruiz, M.; Osman García, I.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

### **SALA 3: POSTER**

#### **18:15-19:15 h. TEMA: ONCOLOGÍA: OTRAS NEOPLASIAS**

**Presidente:**

Dr. G. Shahrour

**Moderadores:**

Dr. J.C. Carrasco Aznar

Dra. C.B. Congregado Ruiz

**POSTER Nº 14: RARO TUMOR CUTÁNEO CON IMPLICACIÓN UROLÓGICA: LEIOMIOSARCOMA DÉRMICO DE ESCROTO.**

Merino Salas, S.; Abad Vivas-Pérez, J.I.; Benavides Ortiz, F.\*; Sánchez Tamayo, J.

Servicio de Urología. \*Servicio de Dermatología. H. De Poniente. El Ejido (Almería)

**POSTER Nº 32: LEIOMIOMA VESICAL INTRAMURAL. CLAVES PARA SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

Diez Farto, S.; Navarro Serrato, J.C.; Ramírez Chamorro, F.; Revelo Cadena, I.; Saucedo Giménez, I.; Sánchez Bernal, C.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**POSTER Nº 53: TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PRÓSTATA.**

Euceda Cerna, L.M.; Sequeira García del Moral, J.; García Galisteo, E.; Rivero Esteban, J.A.; Molina Díaz, P.; Soler Martínez, J.; Bautista Vidal, J.C.; Gómez Lechuga, P.L.; Sánchez Martínez, N.; Flores Sirvent, L.; Beneto Alduci, B.; Baena González, V.

UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**POSTER Nº 115: QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR.**

Del Río González, S.; Cantero Mellado, J.A.; Yañez Galvez, A.; Carmona Sánchez, E.; García del Pino, M.J.; Castillo Gallardo, E.; Saez Barranquero, F.; Herrera Imbroda, B.; Machuca Santa Cruz, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**POSTER Nº 101: SCHWANNOMA O NEURILEMOMA PÉLVICO.**

Del Río González, S.; Cantero Mellado, J.A.; Yañez Gálvez, A.; Carmona Sánchez, E.; García del Río, M.; Castillo Gallardo, E.; Sáez Barranquero, F.; Herrera Imbroda, B.; Machuca Santa Cruz, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**POSTER Nº 102: ADENOCARCINOMA DE URACO.**

Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez, M.; Bel Rincón, J.; Rodríguez Rincón, P.; Domínguez Molinero, J.F.; García Valverde, A.; Jiménez López, I.; Barahona Centeno, K.A.; García Ramos, J.B.; Pedrajas de Torres, G.; Funes Padilla, C.; Deniz Cubas, A.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.

UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

**POSTER Nº 93: MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO DE VEJIGA URINARIA.**

Revelo Cadena, I.; Diez Farto, S.; Navarro Serrato, J.C.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**POSTER Nº 92: QUISTE MULTIOCULAR. INDICACIONES DE TRATAMIENTO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA TRAS DOS CASOS.**

Merino Salas, S.; Abad Vivas-Pérez, J.I.; Roig Alvaro, J.M.\*; Martínez Portillo, F.

Servicio de Urología. \*Servicio de Anatomía Patológica. H. De Poniente. El Ejido (Almería)

**19:15-19:30 h. VISITA INSTITUCIONAL EXPOSICIÓN COMERCIAL**

## **Jornada de Noche**

**21:00 h. ACTO DE INAUGURACIÓN OFICIAL DEL XXVII CONGRESO AAU.**

## **VIERNES 17 OCTUBRE**

### **Jornada de Mañana**

#### **SALA 1: COMUNICACIONES ORALES**

##### **08:30-09:30 h. TEMA: LITIASIS, UROLOGÍA GENERAL**

**Presidente:**

Dra. M.J. Requena Tapia

**Moderadores:**

Dr. A. Martínez Morcillo

Dr. R. Ruiz de la Muela

**C. ORAL Nº 2: ESTUDIO DE LOS FACTORES LITOGÉNICOS Y DE LOS MARCADORES ÓSEOS EN PACIENTES CON OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS SIN LITIASIS Y EN PACIENTES CON LITIASIS CÁLCICA.**

Arrabal Polo, M.A.; Cano García, M.C.; Poyatos Andujar, A.; Girón Prieto, M.S.; Quesada Charneco, M.; Abad Menor, F.; Zuluaga Gómez, A.; De Haro Muñoz, T.; Arrabal Martín, M.

Servicio de Urología. H. San Cecilio, Granada y H. La Inmaculada. Huercal-Overa (Almería)

**C. ORAL Nº 15: LA CALCIFILAXIS DE PENE. PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE ESTA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Marenco Jiménez, J.L.; Saiz Marenco, R.; Cuaresma Díaz, A.; González Cáliz, C.; González Baena, A.C.; El Khoury Moreno, R.; Ramírez Zambrana, A.; Castiñeiras Fernández, J.

UGC de Urología. Jefe Servicio Documentación Clínica. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**C. ORAL Nº 30: PROSTATITIS CRÓNICA Y SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. ANÁLISIS DE LA TERAPÉUTICA ACTUAL.**

Jiménez Pacheco, A.; González Torres, S.; López Luque, A.; Verdú Martínez, M.

Servicio de Urología. H. Santa Ana de Motril. Servicio de Urología H.U. San Cecilio. Granada



**C. ORAL Nº 50: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN PATOLOGÍA UROLÓGICA.**

Soler Soler, J.L.; Hortelano Parras, J.; López Lloret, G.\*; López Martínez, G.\*; López Palmero, S.\*; Ocete Martín, C.; Diez García, F.\*

Servicio de Urología. \* Servicio de Medicina Interna. H. Torrecárdenas. Almería

**C. ORAL Nº 103: ASCITIS QUILOSA TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL: PREVENCIÓN Y MANEJO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

Jiménez López, I.; Caballero Cobos, R.; Domínguez Molinero, J.F.; García Valverde, A.; Barahona Centeno, K.A.; Pujadas Martínez, M.; Bel Rincón, J.; Rodríguez Rincón, J.P.; García Ramos, J.B.; Pedrajas de Torres, G.; Funes Padilla, C.; Deniz Cubas, A.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.

UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

**C. ORAL Nº 86: REVISIÓN PICTOGRÁFICA DE LA CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE GRANADA.**

Díaz Convalia, E.; Noguerras Ocaña, M.; Domínguez Amillo, A.; Tinaut Ranera, J.; Valderrama Illana, P.; Canales Casco, N.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**SALA 2: POSTER**

**08:30-09:30 h. TEMA: UROLOGÍA FUNCIONAL, UROLOGÍA PEDIÁTRICA**

**Presidente:**

Dr. M. Leva Vallejo

**Moderadores:**

Dra. M. Noguerras Ocaña

Dr. R. Barrero Candau

**PÓSTER Nº 7: FUNCIONALIDAD DE ESFÍNTERES URINARIOS AMS-800: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS.**

Parra López, L.; Cuevas Palomino, A.; Rodríguez Pérez, A.; García Sánchez, C.; Pena Outeiriño, J.M.; Medina López, R.

UGC de Nefro-Urología. H. U. Virgen del Rocío. Sevilla

**PÓSTER Nº 51: ALTERACIONES FUNCIONALES EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA EXTERNA TRAS RECIDIVA BIOQUÍMICA SECUNDARIA A PROSTATECTOMÍA RADICAL (PR)**

Molina Díaz, P.; Rivero Esteban, J.A.; García Galisteo, E.; Euceda Cerna, L.; Sequeira García del Moral, J.; Baena González, V.

UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**PÓSTER Nº 114: BANDAS SUBURETRALES (ADVANCE): EFICACIA Y SEGURIDAD EN NUESTRA SERIE.**

Carmona Sánchez, E.; Cantero Mellado, J.A.; Yañez Galvez, A.; García del Pino, M.J.; Del Río González, S.; Castillo Gallardo, E.; Marchal Muñoz, M. (UCAM Murcia); Sáez Barranquero, F.; Herrera Imbroda, B.; Marchal Escalona, C.; Antuña Calle, F.; Machuca Santa Cruz, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**PÓSTER Nº 98: CORRECCIÓN DE PROLAPSO DEL COMPARTIMENTO POSTERIOR CON MALLA VÍA TRANSVAGINAL: EFICACIA Y SEGURIDAD EN NUESTRA SERIE.**

Yañez, A.; Cantero, J.A.; Carmona, E.I.; García, M.J.; Del Río, S.; Castillo, E.; Sáez, F.; Herrera, B.; Machuca, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**PÓSTER Nº 111: URETEROHIDRONEFROSIS BILATERAL EN VARÓN DE 11 AÑOS POR FIMOSIS FISIOLÓGICA.**

Díaz Convalia, E.; Nogueras Ocaña, M.; Domínguez Amillo, A.; Moreno Nores, J.; Tinaut Ranera, J.; Pareja Vilches, M.; Zuluaga Gómez, A.; Canales Casco, N.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**PÓSTER Nº 112: RESOLUCIÓN DE LITIASIS URETERAL IZQUIERDA EN NIÑA MONORRENA DE 3 AÑOS CON MEGAUÉRTER.**

Díaz Convalia, E.; Nogueras Ocaña, M.; Domínguez Amillo, A.; Valderrama Illana, P.; Canales Casco, N.; Miján Ortiz, J.L.; Tinaut Ranera, J.; González Torres, S.; Zuluaga Gómez, A.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**PÓSTER Nº 83: IMPLANTACIÓN URETERAL ECTÓPICA EN VESÍCULA SEMINAL DE RIÑÓN IZQUIERDO ATRÓFICO ASOCIADO A MEGAUÉRTER OBSTRUCTIVO DERECHO EN LACTANTE DE 8 MESES.**

Díaz Convalia, E.; Nogueras Ocaña, M.; Valero Rosa, Inmaculada; Martín Rodríguez J.; Domínguez Amillo, A.; Canales Casco, N.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**PÓSTER Nº 58: DOS ETAPAS (TÉCNICA DE CLOUTIER) EN LA REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS: ¿ES UNA ALTERNATIVA ADECUADA?**

Román Martín, A.A.; Requena Díaz, M.; Antón Eguia, B.T.; Fernández Hurtado, M.; Valladares Mendias, J.C.; Pérez Bertólez, S.; Barrero Candau, R.; García Merino, F.

Servicio de Urología Pediátrica. H.U. Infantil Virgen del Rocío. Sevilla

**SALA 3: COMUNICACIONES ORALES**

**08:30-09:30 h. TEMA: LAPAROCOPIA/ENDUROLOGÍA, TRASPLANTE**

**Presidente:**

Dr. A. Ramírez Mendoza

**Moderadores:**

Dr. J.P. Campos Hernández

Dra. J. Carrasco Valiente

**C. ORAL Nº 4: ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA BIPOLAR. VALORACIÓN Y RESULTADOS DE LOS PRIMEROS CIENTO CASOS.**

Ramírez Mendoza, A.; Ramírez Zambrana, A.

Centro Urológico S. Ignacio. Sevilla

**C. ORAL Nº 40: IMPACTO DE LA VISIÓN 3D SOBRE LA CARGA MENTAL Y EL RENDIMIENTO LAPAROSCÓPICO EN SUJETOS SIN EXPERIENCIA.**

Gómez Gómez, E.; Carrasco Valiente, J.; Valero Rosa, J.; Campos Hernández, J.P.; Carazo Carazo, J.L.; Ruiz García, J.; Regueiro López, J.C.; Sánchez González, A.; Anglada Curado, F.J.; Requena Tapia, M.J.

Servicio de Urología. H. U. Reina Sofía. Córdoba

**C. ORAL Nº 90: PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL.**

García Valverde, A.; García Ramos, J.B.; Pedrajas de Torres, G.; Jiménez López, I.; Barahona Centeno, K.A.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez, M.; Domínguez Molinero, J.F.; Bel Rincón, J.; Rodríguez Rincón, J.P.; Deniz Cubas, A.; Funes Padilla, C.; Gómez Velázquez, M.; Linares Armada, R.M.

UGC de Urología Intercentros. Complejo Hospitalario de Huelva

**C. ORAL Nº 43: RESULTADOS INICIALES DEL TRASPLANTE RENAL PROCEDENTE DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA TIPO MAASTRICHT III.**

Campos Hernández, J.P.; Márquez López, F.J.; Salmerón Rodríguez, M.D.\*; Ruiz García, J.; Carrasco Valiente, J.; Anglada Curado, F.J.; Leva Vallejo, M.E.; Prieto Castro, R.; Regueiro López, J.C.; Navarro Cabello, M.L.\*; Requena Tapia, M.J.

Servicio de Urología. H. U. Reina Sofía. Córdoba

**C. ORAL Nº 56: TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE.**

Román Martín, A.A.; Olmo Ruiz, M.; Corchuelo Maillo, C.; León Dueñas, E.; Osman García, I.; Martínez Rodríguez, J.; Leal Arenas, J.S.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**09:30-11:00 h. 2º SESIÓN PLENARIA**

**ENDOUROLOGÍA Y LÁSER**

**Moderador :**

Dr. J.I. Abad Vivas-Pérez

**Ponentes :**

Dr. A. Juárez Soto

Dr. M.A. Arrabal Polo

Dr. J. Álvarez Kindelan

**11:00-11:30 h. ALIMENTACIÓN Y LITOGÉNESIS**

**Moderador :**

Dr. J.L. Soler Soler

**Ponentes :**

Dr. C. Reina Ruiz

**11:30-11:45 h. Pausa Café**

**11:45-12:45 h. Symposium III. Patrocinado por GSK**

**NUEVOS ESTUDIOS EN HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA**

**Moderador :**

Dr. J. Soler Martínez

**Ponentes :**

Dr. A. Rodríguez Corcos

## **SALA 1: VIDEOS**

### **12:45-13:35 h. TEMA: LAPAROCOPIA/ENDUROLOGÍA**

**Presidente:**

Dr. J. Bachiller Burgos

**Moderadores:**

Dra. P. Beardo Villar

Dr. A. López Luque

#### **VÍDEO Nº 44: ANOMALÍA URETEROPIÉLICA Y SEPSIS URINARIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

Arrabal Martín, M.; Noguerras Ocaña, M.; Valderrama Illana, P.; González Torres, S.; Díaz Convalia, E.; Zuluaga Gómez, A.  
Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

#### **VÍDEO Nº 64: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE RECURRENCIA LOCAL TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL POR CARCINOMA RENAL.**

Moreno Jiménez, J.; Gutiérrez Tejero, F.; Galisteo Moya, R.; Arrebola Pascual, M.G.\*; Luque Barona, R.\*\*; Jiménez López, M.\*; Velarde Muñoz, C.

UGC de Urología. \*UGC de Radiodiagnóstico. \*\*UGC de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Jaén

#### **VÍDEO Nº 100: PIONEFROSIS: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE URGENCIA.**

Arroyo Maestre, J.M.; Juárez Soto, A.; Soto Delgado, M.; Ibáñez Suarez, R.; Beardo Villar, P.

UGC de Urología. H.U. De Jerez de la Frontera (Cádiz)

#### **VÍDEO Nº 118: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMOR FIBROEPITELIAL DE URÉTER.**

San Juan Salas, A.; Arredondo Martínez, F.; Rodríguez Corchero, J.; Basquero González, B.; Zurera Cosano, A.; Linares Armada, R.

Servicio de Urología. H. Infanta Elena. Huelva

**VÍDEO Nº 35: NEFRECTOMÍA DERECHA Y SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR TUMOR SINCRÓNICO.**

Arrabal Polo, M.A.; Cano García, M.C.; Fabiano, P.\*; Cerrudo, J.J.\*; Oller Navarro, I.\*; Rosado Cobian, R.\*

Servicio de Urología. \*Servicio de Cirugía General. H. La Inmaculada. Huércal-Overa (Almería)

**SALA 2: POSTER**

**12:45-13:35 h. TEMA: TRASPLANTE**

**Presidente:**

Dr. F. Torrubia Romero

**Moderadores:**

Dr. M. Romero Tenorio

Dr. J.C. Bautista Vidal

**PÓSTER Nº 54: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER INMEDIATA EN LA EVALUACIÓN DEL INJERTO RENAL DE DONANTE VIVO.**

Román Martín, A.A.; Corchuelo Maillo, C.; Cuevas Palomino, A.; León Dueñas, E.; Osman García, I.; Martínez Rodríguez, J.; Leal Arenas, J.S.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**PÓSTER Nº 67: SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA SOMETIDOS A NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN NATIVO PRETRASPLANTE.**

García Rubio, J.H.; Campos Hernández, J.P.; Carrasco Valiente, J.; González Alfaro, A.; Alonso Carrillo, A.; Regueiro López, J.C.; Prieto Castro, R.; Márquez López, J.; Requena Tapia, M.J.

Servicio de Urología. H. U. Reina Sofía. Córdoba

**PÓSTER Nº 70: TRASPLANTE RENAL CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES EN PARADA CARDIACA, MAASTRICHT TIPO III.**

Bautista Vidal, J.C.; Gómez Lechuga, P.; Flores Sirvent, L.; Soler Martínez, J.; Sánchez Martínez, N.; Sequeira García del Moral, J.; Molina Díaz, P.

UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**PÓSTER Nº 39: VALIDEZ DE INJERTOS RENALES DE DONANTES MAASTRICHT TIPO III.**

Diez Farto, S.; Revelo Cadena, I.; Saucedo Giménez, I.; Navarro Serrato, J.C.; Ramírez Chamorro, F.; Sánchez Bernal, C.  
UGC de Urología H.U. Puerto Real. Cádiz

**PÓSTER Nº 61: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE LA AEU EN NUESTRA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL.**

Cienfuegos Belmonte, I.; Román Martín, A.A.; Lama Paniego, J.R.; León Dueñas, E.; Osman García, I.; Martínez Rodríguez, J.; Leal Arenas, J.S.; Medina López, R.A.  
UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**PÓSTER Nº 73: SERIE DE CASOS DE CARCINOMA RENAL DE NOVO SOBRE INJERTO RENAL.**

Cienfuegos Belmonte, I.; Román Martín, A.A.; León Dueñas, E.; Martínez Rodríguez, J.; Medina López, R.A.  
UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**SALA 3: POSTER**

**12:45-13:35 h. TEMA: GESTIÓN, URETRA**

**Presidente:**

Dr. J.L. Martínez Torres

**Moderadores:**

Dr. M. Asuero Mantero

Dra. B. Santiago Agredano

**PÓSTER Nº 25: EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL H. U. VIRGEN MACARENA EN LOS AÑOS SIGUIENTES A LA APLICACIÓN DE LA GESTIÓN CLÍNICA.**

González Baena, A.C.; Sala Turrens, J.\*; Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; El Khoury Moreno, R.; Castiñeiras Fernández, J.  
UGC de Urología. \* Jefe de Servicio Documentación Clínica. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

**PÓSTER Nº 26: ANÁLISIS A LARGO PLAZO DE LA MORTALIDAD POR TUMORES UROLÓGICOS EN ESPAÑA.**

Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Sánchez Sánchez, E.; González Baena, A.C.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; Castiñeiras Fernández, J.

UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Universidad de Sevilla. Sevilla

**PÓSTER Nº 29: DIVERTÍCULO URETRAL CONGÉNITO: DESCRIBIENDO GRÁFICAMENTE DOS CASOS.**

Merino Salas, S.; Abad Vivas-Pérez, J.I.; Piedra Lara, J.D.; Martínez Portillo, F.; Sánchez Tamayo, J.

Servicio de Urología. H. De Poniente. El Ejido. Almería

**PÓSTER Nº 75: URETROPLASTIA DE FOSA NAVICULAR CON MUCOSA ORAL. TRATAMIENTO DE 18 CASOS DE LIQUEN ESCLEROATRÓFICO.**

Cantero Mellado, J.A.; Yañez Galvez, A.; Carmona Sánchez, E.; García del Pino, M.J.; Del Río Rodríguez, S.; Castillo Gallardo, E.; Sáez Barranquero, F.; Herrera Imbroda, B.; Julve Villalta, E.; Marchal Escalona, C.; Bonilla Parrilla, R.; Machuca Santa Cruz, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**PÓSTER Nº 31: CITOMETRÍA DE FLUJO URINARIA EN EL ESTUDIO DE LA MICROHEMATURIA ASINTOMÁTICA.**

Jiménez Pacheco, A.; González Torres, S.; Jiménez Pacheco, Araceli; Verdú Martínez, M.; López Luque, A.

Servicio de Urología. H. Santa Ana de Motril. Servicio de Urología H.U. San Cecilio. Granada. Servicio de Rehabilitación H.U. Virgen de las Nieves

**PÓSTER Nº 41: METAPLASIA NEFROGÉNICA O ADENOMATOSA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CUATRO CASOS EN DISTINTAS LOCALIZACIONES DEL APARATO URINARIO.**

Domínguez Villalón, M.; Espinosa Olmedo, F.J.; Leal Lombardo, J.; Candau Vargas-Zuñiga, F.; Leanez Jiménez, M.; Camacho Martínez, E.

Servicio de Urología. H.U. Ntra. Sra. De Valme. Sevilla



## **SALA 1: VIDEOS**

### **13:35-14:30 h. TEMA: USO DE INTESTINO, URETRA, INCONTINENCIA URINARIA**

**Presidente:**

Dr. E. Camacho Martínez

**Moderadores:**

Dr. J. Navas Pastor

Dr. A. Ramírez Zambrana

#### **VÍDEO Nº 22: ANASTOMOSIS URETEROINTESTINALES: APORTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA CONSOLIDADA.**

Castiñeiras Fernández, J.; Ramírez Zambrana, A.; Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

#### **VÍDEO Nº 24: TÉCNICAS DE AVANCE EN LA URETROPLASTIA TERMINO-TERMINAL.**

Castiñeiras Fernández, J.; Ramírez Zambrana, A.; Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.  
UGC de Urología. H.U. Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarran. Sevilla

#### **VÍDEO Nº 85: URETROPLASTIA TERMINO-TERMINAL EN ROTURA TRAUMÁTICA DE URETRA BULBO-MEMBRANOSA: TÉCNICA Y OPCIONES QUIRÚRGICAS.**

Cantero Mellado, J.A.; Yañez Galvez, A.; Carmona Sánchez, E.; García del Pino, M.J.; Del Río González, S.; Castillo Gallardo, E.; Sáez Barranquero, F.; Herrera Imbroda, B.; Julve Villalta, E.; Machuca Santa Cruz, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

#### **VÍDEO Nº 23: TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA MEDIANTE DISPOSITIVO ESFINTERIANO REGULABLE.**

Castiñeiras Fernández, J.; Ramírez Zambrana, A.; Soria, F.\*; Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.

Departamento de Cirugía. Servicio de Urología. H.U. Virgen Macarena. Sevilla. Centro de Cirugía de Mínima invasión "Jesús Uzón". Cáceres

**VÍDEO Nº 119: REIMPLANTE URETERAL CON TUNEL EXTRAMURAL DE SEROSA (ABOL-ENEIN) EN LA SUSTITUCION VESICAL ORTOTÓPICA / NEOVEJIGA ILEAL TIPO HAUTMANN.**

Abad Vivas-Pérez, J.I.; Merino Salas, S.; Sánchez Tamayo, J.; Piedra Lara, J.D.; Martínez, F.; Gómez, J.

Servicio de Urología. H. De Poniente. El Ejido. Almería

**SALA 2: POSTER**

**13:35-14:30 h. TEMA: ANDROLOGÍA E INFERTILIDAD, INFECCIONES URINARIAS, INTESTINO EN UROLOGÍA**

**Presidente:**

Dr. A. Morales López

**Moderadores:**

Dra. F. Ramírez Chamorro

Dr. F. Gutierrez Tejero

**PÓSTER Nº 8: FACTORES DE RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO, EN VARONES QUE ACUDEN A CONSULTA DE UROLOGÍA SEGÚN EL TIPO DE PATOLOGÍA POR LA QUE CONSULTAN.**

Vozmediano Chicharro, R.; Bautista Vidal, C.; Martín Morales, A.; Gómez Lechuga, P.; Burgos Rodríguez, R.

UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**PÓSTER Nº 57: IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS PENEANA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERECTIL SEVERA: RESULTADOS DE NUESTRA SERIE.**

Román Martín, A.A.; Corchuelo Maillo, C.; Cienfuegos Belmonte, I.R.; Lozano Blasco, J.M.; Cruz Navarro, N.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**PÓSTER Nº 76: ¿ES NECESARIA LA ECOGRAFÍA TESTICULAR EN EL ESTUDIO DEL VARÓN INFERTIL?**

Velarde Muñoz, C.; Gutiérrez Tejero, F.; Galisteo Moya, R.; Arrebola Pascual, M.G.\*; Luque Barona, R.\*\*; Jiménez López, M.\*; Moreno Jiménez, J.

UGC de Urología. \* UGC de Radiodiagnóstico. \*\*UGC de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario de Jaén

**PÓSTER Nº 52: SEPSIS TRAS INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG)**

Olmo Ruiz, M.; Román Martín, A.A.; Montero Mateos, E.; Congregado Ruiz, C.B.; Molina-Gil Bermejo, J.; González León, R.; Conde Sánchez, J.M.; Medina López, R.A.

UGC de Nefro-Urología. Servicio de Enfermedades Infecciosas. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

**PÓSTER Nº 82: PIELONEFRITIS AGUDA EN MUJER DE 21 AÑOS SECUNDARIA A INFECCIÓN DE PIELÓN SUPERIOR Y MEGAURÉTER DERECHO CON URETEROCELE.**

Díaz Convalía, E.; Nogueras Ocaña, M.; González Torres, S.; Valderrama Illana, P.; Domínguez Amillo, A.

Servicio de Urología. H.U. San Cecilio. Granada

**PÓSTER Nº 63: TUBERCULOSIS GENITOURINARIA. APORTACIÓN DE UN CASO EN PACIENTE VIH POSITIVO.**

Saucedo Giménez, I.; Diez Farto, S.; Armijos León, S.; Revelo Cadena, I.; Navarro Serrato, J.C.; Ramírez Chamorro, F.; Shub Skorniakov, M.; Solano Castro, D.; Rodríguez-Rubio Cortadellas, F.; Sánchez Bernal, C.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**PÓSTER Nº 95: DERIVACIÓN URINARIA CON COLON TRANSVERSO: NUESTRA EXPERIENCIA.**

Yañez, A.; Cantero, J.A.; Carmona, E.I.; García, M.J.; Del Río, S.; Castillo, E.; Sáez, F.; Herrera, B.; Machuca, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**SALA 3: POSTER**

**13:35-14:30 h. TEMA: UROLOGÍA GENERAL**

**Presidente:**

Dr. F. Rodríguez-Rubio Cortadellas

**Moderadores:**

Dr. J.F. Domínguez Molinero

Dr. A. Fernández Rodríguez

**PÓSTER N 46: TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA NEFRECTOMÍA MEDIANTE ANALGESIA INTRAVENOSA.**

Revelo Cadena, I.; Ramírez Chamorro, F.; Diez Farto, S.; Shub Skorniakov, M.; Jiménez Romero, M.; Armijos León, S.; Rodríguez-Rubio Cortadellas, F.; Solano Castro, D.; Sánchez Bernal, C.; González Forte, M.J.\*; Ortega García, J.L.\*; Neira Reina, F.\*

UGC Urología. \*U.D.A. Servicio Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. H.U. Puerto Real. Cádiz

**PÓSTER Nº 47: UN ILUSTRE MÉDICO ANDALUZ.**

Ramírez Chamorro, M.R.F.; Shub Skorniakov, M.; Jiménez Romero, M.; Diez Farto, S.; Armijos León, S.; Revelo Cadena, I.; Navarro Serrato, J.C.; Saucedo Giménez, I.; Rodríguez-Rubio Cortadellas, F.; Solano Castro, D.; Varo Solís, C.; Sánchez Bernal, C.

UGC de Urología. H.U. Puerto Real. Cádiz

**PÓSTER Nº 105: HIPERTENSIÓN MULTIFACTORIAL DE ETIOLOGÍA NEFROUROLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Koraichi Rabie Senhaji, Z.; Soler Soler, J.L.; González Martínez, F.J.

Servicio de Urología. \* Servicio de Nefrología. H. Torrecárdenas. Almería

**PÓSTER Nº 96: HEMANGIOMA ANSTOMOSANTE DE RIÑÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Rivero Esteban, J.A.; Molina Díaz, P.; Morales Jiménez, J.; Baena González, V.

UGC de Urología. H. Regional de Málaga

**PÓSTER Nº 89: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA TROMBOSIS TUMORAL ASOCIADA A PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

García del Pino, M.J.; Cantero Mellado, J.; Yañez Galvez, A.; Carmona Sánchez, E.; Del Río González, S.; Herrera Imbroda, B.; Machuca Santa Cruz, F.J.

Servicio de Urología. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga

**PÓSTER Nº 84: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE HEMORRAGIAS RENALES TRAUMÁTICAS Y ATRAUMÁTICAS.**

Soler Soler, J.L.; Molina Hernández, J.M.; Hortelano Parras, J.; López Martínez, L.\*; Díaz Lucas, E.\*; Ocete Martín, C.

Servicio de Urología\* Servicio de Radiología. H. Torrecárdenas. Almería

**14:30-16:00 h. Almuerzo de trabajo**

## **Jornada de Tarde**

### **16:00-16:30 h. LO MEJOR DEL CONGRESO**

**Moderador :**

Dr. J. Moreno Jiménez

**LITIASIS, ENDOUROLOGÍA/LAPAROSCOPIA**

Dr. S. Merino Salas

**Oncología: CA UROTELIAL DE VEJIGA Y VÍAS SUPERIORES, TESTÍCULO, PENE**

Dr. J. M. Conde Sánchez

**UROLOGÍA FUNCIONAL, UROLOGÍA PEDIÁTRICA, GESTIÓN**

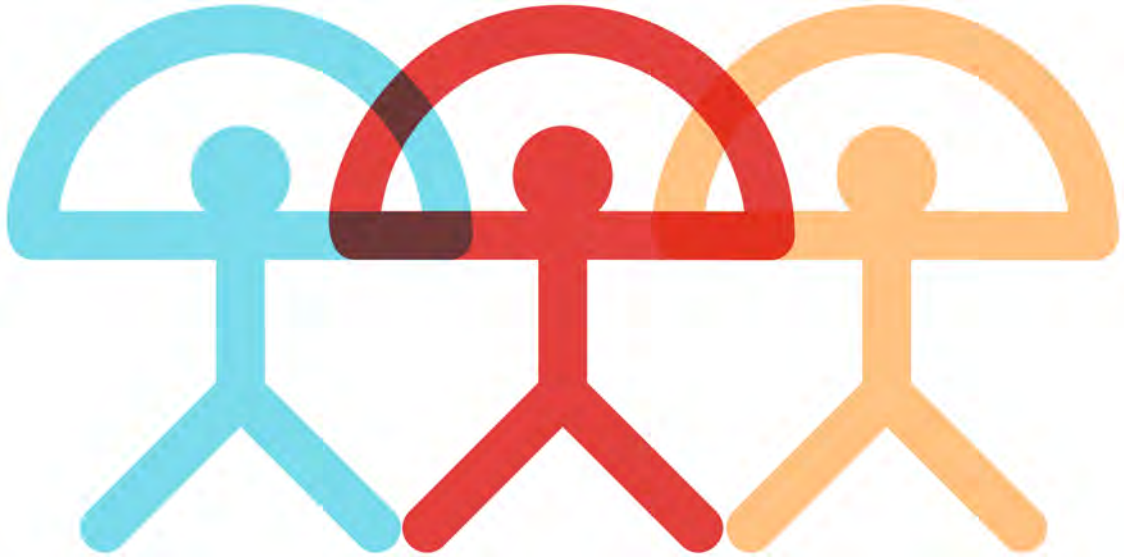
Dr. R. Vozmediano Chicharro

**Oncología: PRÓSTATA, CARCINOMA RENAL**

Dr. E. Sánchez Sánchez

### **16:30-19:00 h. ASAMBLEA DE LA AAU**

### **21:00 h. ENTREGA DE PREMIOS Y CLAUSURA DEL CONGRESO**



## **COMUNICACIONES**

## **ANDROLOGÍA E INFERTILIDAD**

### **COMUNICACIÓN POSTER 08: FACTORES DE RIESGO DE SÍNDROME METABÓLICO, EN VARONES QUE ACUDEN A CONSULTA DE UROLOGÍA SEGÚN EL TIPO DE PATOLOGÍA POR LA QUE CONSULTA.**

*Vozmediano Chicharro, Raul; Bautista Vidal, Carlos, Martín Morales, Gómez lechuga, Pablo, Burgos Rodriguez, Rafael.*

*CENTRO DE TRABAJO: HRU Carlos Haya*

#### **RESUMEN:**

- **Objetivos**

Identificar los factores de riesgo para el síndrome metabólico (SM), en función del motivo de consulta, entre los pacientes  $\geq 45$  años que acuden al Servicio de Urología.

- **Material y Métodos**

Estudio observacional realizado en nuestro centro. Se recogieron entre los distintos pacientes la edad, la circunferencia de cintura, índice de masa corporal (IMC) y la PAS / PAD, testosterona total (TT) y los componentes del SM. Definición de deficit de testosterona (TST) se definió como TT.

- **Resultados**

Se incluyeron 1.021 hombres de edades  $62,8 \pm 8,2$  años. Los trastornos sexuales representaron el 54,7% de las visitas, de las cuales la disfunción eréctil (primaria / concomitante) 39,0%. Prostática chequeo representó el 42,8%. Prevalencia SM fue del 45,9%. La prevalencia de deficit de Testosterona fue de 16,2%, e independiente de la edad o motivos de consulta. La prevalencia de DE fue del 86,1% en los hombres con disfunciones sexuales (DS) vs 66,4% en los demás.

- **Conclusiones**

Prevalencia SM entre los hombres que visitan las consultas de Urología / Andrología es alta. La DS como la disfunción eréctil pueden indicar síndrome metabólico, pero los factores de riesgo como la obesidad abdominal y, sobre todo el deficit de TST, se deben considerar en todos los hombres.

## **COMUNICACIÓN POSTER 57: IMPLANTACIÓN DE PRÓTESIS PENEANA EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN ERECTIL (DE) SEVERA: RESULTADOS DE NUESTRA SERIE.**

*Román-Martín, AA; Corchuelo-Maíllo, C; Cienfuegos-Belmonte, IR; Lozano-Blasco, JM; Cruz-Navarro, N; Medina-López, RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

Las prótesis de pene constituyen el 3er escalón en el manejo de la Disfunción Eréctil (DE), tras los tratamientos orales y las inyecciones intracavenosas. El objetivo del presente estudio ha sido evaluar los resultados en nuestro centro.

- **Material y métodos**

Análisis descriptivo longitudinal de los pacientes a los que se les implantó prótesis de pene entre 1999 y 2014 en nuestro hospital. Se analizaron características clínicas, analíticas, radiológicas, quirúrgicas y complicaciones en el seguimiento. Para el procesamiento de datos se usó SPSS 22.0

- **Resultados**

Se implantaron 54 prótesis de pene a 47 pacientes en el periodo evaluado. El seguimiento medio fue de 42 meses. La edad mediana ha sido de 54 años (Q1-Q3 47-62). La causa de DE más frecuente fue vascular (66%). La comorbilidad de los pacientes fue baja.

- **Conclusiones**

Las prótesis peneanas son una alternativa válida y eficaz en el tratamiento del varón con DE. La tasa de complicaciones es similar en nuestra serie al resto, siendo las más numerosas las derivadas de fallos mecánicos y la más grave la infección.



## **COMUNICACIÓN ORAL 59: RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES BAJOS DE TESTOSTERONA Y EL SÍNDROME METABÓLICO (SM) EN HOMBRES QUE ACUDEN A LA CONSULTA.**

*Vozmediano Chicharro, Raul, Gomez Lechuga, Pablo; Jimenz Mayorga, Isabel; Baena Gonzalez, Victor, Martín Morales, Antonio.*

*CENTRO DE TRABAJO: HRU Carlos Haya*

### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

El síndrome metabólico (SM) y la deficiencia de testosterona (DT) suelen coexistir.

Se evaluó la prevalencia del deficit de Testosterona (Total T)

- **Material y Métodos**

Realizamos un estudio observacional. Se evaluo la edad, la circunferencia de la cintura (CC), el índice de masa corporal (IMC), Testosterona total y los diferentes factores del SM (NCEP-ATP III). La disfunción eréctil (DE) se evaluó usando el IIEF-EF. Se realizaron análisis de regresión logística bivariada / multivariantes.

- **Resultados**

Se estudiaron 1.021 hombres con una edad media de  $62,8 \pm 8,2$  años participaron; el 54,7% consultó por disfunciones sexuales. La prevalencia de DT fue de 16,2%, y fue independiente de la edad, disfunciones sexuales o puntuacion de IIEF-EF. La Prevalencia de SM fue del 65,5% en los hombres con DT vs 34,6% en los hombres sin DT; P 102cm) estaba presente en los pacientes sin disfunciones sexuales (OR 3,24 [IC del 95%: 1,84 a 5,70]). La TAS / TAD > 130/85 y los triglicéridos > 150 mg / ml fueron factores de riesgo de DT en los primeros y la glucosa en ayunas > 100 mg / mL en el Segundo grupo (OR 2,09 [IC del 95%: 01.05 a 04.13], 2,12 [95 % CI 1,33-3,39], y CI 1,93 [95% 1.13 a 3.29], respectivamente).

- **Conclusiones**

La Prevalencia del SM entre los pacientes que acuden a la consulta de urología es mayor en los hombres con DT. La detección de los hombres en riesgo de DT es crucial. La obesidad, la hipertensión y la hipertrigliceridemia en los hombres que acuden por disfunciones sexuales, y la glucosa en ayunas elevada y obesidad abdominal en los hombres con otras alteraciones urológicas, pueden ser buenos indicadores.

## **COMUNICACIÓN POSTER 76: ¿ES NECESARIA LA ECOGRAFÍA TESTICULAR EN EL ESTUDIO DEL VARÓN INFÉRTIL?.**

*Velarde Muñoz, C; Gutierrez Tejero, F; Galisteo Moya, R; Arrebola Pacual MG;\* Luque Barona R\*\*; Jiménez Lopez\*, M; Moreno Jiménez, J.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Urología, \*UGC Radiodiagnóstico, \*\* UGC Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Jaén*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Se han relacionado los tumores testiculares de células germinales (TTCG) con la infertilidad. El espermiograma previo antes de iniciar cualquier tratamiento, revela que el 15-25% de estos tendrá una severa oligospermia o azoospermia. Igualmente, en el estudio de pacientes infértiles se ha descubierto de forma incidental un tumor testicular entre el 0.5-3% de los casos. Se han propuesto diversos mecanismos para explicar esta relación, entre ellos un origen autoinmune o una modificación endocrina que condiciona una alteración de la espermatogénesis. Hay autores que indican que los varones infértiles y subfértiles tienen un incremento en el riesgo de desarrollar un tumor testicular, motivo por el cual está en discusión si incluir la ecografía en el protocolo de estudio del paciente infértil.

- **Material y resultados**

Presentamos el caso clínico de un paciente de 28 años remitido a nuestra consulta para estudio de infertilidad. El paciente no tiene antecedentes familiares de interés, no hábitos tóxicos y entre sus antecedentes personales encontramos asma extrínseca, herniorrafia bilateral en la infancia, parotiditis en la infancia. La exploración genital era normal, con consistencia y tamaño testicular sin alteraciones. Correcto desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Seminograma: oligoastenospermia. Eco testicular: testículos simétricos, con microlitiasis. En testículo derecho se observan dos lesiones focales de ecoestructura sólida hipoecoica, de 5 mm y 7 mm respectivamente. Presenta flujo arterial en el estudio con Doppler color. Se realizó orquiectomía radical derecha (seminoma) y biopsia testicular izquierda.

- **Conclusiones**

La ecografía testicular no es una prueba obligatoria en el estudio del varón infértil si la exploración testicular es normal. Debería realizarse ante la sospecha de un varicocele para confirmar el diagnóstico. Dado que se trata de una prueba inocua, barata y que parece tener relación con el TTCG, podría plantearse su realización en el varón infértil.

## **GESTIÓN E INVESTIGACIÓN BÁSICA**

### **COMUNICACIÓN ORAL 16: ESTUDIO DE LAS TASAS DE MORTALIDAD DE LOS PRINCIPALES TUMORES UROLOGICOS EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DE ANDALUCIA DURANTE EL PERIODO 2000 – 2012.**

*Saiz Marenco, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marenco Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; González Baena, A.C.; Sánchez Sánchez E.; Castiñeiras Fernández J.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología. \*Jefe de Servicio de Documentación Clínica. Hospital Universitario "Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarrán. Sevilla.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El estudio de la evolución de las tasas de mortalidad en la patología neoplásica es de gran utilidad para diseñar estrategias y políticas sanitarias. En este trabajo se valora la evolución de las tasas de mortalidad de los principales tumores genitourinarios en la Comunidad Autónoma de Andalucía en el período 2000–2012.

- **Material y métodos**

Estudio de los registros estadísticos de población y de mortalidad analizados y editados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Se han calculado la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes.

	PENE	PROSTATA	TESTICULO	RENALES	VEJIGA
TASAS-00	0,52	20,11	0,27	3,47	8,7
TASAS-04	0,39	21,39	0,23	3,56	9,66
TASAS-08	0,46	20,53	0,27	3,51	9,76
TASAS-12	0,35	21,79	0,23	4,08	10,61

El cáncer de próstata, que es el más frecuente y el de mayor tasa de mortalidad entre los cánceres urológicos, presenta un aumento del 8,35% de la referida tasa.

Los dos tumores que presentan un mayor aumento en la tasa de mortalidad en este período son los de vejiga y riñón, 21,95% y 17,58%, respectivamente.

En las neoplasias menos frecuentes, como son las de pene y testículo, las tasas de mortalidad son más inferiores y, al contrario que en el caso de los otros tumores, se observa una disminución de la tasa de mortalidad al final del período. En concreto un descenso del 32,69% para el cáncer de pene y del 14,81% para el de testículo.

- **Conclusiones**

El cáncer de próstata es el tumor urológico con mayor mortalidad en nuestra población, seguido del cáncer de vejiga y del de parénquima renal.

La mortalidad en los 3 cánceres urológicos más frecuentes, próstata, vejiga y riñón, ha presentado un incremento de la misma en el período estudiado.

El de vejiga es el que más ha presentado con casi un 22%.

Por el contrario, los cánceres de pene y testículo muestran un descenso de la tasa de mortalidad en dicho período.

Estos resultados pueden deberse a un aumento de la población en los rangos etarios de mayor edad, donde los tumores de próstata, vejiga y riñón son más frecuentes. Será objeto de futuros análisis.

**COMUNICACIÓN POSTER 25: EVOLUCION DE LOS INDICADORES DEL SERVICIO DE UROLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA EN LOS AÑOS SIGUIENTES A LA APLICACIÓN DE LA GESTION CLINICA.**

*González Baena, A.C.; Sala Turrens, J\*.; Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; Marengo Jiménez, J.L.; González Cáliz, C.; El Khoury Moreno, R.; Castiñeiras Fernández J.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología (Unidad de Gestión Clínica de Urología)\*Jefe de servicio de documentación clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Fundación Joaquín Albarrán. Sevilla*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La introducción en nuestro Servicio de la Gestión Clínica como modelo organizativo, tras su conversión en UGC, ha propiciado una mejora en los resultados globales del mismo. Desde el análisis de nuestros indicadores, facilitados por el servicio de Documentación, la identificación de procesos claves y sus oportunidades de mejora, se han optimizado todas sus líneas de producción asistencial (Hospitalización, HDQ, HDM y Consultas Externas).

- **Material y métodos**

Asignación de GRD´s a los ficheros anuales de los CMBD´s 2008-2013, utilizando como estándar el del SAS correspondiente a cada ejercicio.

Cálculo de las EM, IUE, Estancias Evitables, Ocupación Real y Evitable (cama/día), porcentaje de reingresos, e IC globalmente por año y desagregados en el año 2013 por GRD.

- **Resultados**

De 2008 a 2013 ha disminuido la EM (48,5%) y el IUE (32%, alcanzando un valor de 0,83, notablemente eficiente). Simultáneamente, ha disminuido el porcentaje de reingresos (4,34 en 2008 vs 2,79 en 2013) e incrementado el IC hasta 2011(de 1,50 a 1,58). Éste disminuyó en 2012 y 2013 por el

notable incremento en el número de altas, al incluirse un mayor número de episodios que serían susceptibles de ser resueltos en HDQ). Se ha optimizado el uso de la cama de hospitalización como recurso fundamental de producción (21,53 a 15.85 camas/día). En 2013, de los 25 GRDs más frecuentes, sólo dos tienen IUE > 1.

AÑO	Altas	EM	IUE	Estancias Evitables	Cama/día Evitable	Ocupación real	% Reingresos	I. complejidad
2008	1049	7,49	1,22	991,9	2,72	21,53	4,34	1,5
2009	1160	5,85	1,04	217,84	0,60	18,59	3,81	1,56
2010	1087	5,64	0,97	-169,66	-0,46	16,80	3,00	1,56
2011	969	4,64	0,87	-579,2	-2,11	16,41	2,98	1,58
2012	1346	4,54	0,92	-399,08	17,53	-1,24	3,01	1,43
2013	1519	3,86	0,83	-993,69	15,85	-2,72	2,79	1,40

### • Conclusiones

La conversión del Servicio en UGC ha supuesto una oportunidad para lograr una mejora evidente de los indicadores de gestión.

La optimización en el uso de la cama de hospitalización, como recurso fundamental de producción, ha conseguido una reducción de costes medios por proceso.

La evolución observada durante el periodo 2008-2013 permite afirmar que la Unidad se encuentra consolidada desde la perspectiva de la eficiencia.

El menor IC en los dos últimos años viene influenciado por un mayor número de altas, debido a la inclusión de procesos CMA/HDQ (por obras de adaptación que limitaron temporalmente la capacidad de las instalaciones utilizadas para el HDQ).

El sistema de información de la Unidad, con recepción periódica de datos, permite la adopción de decisiones clínicas y organizativas que propicien la mejora continua de la calidad y la eficiencia.

### **COMUNICACIÓN POSTER 26: ANÁLISIS A LARGO PLAZO DE LA MORTALIDAD POR TUMORES UROLÓGICOS EN ESPAÑA.**

*Rocío Saiz Marenco; Ana Cuaresma Díaz; Ernesto Sánchez Sánchez; Antonio Carlos González*

*Baena; José Luis Marenco Jiménez; González Cáliz, C. Jesús Castiñeiras Fernández*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología (Unidad de Gestión Clínica) . H.U. "virgen Macarena". Universidad de Sevilla*

### **RESUMEN:**

#### • Introducción

Los registros de mortalidad son una herramienta útil para el estudio epidemiológico de las enfermedades neoplásicas que permite medir su impacto en los sistemas de salud. Es además un índice indirecto de la

calidad en prevención, tratamiento y soporte que ofrecemos a estos enfermos. Nuestro estudio pretende estimar la tendencia de mortalidad en los últimos 21 años de las neoplasias malignas de próstata (CP) y vejiga (CV) analizando las diferencias entre sexos.

• **Material y métodos**

Estudio de los registros de mortalidad analizados y editados por el Instituto Nacional de estadística en los años 1990 a 2011, último año evaluado por dicho organismo.

• **Resultados**

-La tasa de mortalidad (TM) por CP presentó un comportamiento dual. Desde 1990 a 2001 se incremento de 22,03 a 28,07 muertos/100.00 varones año (incremento 27 %). Posteriormente ha presentado un descenso anual continuado hasta el año 2011 en el que la tasa es de 26,11. La TM se incrementa según la edad (0,40 a los 45 años hasta 240/10000 h/a a partir de los 90 años)

- Respecto al tumor de vejiga la TM ha aumentado de 7,78 a 10,86/ 100.000 h/a (incremento del 39,6 %). La mortalidad en varones se han incrementado en un 31 % y en las mujeres en un 40, 2%. Esta tasa también es dependiente de la edad (0,1 a los 35 años, frente a 139 a partir de 90 años)

	<b>Población</b>	<b>CP</b>	<b>CV</b>	<b>CV hombres</b>	<b>CV mujeres</b>
<b>1990</b>	39.887.140	4314	3103	2492	611
<b>1992</b>	39.137.979	4563	3397	2813	584
<b>1994</b>	40.229.598	5119	3591	2941	650
<b>1996</b>	39.699.394	5467	3441	2843	598
<b>1998</b>	39.852.651	5742	3702	3071	631
<b>2000</b>	40.499.791	5456	3914	3193	721
<b>2002</b>	41.837.894	5678	4197	3492	704
<b>2004</b>	43.197.684	5694	4496	3712	784
<b>2006</b>	44.708.964	5412	4526	3742	784
<b>2008</b>	46.157.822	5462	4767	3790	977
<b>2010</b>	47.190.493	5875	4936	4033	903
<b>2011</b>	46.815.918	6034	5085	4154	931

• **Conclusiones**

- \*El CP es el tumor Urológico con mayor mortalidad en nuestra población.
- \*La mortalidad por CP no se ha modificado sustancialmente en los años estudiados.
- \*La mortalidad por cáncer de vejiga se ha incrementado en un 34 %. Este aumento ha sido mayor en mujeres.

## **COMUNICACIÓN ORAL 88: INGENIERÍA TISULAR EN UROLOGÍA: TRATAMIENTO RECONSTRUCTIVO DE ESTRUCTURAS PENEANAS.**

*Valderrama Illana, Pilar; Lahoz García, Clara; Díaz Convalía, Enrique Javier; Domínguez Amillo, Alejandro Rafael; Arrabal Polo, Miguel Ángel.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivo**

El aparato genitourinario puede resultar afectado por traumatismos, enfermedades congénitas, infecciones o patología tumoral, conllevando la pérdida de alguno de sus órganos o de sus funciones. Dentro de la patología tumoral, el cáncer de pene es una de las patologías que, con una frecuencia considerable, ocasiona dichas alteraciones. El tratamiento convencional es quirúrgico, implicando la amputación parcial o total, y puede generar consecuencias importantes, como impotencia sexual o incontinencia urinaria. En el campo de la Urología, nuevos abordajes para reparar distintos órganos, como vejiga, uretra, riñón y pene, están siendo investigados.

El objetivo es conocer los últimos avances sobre las futuras posibilidades terapéuticas en materia de ingeniería tisular sobre la reconstrucción del pene.

- **Material y métodos**

Realizamos una revisión bibliográfica en PubMed, seleccionando aquellos artículos que posean como criterio fundamental el abstract en español o inglés. Las palabras clave empleadas han sido: ingeniería tisular, genitourinario, cáncer de pene, uretra, cuerpos cavernosos, albugínea.

- **Resultados**

La revisión bibliográfica pone de manifiesto que las terapias regenerativas aplicadas en la reparación de estructuras peneanas, como cuerpo cavernoso, uretra y túnica albugínea, se basan en la utilización de diferentes materiales junto a la presencia o ausencia de células cultivadas.

- **Conclusiones**

Aunque dichas terapias son actualmente objeto de intensa investigación, consideramos que aún queda un largo camino para que las mismas puedan ser aplicadas en la práctica clínica como tratamientos reconstructivos de estructuras peneanas.

## **COMUNICACIÓN ORAL 62: CALIDAD Y SEGURIDAD EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL BLOQUE QUIRÚRGICO.**

*Saucedo Giménez I, Díez Farto S, Armijos León S, Revelo Cadena I, Navarro Serrato JC, Ramírez Chamorro F, Jiménez Romero ME, Shub Skorniakov M, Solano Castro D, Rodríguez Rubio F, Sánchez Bernal C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología, Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

La seguridad es un valor añadido en la atención al usuario y se considera una prioridad en la asistencia sanitaria.

El objetivo es acercar al paciente y su familia en las acciones y actividades preventivas necesarias para proteger los puntos críticos de seguridad del paciente constatados durante el recorrido quirúrgico e incluirlas en los procesos asistenciales integrados quirúrgicos y/o médico-quirúrgicos, para favorecer así su participación activa en la estrategia de seguridad en el ámbito quirúrgico del SSPA.

Fortalecer el desarrollo de la Gestión Clínica, extendiendo plenamente el modelo y alcanzando su máximo potencial de excelencia e innovación.

Un espacio conformado por la Unidad de Gestión Clínica, más descentralizado, más interactivo y más integrado.

Hacer partícipe al paciente o su cuidador de su propia seguridad.

Explorar las expectativas del paciente que va a ser intervenido.

- **Material y métodos**

Revisión sistemática de las diferentes guías basadas en los objetivos y acciones contemplados en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

#### Aplicación práctica:

Diseño, desarrollo e implantación del "Listado Comprueba", aquel en el que se verifica el cumplimiento por parte del paciente de las indicaciones prequirúrgicas realizadas en la consulta de especialista y preanestesia:

- Haciendo partícipe al paciente de su propia seguridad.
- Creando un documento que recoja las indicaciones prequirúrgicas generales, así como un listado de verificación que le permita la comprobación de las mismas. Este listado debe incluir un apartado donde en caso de incumplimiento de alguna de las indicaciones indispensables pueda ponerse en contacto con el centro para comentar la incidencia y si fuera necesario, poder suspender la intervención el tiempo necesario hasta rehacer el parte de quirófano y recitar al paciente.
- Incorporar el apartado "Cosas que debe comprobar antes de salir hacia el hospital" donde el paciente pueda verificar que no se olvida nada de importancia necesario durante su ingreso.



- Adoptar el método “Hablemos claro” donde el paciente creará una lista de preguntas para plantear y discutir con el médico previo a la intervención.
- **Conclusiones**

El profesional se convierte en agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario, en el desarrollo efectivo de los derechos y en la utilización de los servicios en el marco de la corresponsabilidad.

Al contener los procesos asistenciales una línea de seguridad específica supone un nuevo enfoque y garantiza que se alcanza unos niveles de seguridad óptimos y de utilidad en todo el proceso asistencial quirúrgico.

El profesional encuentra la seguridad como un instrumento dentro de la vía de asistencia integrada dentro del proceso asistencial.

Situar el conocimiento como un valor esencial de la Organización, para la mejora de la calidad de los servicios y los resultados en la salud de la población.

## **INFECCIONES URINARIAS**

### **COMUNICACIÓN ORAL 5: ¿ES EL EXTRACTO DE ARANDANO ROJO AMERICANO UN ADYUVANTE A LA PROFILAXIS HABITUAL PARA EVITAR LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO TRAS LA COLOCACIÓN DE CATÉTER URETERAL DOBLE J?**

*Ovidiu-Spiru Barnoiu, Néstor Sanchez Martínez, Julia Sequeira García del Moral, Lydia Flores Sirvent, Patricia Molina Díaz, Pablo Gómez Lechuga, Carlos Bautista Vidal, Víctor Baena González.*

*CENTRO DE TRABAJO: Area Sanitaria Norte de Malaga*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La infección del tracto urinario (ITU) representa una de las complicaciones más frecuentes tras los procedimientos realizados sobre la vía urinaria sobre todo si se requiere la colocación de un catéter. El tratamiento con arándano rojo se ha relacionado con una disminución del riesgo de ITU de repetición, pero hasta ahora no se ha realizado ningún estudio que valore si este efecto preventivo se produce en pacientes portadores de un catéter ureteral, que representa el objetivo de este estudio.

- **Material y métodos**

En un ensayo prospectivo y aleatorizado, se comparó la tasa de ITU en 31 pacientes portadores de catéter doble J y tratamiento profiláctico con extracto de arándano rojo americano 120mg (Urosens ®) como adyuvante

al tratamiento profiláctico habitual, con la tasa de ITU de 31 pacientes portadores de catéter doble J que solo recibieron el tratamiento profiláctico habitual. La presencia de una ITU se diagnosticó con un cultivo de orina positivo en cualquier momento desde la colocación del catéter hasta su retirada.

- **Resultados**

Hemos encontrado un 26% de urocultivos positivos antes de la retirada del catéter ureteral. El tiempo de permanencia del catéter fue mayor en aquellos pacientes con ITU, 35.9 días respecto 28.5 (p 0.03), y el grupo tratado con arándano mostró un porcentaje de ITU menor que aquellos que no recibieron arándano, 12.9% y 38.7% respectivamente (p 0.04). En el modelo logístico del efecto del tratamiento con arándano ajustado por aquellas variables que tuvieron relación con nuestra respuesta observamos como el efecto del arándano reduce en 5 veces el riesgo de padecer una ITU comparado con aquellos pacientes que no recibieron arándano.

- **Conclusiones**

Podemos concluir que el extracto de arándano rojo americano 120 mg (Urosens ®) tiene un efecto adyuvante en la prevención de la ITU en pacientes portadores de doble J.

## **COMUNICACIÓN ORAL 38: ESTUDIO BACTERIOLÓGICO DE LA ORINA EN PROCEDIMIENTOS ENDOUROLÓGICOS.**

*Díez Farto S; Navarro Serrato JC; Revelo Cadena I; Ramírez Chamorro F; Martínez Rubio, C.; Saucedo Gimenez I; Sánchez Bernal C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Puerto Real*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La cirugía endoscópica es hoy en día uno de los procedimientos más habituales de la práctica urológica pero la manipulación del tracto urinario es la principal causa de infecciones urinarias.

- **Objetivos**

Conocer la incidencia de bacteriuria en pacientes que van a ser sometidos a intervenciones urológicas por vía endoscópica y analizar el perfil de gérmenes implicados y su resistencia a antibióticos.

Conocer la tasa de pacientes con urocultivo positivo tras la cirugía, con el objetivo de comprobar el correcto funcionamiento de los sistemas de esterilización de nuestro centro y del protocolo de profilaxis antibiótica utilizado en nuestro servicio.

- **Material y métodos**

Hemos revisado 133 pacientes intervenidos de algún procedimiento endourológico en el Hospital Universitario de Puerto Real en el periodo comprendido entre febrero de 2013 y abril de 2014.

El protocolo del estudio se ha basado en la recogida de muestras de orina para cultivo de todos los pacientes incluidos en el ensayo, antes de administrar la profilaxis antibiótica prequirúrgica. La extracción se realiza mediante un cateterismo estéril. Tras finalizar la intervención se recoge una segunda muestra de orina mediante el mismo procedimiento.

Los procedimientos incluidos en el estudio son resección transuretral vesical (RTU-V) y prostática (RTU-P), miocapsulotomía, uretrotomía interna (UI), nefrolitotomía percutánea (NLP), ureterorenoscopia (URS) y cistoscopia bajo anestesia.

Las variables analizadas han sido; edad, sexo, diagnóstico urológico, presencia de cuerpo extraño en vía urinaria, resultado de urocultivo prequirúrgico y postquirúrgico, gérmenes obtenidos y las resistencias de los mismos.

- **Resultados**

La edad media de nuestros pacientes ha sido de 66 años, siendo el 91 % de los pacientes varones.

Hemos detectado 9 casos de un total de 133 pacientes con urocultivo preoperatorio positivo (6,8%). Se ha determinado bacteriuria postoperatoria solamente en uno de los casos (paciente intervenido de UI). El tipo de microorganismo más frecuente ha sido *Escherichia Coli* (55 %), seguido de flora mixta (22 %), *Staphylococcus Aureus* y *Enterococcus Faecalis* (11 % en ambos casos). Hemos encontrado un 62 % de resistencias a betalactámicos, (37,5 % a penicilinas y 25 % a quinolonas) un 18,7 % a sulfamidas y un 6 % a macrólidos, aminoglucósidos y cefalosporinas. De todos los pacientes en los que se detectaron urocultivos preoperatorios positivos, solo dos casos (22 %) presentaron microorganismos resistentes al antibiótico utilizado en la profilaxis prequirúrgica. Al haber obtenido un solo caso de bacteriuria postquirúrgica, no podemos encontrar relación significativa entre el tipo de procedimiento quirúrgico realizado y la tasa de urocultivos positivos.

- **Conclusiones**

Según el resultado obtenido en cuanto a resistencias, podemos afirmar que actualmente realizamos una profilaxis antibiótica prequirúrgica adecuada para nuestra población.

La tasa de bacteriuria tras cirugía endourológica en nuestro centro es de 0,8

de cada 100 pacientes. Creemos que éste es un porcentaje aceptable que confirma la correcta esterilización de nuestro material quirúrgico endourológico.

Un dato a tener en cuenta es que el 6,8 % de los pacientes sometidos a cirugía endoscópica presenta bacteriuria preoperatoria, aunque este porcentaje sólo se traduce en un 11 % de bacteriuria postoperatoria.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 44: ANOMALÍA URETEROPIÉLICA Y SEPSIS URINARIA. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

*Miguel Arrabal Martín, Mercedes Nogueras Ocaña, Pilar Valderrama Illana, Samuel González Torres, Enrique Díaz Convalía, Armando Zuluaga Gómez.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio, Granada*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Presentamos un caso clínico infrecuente, anomalía congénita de la vía urinaria y renal que debuta con un cuadro de sepsis y se completa el diagnóstico por laparoscopia.

- **Material y métodos**

Paciente de 50 años, antecedentes de asma bronquial, coma por TCE y secuela de Epilepsia en tratamiento médico, enucleación ojo derecho. Presenta cuadro clínico de sepsis y dolor abdominal, en ecografía y TC abdomen se observa un quiste complicado en polo superior riñón izquierdo y se realiza drenaje percutáneo con pig-tail, obteniendo 1100 cc de material purulento en el que se aísla E. Coli. El catéter percutáneo continua recogiendo 800 cc/24 h de líquido cada día más transparente que corresponde a orina de baja osmolaridad.

Se realiza quistografía, en la que se observa una cavidad con morfología pielocalicial sin continuidad con uréter. En urograma se observa dilatación pielocalicial superior con baja concentración del contraste se completa exploración con nefrostograma y se llega al diagnóstico de duplicidad pieloureteral y estenosis de la unión pieloureteral superior, se produce salida accidental de la sonda de nefrostomía. El renograma no detecta hemiriñón superior izquierdo, que corresponde según el nuevo TC a hidronefrosis quística. Se cambia indicación de pieloplastia a nefrectomía polar superior.

- **Resultados**

En la cistoscopia solo se observa un OU izquierdo, cateterismo y pielografía retrógrada en la que se observa comunicación tubular entre pelvis de pielón inferior e hidronefrosis pielón superior. Por vía laparoscópica se identifica un conducto, corresponde al uréter del pielón superior que desemboca en la pelvis inferior con parte de su trayecto entre vena y arteria renal. Disección de uréter y masa quística polo superior, liberándola de páncreas y bazo. Sección uréter y disección trayecto retrovenoso hasta liberación completa, disección pelvis hemiriñón superior y sección con pinza Caiman de la bolsa hidronefrótica en el límite con parénquima y vena renal.

**COMUNICACIÓN POSTER 52: SEPSIS TRAS INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN (BCG).**

*Olmo-Ruiz, M; Román-Martín, AA; Montero-Mateos, E; Congregado-Ruiz, CB; Molina-Gil Bermejo, J; González-León, R; Conde-Sánchez, JM; Medina-López, RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología-Nefrología y Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La administración de BCG en el tratamiento del cáncer vesical es ampliamente utilizada, con un buen perfil de seguridad. La mayoría de los efectos adversos son leves locales y muy rara vez graves, en forma de sepsis (0,4%).

Presentamos un caso de shock séptico tras instilación intravesical de BCG.

- **Material y métodos**

Varón de 72 años diagnosticado de cáncer vesical pT1G3 en tratamiento con BCG intravesical desde hacía 12 meses sin grandes incidencias. Ingresa 24 horas después de la última instilación en situación sepsis grave (fiebre elevada, bajo nivel de conciencia, fracaso renal e hipotensión) evolucionando a shock séptico en las primeras horas e ingresando en UCI. Como único dato llamativo a la exploración destaca rash eritematoso en tórax. Se inició antibioterapia de amplio espectro sin mejoría a las 24 horas. Se realizó una TC que mostró granulomas esplénicos como único hallazgo y todos los hemocultivos fueron negativos. Ante ello y con la presunción de complicación sistémica por BCG, se inició tratamiento corticoideo y tuberculostático. La respuesta fue favorable, siendo alta de UCI en 72h. Tras ello la evolución ha sido adecuada, y ha completado 6 meses de tratamiento tuberculostático en seguimiento por Enfermedades Infecciosas.

- **Conclusiones**

Aunque la patogenia de las complicaciones sistémicas del BCG no está clara se han postulado dos teorías. La primera, sugiere la existencia de un mecanismo de hipersensibilidad retardada, que cursa con granulomas no necrosantes y en la que los estudios microbiológicos son negativos, siendo buena la respuesta al tratamiento esteroideo asociado al tuberculostático. La segunda plantea una posible diseminación sistémica, ya que existen casos descritos en los que el BCG se ha aislado en los tejidos. Posiblemente en nuestro caso el mecanismo patogénico fue el primero, dada la negatividad de los cultivos y la buena respuesta con la asociación de corticoides.

En conclusión, la administración intravesical de BCG suele ser un procedimiento seguro, aunque no exento de complicaciones, algunas de ellas graves. En el manejo de este tratamiento se debe prestar especial atención a la posibilidad de una infección sistémica, como ocurrió en nuestro paciente.

**COMUNICACIÓN POSTER 82: PIELONEFRITIS AGUDA EN MUJER DE 21 AÑOS SECUNDARIA A INFECCIÓN DE PIELÓN SUPERIOR Y MEGAURÉTER DERECHO CON URETEROCELE.**

*Díaz Convalía E, Nogueras Ocaña M, Gonzalez Torres S, Valderrama Illana P, Dominguez Amillos A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio, Granada*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La duplicidad del sistema colector es la anomalía congénita genitourinaria más frecuente con una incidencia entre el 0,2 al 0,7%. Su detección comienza con la presencia de ureterohidronefrosis prenatal o al nacimiento si existe un uréter obstructivo o refluyente que lo produzca. Clínicamente puede producir ITU de repetición o cursar de forma asintomática durante varios años o el resto de la vida.

- **Material y métodos**

Paciente mujer de 21 años primípara por cesárea hace un año con antecedente de importante dolor y metrorragia con la regla y leucemia a los 5 años que acude a Urgencias por dolor en fosa renal derecha irradiado a fosa iliaca derecha de 2 días de evolución con febrícula, sin asociar otra sintomatología. En la analítica presenta 14.200 leucocitos con 83% de neutrófilos, una PCR de 14.16, Actividad de Protombina del 66.8%, creatinina normal e intensa piuria en el análisis de orina. Se realiza ecografía que el Servicio de Radiodiagnóstico completa con TAC abdomino-pélvico sin contraste describiendo una imagen en margen lateral derecho de cuerpo uterino en íntima relación con vejiga así como una imagen tubular de pared

engrosada que desde esa estructura asciende hasta perderse a la altura del riñón derecho dándose como primera sospecha diagnóstica absceso tubo-ovárico derecho. Se realiza posteriormente TAC con contraste que evidencia un doble sistema derecho completo con ureteritis de megauréter obstructivo dependiente de pielón superior y ureterocele. La paciente se ingresa a cargo de Urología, se completa estudio de imagen que confirma el diagnóstico y tras resolverse el cuadro infeccioso con tratamiento médico se programa para heminefroureterectomía y aspiración de ureterocele con resultado posterior de análisis histológico normal.

- **Conclusiones**

Los sistemas dobles colectores que no son detectados previamente por ausencia inicial de síntomas o ureterohidronefrosis pueden evolucionar al cabo de varios años y debutar como un cuadro de pielonefritis. Su diagnóstico requiere una alta sospecha y una correcta interpretación de las pruebas de imagen.

**COMUNICACIÓN POSTER 63: TUBERCULOSIS GENITOURINARIA. APORTACIÓN DE UN CASO EN PACIENTE VIH POSITIVO.**

*Saucedo Giménez I, Jiménez Romero ME, Díez Farto S, Armijos León S, Revelo Cadena I, Navarro Serrato JC, Ramírez Chamorro F, Shub Skorniakov M, Solano Castro D, Rodríguez Rubio F, Sánchez Bernal C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología, Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real (Cádiz).*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La OMS estima que un tercio de la población mundial está infectada por tuberculosis. La tuberculosis es la enfermedad oportunista más frecuentemente encontrada en pacientes con VIH. El tracto genitourinario es el segundo órgano afectado en orden de frecuencia, sólo por detrás del pulmón; siendo el riñón, el epidídimo y la próstata los lugares donde es más frecuente el comienzo de la infección.

- **Material y métodos**

Varón de 42 años de edad, VIH positivo, que acude a nuestra consulta para valoración de dolor lumbar, polaquiuria y tenesmo vesical de más de 1 año de evolución, que no ceden a pesar de tratamiento antibiótico habitual. En la exploración física no se evidencian alteraciones relevantes. La ecografía abdominal revela un riñón izquierdo aumentado de tamaño, con importante ectasia sin apenas parénquima con calcificaciones. Con la alta sospecha de

TBC genitourinaria, se solicita URO-TAC, radiografía de tórax así como cultivo, sedimento y estudio de TBC en orina.

El sedimento de orina confirma la presencia de piuria ácida estéril, acompañada de hematuria. La tinción de Ziehl-Neelsen es negativa, pero sin embargo, el cultivo de Löwenstein-Jensen es positivo. En la URO-TAC, riñón izquierdo con importante hidronefrosis evolucionada y defecto de repleción/engrosamiento de la mucosa de la pelvis, que dificulta la eliminación de contraste. Se solicita Gammagrafía renal, que confirma la anulación funcional del riñón izquierdo. Debido al estadio avanzado y al grado de afectación renal, se decide tratamiento quirúrgico mediante nefrectomía laparoscópica izquierda. La Anatomía Patológica confirma la sospecha inicial; pielonefritis y uretritis granulomatosa caseificante compatible con tuberculosis urinaria.

Tras ello, el paciente inicia tratamiento farmacológico a cargo del Servicio de Infecciosos de nuestro centro.

- **Conclusiones**

La TBC genitourinaria es una entidad infrecuente que puede simular muchas de las enfermedades que afectan al tracto urinario. Debido a esto, es un reto diagnosticarla oportunamente para evitar la pérdida del riñón; cuando se diagnostica adecuadamente, el tratamiento conservador es el de elección.

Actualmente en nuestro medio debemos reseñar la importancia de los factores epidemiológicos tales como la inmunosupresión y principalmente aquella debida a VIH, siendo éste el principal factor de riesgo para la enfermedad.

El caso que presentamos, muestra sintomatología inespecífica, pero con imágenes radiológicas y microscópicas clásicas de una TBC renal avanzada.

## **COMUNICACIÓN ORAL 69: PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA: SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

*Parra López, L., Olmo Ruiz, M., Osman García, I., Medina López, R.A.  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

### **RESUMEN:**

- **Objetivos**

Presentar nuestra casuística y revisar la literatura para homogeneizar su manejo y abordaje.



- **Material y métodos**

Serie de casos de PNE diagnosticados en nuestro Centro de Junio 2013 a Junio 2014.

Presentamos tres casos de PNE, 2 mujeres y 1 varón de entre 45-84 años. Una de ellas, diabética mal controlada, todos ellos con factores de riesgo cardiovascular. La clínica común fue fiebre y dolor con evolución fulminante hacia shock séptico en dos casos. Las medidas de soporte y antibioticoterapia empírica se aplicaron en todos ellos, completando el tratamiento con nefrostomía percutánea en dos casos y nefrectomía urgente por PNE "dry-type" o seca en el caso restante. El único agente causal aislado fue E.Coli. La tasa de mortalidad en nuestra serie fue del 33.33%.

- **Conclusiones**

La PNE es una patología infrecuente de elevada mortalidad siendo más frecuente en mujeres (6:1).

La Diabetes Mellitus (DM) es el principal factor de riesgo y la obstrucción de la vía urinaria alcanza un 25-40%.

E.Coli es el agente causal aislado con mayor frecuencia (70%).

Existen múltiples clasificaciones para intentar establecer un manejo escalonado según estadio. La más completa es la de Huang y Tseng del 2000 en base a la extensión radiológica mediante TAC, prueba de elección para su diagnóstico.

Son factores de mal pronóstico: TAS>90mmHg, trombocitopenia o PNE bilateral.

La clínica habitual es fiebre y dolor. La leucocitosis con neutrofilia y deterioro de función renal son datos analíticos frecuentes.

Las medidas de soporte precoces son fundamentales. El tratamiento más aceptado es manejo médico asociado a derivación percutánea con menor tasa de mortalidad (13.5%)(p Como conclusión, la PNE requiere un alto índice de sospecha y una prueba de imagen, preferiblemente TAC, que confirme el diagnóstico. El tratamiento médico asociado a derivación urinaria urgente es el tratamiento de elección

## **INTESTINO EN UROLOGÍA**

### **COMUNICACIÓN VIDEO 22: ANASTOMOSIS URETEROINTESTINALES: APORTACIÓN DE UNA NUEVA TÉCNICA CONSOLIDADA.**

*Castiñeiras Fernández, J; Ramírez Zambrana, A; Saiz Marenco, R; Cuaresma Díaz, A; Marenco Jiménez, JL; González Cáliz, C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Urología. Fundación "Joaquín Albarrán". Departamento de Cirugía. H. U. "Virgen Macarena". Universidad de Sevilla.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La evolución histórica de las anastomosis ureterointestinales la dividimos en dos etapas. La primera, que abarca desde 1852 con Simon, hasta 1907 con Ricard; la segunda, que comienza en 1911 con Coffey y, finaliza en 1979 con Le Duc y Camey. El análisis detallado de las aportaciones realizadas por estos autores nos permitió, en 1996, diseñar una nueva técnica de anastomosis ureterointestinal directa que mostramos detalladamente en este video.

- **Material y métodos**

La técnica se basa en las descritas por Payne y por LeDuc-Camey. Se inicia introduciendo el uréter en el reservorio intestinal y lo anclamos a la pared mediante tres puntos reabsorbibles. Seguidamente lo espatulamos según la técnica bivalva descrita por Payne. Se incide ("rasca") la mucosa intestinal para favorecer la cicatrización de ésta con las valvas diseñadas. Estas se fijan con seis puntos, cuatro en los extremos del rectángulo resultante y dos en el tercio medio, a nivel del orificio ureteral. Ambas valvas evitan que el proceso cicatricial mucomucoso se aproxime al neomeato favoreciendo así una morfología circular.

- **Resultados**

Desde enero-1996 hasta diciembre-2009 se intervinieron 247 pacientes de cistoprostatectomía radical y derivación urinaria. Un total de 456 unidades renales anastomosadas con nuestra técnica. En el estudio realizado, comparamos los resultados obtenidos con nuestra técnica y los logrados con las técnicas de Ricard (Puño de camisa) y LeDuc-Camey. Nuestros resultados, como vemos en la Tabla 1, son superiores.

Tabla 1

	Normales	Dilatadas (*)	Dilatadas (**)	Anuladas
LeDuc	51,5	25,1	15,6	7,8
Ricard	38,9	29,7	22,2	9,2
Bivalva	78,7	13,6	2,4	5,3

(\*)Dilatadas sin estenosis.(\*\*)Dilatadas con estenosis.

## • Conclusiones

La anastomosis ureterointestinal determina la viabilidad de la derivación urinaria. Al emplearse en la actualidad segmentos intestinales destubulizados, y por tanto de baja presión, para el diseño de la derivación urinaria no están justificadas el empleo de las técnicas antirreflujo. Clásicamente, cuando el uso del intestino no se destubulizaba, las dos complicaciones, observadas y temidas, correspondían a la estenosis y al reflujo.

Actualmente, tras la introducción del concepto de destubulización, la complicación que nos preocupa es la estenosis. Las bajas presiones conseguidas en el intestino destubulizado hacen que el reflujo este controlado. Por ello justificamos el uso de una técnica directa.

## **COMUNICACIÓN POSTER 95: DERIVACIÓN URINARIA CON COLON TRANSVERSO: NUESTRA EXPERIENCIA.**

*Yáñez A; Cantero JA; Carmona EI; García MJ; Del Río S; Castillo E; Sáez F; Herrera B; Machuca FJ.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria*

## **RESUMEN:**

### • Introducción

En el manejo de la derivación urinaria tras radioterapia pélvica el conducto ileal estándar está sujeto a muchas complicaciones al ser un tejido potencialmente dañado, así como los uréteres, que también están incluidos en el campo radiado.

El empleo de catéteres de forma permanente está vinculado a infecciones de repetición y afectación de la calidad de vida.

La utilización de un segmento de colon transverso para una derivación urinaria definitiva nos permite emplear intestino y uréteres fuera del campo de radiación, por lo que la anastomosis ureterointestinal sufriría menos riesgo de

complicaciones.

Es por todo ello que, para una derivación urinaria definitiva, el colon transversal permite tanto el uso de un segmento intestinal como ureteral sano para asegurar la viabilidad de la anastomosis .

### • **Material y métodos**

Presentamos 7 casos en los que se realizó derivación urinaria mediante conducto colónico transversal entre 1998 y 2014, de los cuales 2 eran hombres y 5 mujeres. Seis de estos pacientes habían recibido radioterapia pélvica y eran portadores de doble nefrostomía permanente que ocasionaban sepsis urinarias de repetición.

Los motivos de la cirugía fueron diversos: hematuria anemizante por cistitis radica, fístula urogenital, uropatía obstructiva secundaria a cambios postradioterapia, fibrosis retroperitoneal idiopática y recidiva tumoral ginecológica.

### • **Resultados**

Todos los pacientes tenían un estado nutricional deficiente previo a la intervención, secundario a su patología de base.

Se realizaron anastomosis ureterocolonica independiente con tunel submucoso y pielocolonica.

De los 7 pacientes intervenidos, en 2 hubo complicaciones postoperatorias: ileo paralítico y posterior evisceración con necesidad de cirugía urgente.

No se han registrado durante el seguimiento alteraciones hidroelectrolíticas, problemas estomacales ni infecciones urinarias en aquellos pacientes que previamente eran portadores de nefrostomas.

Las cifras de creatininas son normales o discretamente elevadas en los pacientes con una insuficiencia renal previa.

### • **Conclusiones**

El empleo del colon transversal para la derivación urinaria es una buena opción en los casos de radioterapia pélvica extensa, por inclusión de los uréteres e ilon, así como en los casos de patología ureteral

## **COMUNICACIÓN VIDEO 119: REIMPLANTE URETERAL CON TUNEL EXTRAMURAL DE SEROSA (ABOL-ENEIN) EN LA SUSTITUCION VESICAL ORTOTÓPICA / NEOVEJIGA ILEAL TIPO HAUTMANN.**

*Abad Vivas-Pérez, JI; Merino Salas S, Sánchez Tamayo J, Piedra Lara JD, Martínez F, Gómez J.*

*CENTRO DE TRABAJO: S. Urología. H. de Poniente. Almería*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Se han descrito muchas formas de sustitución vesical ortotópica mediante el uso de diversas porciones de intestino. La neovejiga ileal concebida por Hautmann se trata de un reservorio ileal esférico (en forma de W). Se elige un segmento de íleon terminal de unos 50-60 cm.

Abol-Enein y Ghoneim probaron que se puede obtener un mecanismo antirreflujo efectivo llevando los uréteres hacia un reservorio a través de túneles extramurales revestidos de serosa. La construcción de un túnel seroso extramural tiene varias ventajas. No requiere grapas metálicas ni materiales sintéticos. El túnel de serosa protege la porción implantada del uréter de la exposición a la orina. Además no requiere un segmento intestinal muy largo y es un procedimiento versátil y de fácil ejecución.

Técnicamente, después de abrir el segmento de íleon a lo largo del borde antimesentérico en toda su longitud, los colgajos ileales laterales se aproximan con sutura continua seromuscular para formar las depresiones intestinales revestidas de serosa. Los uréteres espatulados son llevados a cada una de las depresiones, se anastomosan a la mucosa intestinal y se colocan tutores. Se cierra el túnel sobre el uréter implantado.

- **Materiales y métodos**

Presentamos un caso de un paciente de 62 años con cáncer vesical músculo infiltrante, en que se realizó Cistectomía Radical con Linfadenectomía iliaca bilateral, con una Neovejiga ileal tipo Hautmann, utilizando la técnica de Abol-Enein (popularizada en España por los Drs. Roncales, Liedana y Rioja) para el reimplante ureteral, mostrando los detalles de la misma en el video.

- **Conclusiones**

En nuestra experiencia, la técnica de tunel extramural con serosa de Abol-Enein es una técnica segura, eficaz y fácilmente reproducible.

## **LAPAROSCOPIA/ENDOUROLOGÍA**

### **COMUNICACIÓN VIDEO 3: NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN LITIASIS CORALIFORMES COMPLEJAS.**

*Miguel Ángel Arrabal Polo, Félix Abad Menor, Juan Palenzuela Serrano, Clara Lahoz García, Juan Martínez Sánchez, Samuel González Torres, María del Carmen Cano García, Miguel Arrabal Martín*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El tratamiento de la litiasis renal coraliforme según las guías clínicas es la nefrolitotomía percutánea (NLP) que puede verse asistida por la cirugía intrarrenal retrógrada (CIRR) en algunas ocasiones. El éxito de la cirugía renal percutánea en litiasis renales complejas es mucho mayor que el de la LEOC o CIRR.

El objetivo de este vídeo es ilustrar la técnica de NLP con un único acceso en cáliz inferior en la posición de decúbito supino para el tratamiento de la litiasis coraliforme compleja.

- **Material y métodos**

Se presentan 3 casos clínicos de pacientes con litiasis coraliforme compleja. 1 caso de litiasis de ácido úrico y 2 casos de litiasis de fosfato amónico magnésico con urocultivo positivo a *Proteus mirabilis*. En 2 casos se realizó estudio preoperatorio con Urografía intravenosa y 1 caso con TAC abdomino-pélvico. Se colocan a los pacientes en posición de decúbito supino modificado (posición de Galdakao). Se coloca por vía retrógrada catéter ureteral 6 fr. Se realiza punción del cáliz inferior guiado con ecografía, finalizando la misma con control de fluoroscopia en el momento de puncionar el cáliz. Se enhebra al paciente con guía Jagwire® y se dilata con balón de dilatación hasta 24 o 30 fr a 20 atm de presión máxima, colocando vaina de Amplatz. Realizamos litotricia electrocinética de la litiasis. Concluye el procedimiento dejando catéter DJ y sonda de nefrostomía.

- **Resultados**

En los 3 casos presentados se elimina más del 80% de la masa litiásica inicial en un solo acto quirúrgico. La media de tiempo del procedimiento fue de 75 min (68 min - 89 min). En el caso del paciente con litiasis de ácido úrico se completó con tratamiento alcalinizante, mientras que los otros dos casos

quedaron libres de litiasis tras 1 y 2 sesiones de LEOC respectivamente tras la NLP. Únicamente en un caso se requirió de transfusión sanguínea de 2 concentrados de hematíes.

- **Conclusiones**

El tratamiento con NLP de litiasis coraliformes complejas tiene un éxito elevado, permite una reducción importante de masa litiásica y es seguro si se realiza de forma sistemática y con un estudio adecuado previo de la anatomía del paciente.

#### **COMUNICACIÓN ORAL 4: ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA BIPOLAR. VALORACIÓN Y RESULTADOS DE LOS PRIMEROS CIENTOS CASOS.**

*Ramírez Mendoza, A.; Ramírez Zambrana, A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Centro Urológico San Ignacio, Sevilla*

#### **RESUMEN:**

La energía bipolar o plasmaquímica aplicada con el resector Olympus de dos terminales (asa convencional y asa en forma de botón o seta) permite realizar la enucleación prostática transuretral de una forma más simplificada y con un coste sensiblemente menor que con otras fuentes de energía. Los lóbulos se eliminan con resección antes de ser completamente enucleados, con lo que no hace falta el uso del morcelador.

Se comenzó con esta técnica en octubre de 2011 y se presenta la experiencia y resultados de los primeros cien casos.

#### **COMUNICACIÓN VIDEO 36: PAPEL DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA-ROBÓTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS URINARIA.**

*Molina Díaz, P.; Flores Sirvent, L.; García Galisteo, E.; Del Rosal Samaniego, JM; Baena González, V.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Regional de Málaga.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La litiasis urinaria es un problema de salud frecuente con una prevalencia del 10-15% y una tasa de recurrencia del 50%.

Con los avances de la litotricia y las técnicas mínimamente invasivas, el uso de la cirugía se ha limitado al tratamiento de las litiasis complejas. La cirugía laparoscópica de la litiasis está en crecimiento como alternativa a la cirugía

abierta. Sin embargo, ambas permiten la eliminación de mayor carga litiásica con menor cantidad de fragmentos residuales y una menor tasa de recurrencia.

- **Material y métodos**

Revisamos los vídeos de la cirugía de tres pacientes intervenidos de litiasis urinaria por el mismo cirujano en nuestro hospital. Dos de ellos presentaban litiasis piélica realizándose pielolitomía laparoscópica y robótica respectivamente; un tercero con litiasis ureteral sometido a ureterolitotomía laparoscópica.

Asimismo, se realiza una búsqueda bibliográfica seleccionando los artículos de mayor relevancia referentes a estas técnicas quirúrgicas en la actualidad.

- **Resultados**

Los tres pacientes fueron derivados al alta tras buena evolución en planta, entre el tercer y el cuarto día postoperatorio, con sonda vesical durante una semana y catéter doble jota que se retiró al mes de la intervención. Actualmente, en seguimiento en nuestras consultas sin recurrencia litiásica y sin complicaciones derivadas de la intervención.

- **Conclusiones**

La laparoscopia ofrece una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de litiasis renoureterales de gran tamaño así como en el manejo de litiasis asociadas a anomalías de la vía urinaria. Como ventajas generales aporta una mayor eliminación de la carga litiásica en un solo procedimiento, con la consecuente disminución de la necesidad de retratamiento y un mayor período libre de recurrencias.

Aunque la cirugía robótica no está contemplada como una técnica estándar en el tratamiento de la litiasis, puede aportar ventajas respecto a la cirugía laparoscópica, fundamentalmente un menor tiempo operatorio y mayor facilidad de determinados gestos quirúrgicos.



## **COMUNICACIÓN VIDEO 37: PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: DIFICULTAD TÉCNICA EN NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.**

*J Moreno Jiménez; F. Gutiérrez Tejero; R. Galisteo Moya; C. Velarde Muñoz \* M. A. Arrabal Polo. \*\* M.G. Arrebola Pascual; \*\* M. Jiménez López.  
CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario de Jaén*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La pielonefritis Xantogranulomatosa representa el 1% de las pielonefritis crónicas. El diagnóstico por imagen se sospecha cuando se combinan la unilateralidad, la presencia de litiasis, el aumento de tamaño del riñón, la ausencia de eliminación del medio de contraste, la presencia de masas de baja atenuación y la afectación del espacio perirrenal y se confirma con el estudio histopatológico. El tratamiento de elección consiste en la nefrectomía (abierta o laparoscópica). En la actualidad, el desarrollo de la cirugía laparoscópica en el tratamiento de la patología urooncológica ha aumentado su campo hacia la patología infecciosa si bien esta cirugía ha de ser muy cuidadosa dada la intensa fibrosis y la desestructuración anatómica que suele llevar asociada.

- **Material y métodos**

Presentamos la técnica de la nefrectomía laparoscópica basándonos en dos casos clínicos de pielonefritis Xantogranulomatosa. El primer caso corresponde a un joven de 20 años con infecciones urinarias de repetición y con pielonefritis crónica litiásica izquierda. El segundo caso es el de una joven de 24 años con antecedentes de espina bífida, vejiga neurógena y también pielonefritis crónica litiásica izquierda. Se colocan en decúbito lateral derecho y se realiza neumoperitoneo con aguja de Veress sin complicaciones. Trabajamos con cuatro puertos dispuestos en forma de rombo (2 trócares de 5 mm, 1 trocar de 10 mm y otro de 15 mm) realizando un abordaje transperitoneal.

- **Resultados**

En ambos casos surgieron dificultades técnicas por el tamaño renal y la intensa fibrosis perirrenal y periureteral. Las estructuras adyacentes a riñón estaban íntimamente adheridos al mismo haciendo muy compleja la disección. El tiempo quirúrgico fue de 130 y 210 minutos respectivamente. No se produjo apertura de la vía urinaria. Los postoperatorios no tuvieron incidencias con altas a las 72 horas. El diagnóstico histopatológico fue pielonefritis Xantogranulomatosa.

- **Conclusiones**

La nefrectomía en los casos de pielonefritis xantogranulomatosa es compleja. La apertura de la vía urinaria con salida de pus y riesgo de provocar peritonitis hace que tradicionalmente se realice la nefrectomía abierta retroperitoneal; sin embargo una delicada disección laparoscópica en manos de un cirujano experto, puede llevar a una nefrectomía con excelente resultado.

**COMUNICACIÓN ORAL 40: IMPACTO DE LA VISIÓN 3D SOBRE LA CARGA MENTAL Y EL RENDIMIENTO LAPAROSCÓPICO EN SUJETOS SIN EXPERIENCIA.**

*Gómez Gómez. Enrique, Carrasco Valiente. Julia, Valero Rosa. José, Campos Hernández. JPablo, Carazo Carazo. JLuis, Ruiz García. Jesus, Regueiro López. JCarlos, Sánchez González. Alvaro, Anglada Curado. FJosé, Requena Tapia. Mª José*  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Reina Sofía

**RESUMEN:**

- **Objetivo**

Evaluar el efecto de la visión en tres dimensiones (3D) en comparación con dos dimensiones (2D) sobre la carga mental de trabajo soportada y el rendimiento laparoscópico en ejercicios de simulación.

- **Material y Métodos**

Se llevó a cabo un estudio prospectivo aleatorizado cruzado en sujetos sin experiencia en laparoscopia. Los participantes completaron cinco ejercicios en pelvi-trainer basados en un programa validado usando ambos sistemas de visión. El rendimiento se evaluó mediante el tiempo transcurrido y el número de errores cometidos, y la carga mental de trabajo a través del cuestionario validado NASA-TLX.

- **Resultados**

Cuarenta y seis participantes se incluyeron en el análisis. Los participantes realizaron las actividades mejor con la visión 3D de forma global en términos de tiempo (3D =  $1.006,08 \pm 315,94$  vs. 2D =  $1.309,17 \pm 300,28$ ; p Además, el uso de la visión 3D produjo menos carga mental de trabajo de acuerdo con los resultados del NASA-TLX (3D =  $53,89 \pm 13,08$  vs 2D =  $62,10 \pm 12,59$ , p

- **Conclusiones**

La incorporación de sistemas 3D en cirugía laparoscópica facilitaría la curva de aprendizaje, ya que se asocia a un mejor rendimiento y menor carga mental de trabajo en sujetos sin experiencia.

**COMUNICACIÓN VIDEO 42: NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN LITIASIS RENAL CON VÍA EXCRETORA Y PACIENTE COMPLEJOS.**

*Miguel Arrabal Martín, Samuel González Torres, Miguel Ángel Arrabal Polo, Pilar Valderrama Illana, Félix Abad Menor, Armando Zuluaga Gómez.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio, Granada*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La cirugía renal percutánea como tratamiento de la litiasis renal, es un procedimiento estandarizado, que actualmente se realiza con abordaje combinado retrógrado y anterógrado para garantizar la permeabilidad ureteral y mantener la vía durante el procedimiento y hasta la resolución del caso.

- **Material y métodos**

Paciente de 79 años, con antecedentes de fibrilación auricular, dos accidentes vasculares cerebrales con secuelas neurológicas, en tratamiento con Dicumarínicos, hiperplasia de próstata grado IV. Sepsis urinaria y shock séptico por litiasis renal derecha múltiple obstructiva, se ha realizado tratamiento médico y derivación renal percutánea (previamente no se había conseguido cateterismo ureteral derecho por gran adenoma de próstata). Se ha sustituido dicumarínicos por Bemiparina. Obstrucción intermitente sonda de nefrostomía por hematuria con coágulos.

Se realiza nefrostograma derecho, observando litiasis múltiple pielocalicial, uréter con múltiples bucles y disminución de calibre a nivel iliaco, decidimos no realizar cateterismo ureterovesical para evitar posibles efectos adversos.

Nefrolitotomía percutánea en decúbito supino oblicuo, sin cateterismo ureteral, colocando el extremo de la guía flexible en cáliz superior. Dilatación del trayecto lumbar con catéter de balón nº 24 Ch, nefroscopia rígida y litotricia cinética, extracción de fragmentos con cestillas de Nitinol. Nefroscopia flexible para tratar litiasis en cáliz superior, lasertricia con Holmium-YAG, extracción de fragmentos. Se retira sonda de nefrostomía tras comprobar permeabilidad ureteral y ausencia de litiasis

## **COMUNICACIÓN POSTER 49: SERIE DE PIELOPLASTIAS LAPAROSCÓPICAS DE 2010 A 2013.**

*Marengo Jiménez, JL; Gutiérrez González M; Ortiz Gámiz A; González Cáliz, C. Castiñeiras Fernández, J*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Urología. Fundación "Joaquín Albarrán". Departamento de Cirugía. H. U. "Virgen Macarena". Universidad de Sevilla.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Revisamos nuestra serie de pieloplastias realizadas por vía laparoscópica desde junio de 2010 a junio de 2013, atendiendo durante el seguimiento de las mismas a los resultados funcionales y las complicaciones tanto intra como postoperatorias.

Se realizó en 18 casos la técnica de pieloplastia desmembrada de Anderson-Hynes transperitoneal, y en 12 casos la sección y transposición simple ureteral.

- **Material y métodos**

La evaluación preoperatoria se realizó mediante anamnesis, exploración física, Rx SAU, ECO Urológica, UIV, renograma isotópico con test de furosemida y, en algunos casos, TAC de abdomen con contraste intravenoso.

Realizamos una revisión retrospectiva de la serie atendiendo a características basales de los pacientes, etiología de la estenosis, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias y en postoperatorio inmediato, así como los días de estancia hospitalaria. En el seguimiento funcional de la pieloplastia se evaluó el resultado clínico unido a la morfología y funcionalidad de la vía mediante UIV y renograma isotópico con test de furosemida.

- **Resultados**

Se intervinieron un total de 30 pacientes. De ellos, 10 eran hombres y 20 mujeres, de edades comprendidas entre 17 y 72. La etiología de la estenosis fueron 12 por interposición de vaso polar y 18 por causa estenosis primaria.

El tiempo operatorio medio fue de 105 minutos y la estancia hospitalaria media fue de 3.66 días (2-9). Se registró en un caso una complicación intraoperatoria (perforación de aorta abdominal con trócar laparoscópico, que obligó a suspender la intervención). En el postoperatorio, aparecieron complicaciones en 4 pacientes (13.33%), ninguna supuso una complicación mayor según la escala de Clavien-Dindo (en dos casos el catéter ureteral doble-j se encontraba ascendido lo que precisó de recolocación en quirófano (IIIa), se registró un caso de sangrado postoperatorio que precisó de

transfusión sanguínea (II), se registraron 4 casos de fístula urinaria por zona de anastomosis pieloureteral que cedieron de forma espontánea por último se registró un caso de íleo parético postoperatorio que cedió con manejo conservador). No se realizó ninguna reconversión a cirugía abierta.

Con un seguimiento medio de 21.2 meses, se registró recidiva de la estenosis pieloureteral en tres casos (10%), uno de ellos con pérdida de la funcionalidad del riñón intervenido con nefrectomía laparoscópica a los 11 meses de la intervención. Los otros dos casos fueron reintervenidos con buena evolución.

- **Conclusiones**

La pieloplastia laparoscópica es el tratamiento de elección para la estenosis pieloureteral primaria. En nuestra serie apreciamos una tasa de complicaciones intra y postoperatorias y una tasa de éxito consistente con la publicada en la literatura.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 55: PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA ROBÓTICA Y-V.**

*Sánchez Martínez, N; Bautista Vidal, C; García Galisteo, E; Gómez Lechuga, P; Flores Sirvent, L; Del Rosal Samaniego, J.M; Baena González, V.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La obstrucción de la unión pieloureteral (UPU) es una patología a menudo silente, que cursa con un deterioro progresivo de la función renal. Habitualmente debida al paso de un vaso polar por delante de la UPU, existen otras etiologías que comparten un mismo cuadro fisiopatológico. Las técnicas quirúrgicas para su corrección han evolucionado con la finalidad de conseguir las menores tasas de recidiva junto al abordaje menos invasivo posible.

Actualmente la técnica de referencia es la pieloplastia de Anderson-Hynes por vía laparoscópica, consiguiendo tasas de éxito en torno al 90% según la serie. No obstante existen otras técnicas que es preciso conocer para ofrecer la mejor solución individual a cada paciente.

La pieloplastia Y-V se caracteriza por el uso de un colgajo de pelvis que se espátula en Y, reconstruyendo la sutura con forma de V, lo que permite un aumento del diámetro de la UPU.

- **Material y métodos**

Presentamos el caso de una paciente de 35 años derivada a nuestro centro para intervención de pieloplastia laparoscópica. Sin antecedentes de interés, en estudio por clínica de CRU derecho, evidenciándose en la ecografía una ectasia renal derecha sin hallar causa obstructiva; se completa estudio con urografía intravenosa en la que se aprecia morfología de estenosis de la UPU.

Se completa estudio con gammagrafía y renograma, informados como una disminución de la funcionalidad del riñón derecho (38%) respecto al izquierdo (62%).

Ante el diagnóstico de estenosis de la UPU derecha se decide intervención quirúrgica mediante cirugía laparoscópica robótica Da Vinci.

En posición de lumbotomía derecha se realiza colocación de 4 trócares en rombo; inspección y apertura de retroperitoneo hasta visualizar uréter derecho. Se libera uréter hasta la altura de pedículo renal, visualizando un área de estenosis de 1 cm aproximadamente, no pareciendo el pedículo la causa de la estenosis. Se realiza pieloplastia Y-V con colocación de catéter doble J.

- **Resultados**

La paciente fue dada de alta de planta a las 24 horas de la cirugía tras la retirada del drenaje. Se dejó sonda vesical a bolsa durante 7 días y la retirada del catéter doble J a las 3 semanas de la cirugía.

En su revisión trimestral en consulta la paciente se encuentra asintomática y con una gammagrafía con los mismos valores de funcionalidad.

- **Conclusiones**

La pieloplastia laparoscópica es por sus resultados y baja morbilidad la técnica de elección en las estenosis de la UPU. Las variantes no exeréticas con utilización de colgajos son menos frecuentes pero su conocimiento es conveniente para su aplicación en casos concretos.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 60: LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA.**

*Sequeira García del Moral, J; García Galisteo, E; Euceda Cerna, LM; Gómez Lechuga, PL; Sánchez Luque, J; Molina Díaz, P; Rivero Esteban, JA; Bautista Vidal, JC; Sánchez Martínez, N; Flores Sirvent L; Beneto Alduci, B; Soler Martínez, J; Baena González, V.*  
*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Regional de Málaga*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Ante el hallazgo de un tumor retroperitoneal se plantea el diagnóstico diferencial entre los tumores retroperitoneales primarios, la fibrosis retroperitoneal y las adenopatías metastásicas de otros cánceres. El tratamiento varía en función de la etiología: en los tumores retroperitoneales primarios la indicación es la resección quirúrgica; en los metastásicos la actitud terapéutica dependerá de su etiología y en los hematológicos el tratamiento es quimioradioterápico. Por ello, resulta fundamental la realización de una biopsia. Dentro de las técnicas de biopsia se encuentran la punción o la biopsia percutánea guiada por ecografía o TAC, la biopsia laparoscópica o retroperitoneoscópica y la cirugía abierta.

- **Material y métodos**

Presentamos por medio de un vídeo, el caso de un paciente varón de 68 años en seguimiento en consulta por cáncer de próstata en vigilancia activa desde hace 3 años, estable (Gleason 6 (3+3) 10% de 1 de los cilindros del lóbulo derecho), que presenta síndrome asténico y dolor abdominal. Tras completarse estudio con TAC abdominal, se visualiza un conglomerado adenopático retroperitoneal. Ante la sospecha de un tumor retroperitoneal y con una biopsia guiada por TAC no exitosa en dos ocasiones en Medicina Interna, lo remiten para biopsia decidiéndose abordaje laparoscópico.

- **Resultados**

Se realiza exéresis de gran conglomerado de cadena ganglionar para-aórtica hasta llegar a polo inferior de riñón izquierdo y exéresis de otro conglomerado iliaco, mediante vía laparoscópica transperitoneal, con un tiempo operatorio de 195 min y un sangrado estimado de 300 ml. Como incidencia precisa de punto trasfisiante por pequeño sangrado de arteria aorta. Dado de alta el tercer día postoperatorio tras retirada de drenaje, sin incidencias. El resultado anatomopatológico de la pieza constató ganglios linfáticos con linfoma no Hodgkin B folicular grado 3. El paciente se ha tratado y seguido por parte de Hematología.

- **Discusión**

La biopsia laparoscópica transperitoneal de tumores retroperitoneales de origen desconocido puede ser necesaria cuando la biopsia guiada por ecografía o TAC no es posible o no obtiene muestras suficientes, constituyendo una opción alternativa segura, de escasa morbilidad y con alta efectividad.

### **COMUNICACIÓN VIDEO 64: RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE RECURRENCIA LOCAL TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL POR CARCINOMA RENAL.**

*Moreno Jiménez, J; Gutierrez Tejero, F; Galisteo Moya, R; Arrebola Pacual MG;\* Luque Barona R\*\*; Jiménez Lopez\*, M; Velarde Muñoz, C.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Urología, \*UGC Radiodiagnóstico, \*\* UGC Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Jaén*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La recidiva local de un carcinoma renal (CR) tras una nefrectomía radical de forma aislada es un hecho infrecuente, oscilando entre un 0,7 al 1,8 %. Esta recidiva en ausencia de enfermedad metastásica se asocia frecuentemente a márgenes quirúrgicos positivos y a técnica quirúrgica inadecuada. El mayor riesgo lo presentan los tumores avanzados, con ganglios positivos, siendo la recurrencia local en los T1-2 N0M0 rara. No existen recomendaciones generales sobre su manejo en la mayoría de las guías clínicas, siendo la exéresis de la masa tumoral y de los órganos vecinos afectados el tratamiento fundamental, ofreciendo la terapia sistémica escasos resultados.

- **Material y métodos**

Presentamos el caso de una paciente intervenida mediante nefrectomía laparoscópica de un carcinoma renal de células claras de 5,7x5,1x3,9 cm, grado 2 de Fuhrman limitado al riñón derecho que no infiltra grasa del seno renal y sin imágenes de invasión linfovascular ni presencia de componente sarcomatoso (pT1b). A los 6 meses presenta masa que realza con el contraste, de 8 mm sobre musculo iliaco derecho que durante 25 meses va aumentando progresivamente de tamaño hasta los 13 mm, momento en el que se decide realizar su exéresis por vía laparoscópica.

Neumoperitoneo con aguja de Veress sin incidencias. Colocación de trocares similar a nefrectomía. Múltiples adherencias intestinales a celda renal. Disección cuidadosa. Las referencias anatómicas fueron fundamentales para



identificar la lesión. Estos fueron la bifurcación iliaca derecha y la identificación de músculos psoas e iliaco. Resección en bloque de todo el tejido adiposo y realización de biopsia intraoperatoria confirmándose la metástasis de carcinoma renal.

- **Conclusiones**

La resección quirúrgica de la recurrencia tumoral local tras nefrectomía radical es compleja por la presencia de múltiples adherencias y la posible afectación de estructuras vecinas. El estudio de imagen preoperatorio es vital en estos casos. Determinar la localización exacta y el compromiso de estructuras vecinas es crucial. Su realización laparoscópica aporta las ventajas ya conocidas, si bien añade las dificultades propias de las reintervenciones.

**COMUNICACIÓN POSTER 65: IMPLANTE TUMORAL EN LECHO QUIRÚRGICO Y PUERTO LAPAROSCÓPICO TRAS NEFROURETERECTOMÍA. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.**

*Merino Salas S, Abad Vivas-Pérez JI, Piedra Lara JD, Ochoa Labarta LM\*, Martínez Portillo F. CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. \* Servicio de Cirugía General. Hospital de Poniente, El Ejido. Almería.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

El implante tumoral en el puerto de laparoscopia es una complicación infrecuente (1-19%). Rara vez aparece aislada.

La técnica quirúrgica debe depurarse, pero a pesar de múltiples maniobras sigue estando presente.

- **Material y métodos**

Varón, 61 años, hipertenso, que por hematuria asintomática se diagnostica de tumor ureteral izquierdo a la altura de vasos ilíacos, sin enfermedad extraureteral.

Se plantea nefroureterectomía izquierda laparoscópica: tras la desinserción endoscópica ureteral, se colocan tres puertos de laparoscopia, el primero a través de una minilaparotomía 1cm superior y 4cm lateral al ombligo, por el que se introduce trocar de Hasson. Se realiza sellado precoz del uréter distal al tumor, y no se abre la vía urinaria en ningún momento. Se extrae pieza quirúrgica por una incisión inguinal.

La pieza quirúrgica se informa de carcinoma de 2.5cm pobremente

diferenciado, polipoide, con áreas sarcomatoides, pT2, junto con carcinoma in situ coexistente. Bordes quirúrgicos libres.

Se cita con TAC con CIV a los 3 meses, pero el paciente acude un mes antes de su cita, por tumoración dolorosa en la herida del trocar de Hasson. En ecografía de la herida aparecen dos cavidades con líquido anecoico, sospechando seroma. Se decide exploración de la herida en una semana. Se aprecian dos tumoraciones en tejido subcutáneo, sin contacto con peritoneo invadiendo fascia externa de oblicuo mayor.

La anatomía patológica confirma infiltración por carcinoma indiferenciado y el TAC habla de múltiples implantes retroperitoneales, de hasta 6cm de diámetro.

- **Conclusiones**

La desinserción endoscópica ureteral es segura y efectiva, teniendo unas consideraciones básicas (evitar apertura de vía urinaria, extracción en bloque riñón-uréter y usar bolsa). La coagulación del orificio ureteral o la colocación de un hem-o-lock por trocar intravesical pueden prevenir el paso de orina al retroperitoneo.

Los tumores de vía urinaria podrían diseminar si la orina fluye en el campo aunque los implantes en el sitio del puerto de laparoscopia se describen en múltiples variedades tumorales, incluso benignas, y suele aparecer junto a implantes en el lecho quirúrgico.

Otras técnicas (escisión cutánea, irrigación con citostáticos, modificar gas) no demuestran eficacia, salvo la povidona yodada.

### **COMUNICACIÓN POSTER 116: RESULTADOS DE 86 CASOS DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADOS EN NUESTRO CENTRO.**

*Carmona Sánchez E, Cantero Mellado JA, Yáñez Gálvez A, García del Pino MJ, Del Río Gonzalez S, Castillo Gallardo E, Marchal Muñoz M (UCAM-Murcia), Sáez Barranquero F, Herrera Imbroda B, Marchal Escalona C, Antuña Calle F, Machuca Santa-Cruz FJ.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La nefrolitotomía percutánea es una técnica quirúrgica cuya utilización se ha visto incrementada en los últimos años, constituyendo una útil herramienta para el tratamiento de la enfermedad litiásica renal llegando a ser la primera elección de tratamiento en muchos casos.

- **Material y métodos**

Presentamos una serie de 86 casos de nefrolitotomía percutánea realizadas en nuestro centro entre Junio de 2010 y Junio de 2014, en posición de Valdivia modificada y con trayecto de acceso percutáneo mayoritariamente único. Se ha realizado un análisis de las variables preoperatorias, así como una descripción estadística de los resultados.

- **Resultados**

La edad media de los pacientes fue de 54,2 años (23-81), siendo un 46,5% de los pacientes de sexo masculino y un 53,5 del sexo femenino. Fue el primer tratamiento en el 69,8% de los pacientes, y en el resto el más frecuente fue la ESWL, seguido pielolitotomías abiertas o laparoscópicas. Un 7% de pacientes eran portadores de nefrostomía percutánea. Las características de las litiasis, clasificadas con los criterios anatomoclínicos de Guy's Score System fueron: Grupo 1, 43% de los casos; grupo 2 un 10.5%; grupo 3 un 21%; y grupo 4 un 25.5%. El tiempo medio de cirugía fue de 139 minutos (45-270) y el tiempo de estancia medio de 4 días (2-13). La tasa de resultado final libre de litiasis del 67,4%. Se definió como resultado libre de litiasis a la resolución total de la litiasis o presencia de restos  $\leq 5$  mm en TC a las 6-8 semanas. Al relacionar la tasa libre de litiasis con la complejidad se observa una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.000$ ), distribuyéndose de esta manera: grupo 1, 75,7%; grupo 2, 100%; grupo 3, 71,4%; y grupo 4, 31,8%. No obstante dentro de los primeros 25 casos hay 8 pacientes del grupo 1, con litiasis residuales. Las litiasis residuales tenían un tamaño medio de 3,2 cm (1-11 cm), siendo la localización más frecuente el cáliz superior y el medio. Los retratamientos de las litiasis residuales fueron: ESWL en el 50%, NLP 17,9%, URS 7,2% y en un 24,9% se consideraron restos no susceptibles de tratamiento.

- **Conclusiones**

Los resultados de nuestra serie muestran una tasa libre de litiasis del 67,4%, en aumento respecto a análisis preliminares previos con un 59% a los 30 casos y 64% a los 50 casos.

## **COMUNICACIÓN POSTER 110: CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS EN NUESTRA SERIE.**

*Leanez Jiménez M, Leal Lombardo J, Domínguez Villalón M, Candau Vargas-Zúñiga FJ, Rivera Muñoz F, García Escuder A, Sanchez de la Vega J, Camacho Martínez E.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El cáncer de vejiga es diagnosticado en más de 12.000 pacientes al año, siendo el quinto en incidencia en nuestro país y el cuarto en prevalencia en varones (es mucho menos frecuente en mujeres). Más del 20% de estos tumores diagnosticados son de riesgo elevado, pudiendo llegar a comprometer la vida del paciente. El tratamiento conlleva muchos riesgos, siendo cirugías complejas y con gran morbilidad que, además, por los cuidados postoperatorios y de las posibles complicaciones derivadas ocasionan un gran gasto de recursos sanitarios, llegando a superar los de otros tumores como los de mama, colon o próstata. Cada vez se está poniendo en práctica técnicas más novedosas para llevar a cabo el abordaje quirúrgico de esta patología, siendo actualmente una de las protagonistas la vía laparoscópica. Esto nos hace analizar los supuestos beneficios que conlleva esta vía.

- **Objetivos**

Presentar la experiencia inicial de nuestro grupo en la cistectomía radical laparoscópica y linfadenectomía, realizando un estudio descriptivo que abarque variables demográficas, clínicas y patológicas, además de las indicaciones de tratamiento, evolución y resultados perioperatorios en los pacientes de dicho estudio.

- **Material y Métodos**

Entre junio de 2013 y junio de 2014 hemos realizado 6 cistectomías laparoscópicas con 5 linfadenectomías. Se han intervenido 5 varones y 1 mujer, con una edad media de 62'5 años (rango 47-78).

- **Resultados**

Se han realizado 6 cistectomías laparoscópicas por cáncer vesical, siendo 5 de ellos infiltrantes y 1 superficial de alto grado multirrecidivante. Se realizaron 1

vejiga ileal ortotópica con anastomosis uretro-neovesical por vía laparoscópica y 5 uretero-ileostomías cutáneas (Bricker) con derivación vía abierta. En 5 de ellos se realizó linfadenectomía vía laparoscópica, con un número medio de 9 ganglios, todos ellos con resultados negativos. El estudio anatómico-patológico de las piezas quirúrgicas confirman márgenes negativos en todos los pacientes. El análisis de una de las piezas muestra estadio pT0 que, tras haber recibido tres ciclos de quimioterapia neoadyuvante, había presentado respuesta local completa.

El tiempo quirúrgico promedio giró en torno a los 310 minutos (210-420). La estancia en UCI no superó las 48 horas. La estancia media hospitalaria estuvo en torno a 12 días (rango 8-18). Dos pacientes necesitaron transfusión sanguínea en el postoperatorio inmediato. Sólo hubo un paciente con complicaciones graves (grado IIIb de Clavien) derivadas de la cirugía (ileo prolongado con evisceración). A pesar de que el 66% de los pacientes tenía un riesgo anestésico moderado- elevado (ASA III), ninguno ha presentado secuelas en el postoperatorio. No ha habido fallecidos. El paciente con anastomosis uretro-neovesical está continente tras 8 meses de la cirugía.

- **Conclusiones**

La cistectomía radical laparoscópica se está implantando como un método quirúrgico prometedor en el cáncer vesical, debido a la menor tasa de complicaciones derivadas de la misma, menor estancia hospitalaria y menor sangrado en relación a la intervención, todo ello influyendo en la disminución de los costes económicos, directos e indirectos. No obstante, su curva de aprendizaje es lenta y aún no tenemos datos suficientes como para valorar la superposición de los datos oncológicos con respecto al método abierto.

**COMUNICACIÓN POSTER 109 ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y PARÁMETROS RELACIONADOS CON LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETROVESICAL Y LA INCONTINENCIA SEVERA EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.**

*Sequeira García del Moral, J; Molina Díaz, P; García Galisteo, E; Del Rosal Samaniego, JM; Machuca Santacruz, J; Gómez Lechuga, P; Bautista Vidal, C; Sánchez Martínez, N; Flores Sirvent L; Euceda Cerna, LM; Rivero Esteban, JA; Beneto Alducin, B; Soler Martínez, J; Baena González, V.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Regional de Málaga*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

Durante el seguimiento tras la prostatectomía radical robótica (PRR) nos encontramos ante dos complicaciones poco frecuentes y de difícil manejo: la estenosis de la anastomosis de la unión uretro-vesical (EUV) y la incontinencia moderada-severa. Este tipo de complicaciones requerirán, en algunas

ocasiones una nueva intervención, con alta tasa de fracasos.

- **Objetivos**

Determinar en nuestro grupo de pacientes intervenidos de PRR parámetros intraoperatorios y postoperatorios, que puedan relacionarse con alteraciones a largo plazo en la unión uretro-vesical y la necesidad de intervención para la incontinencia.

- **Material y métodos**

Describimos un grupo de 361 pacientes sometidos a PRR por tres cirujanos de nuestro centro, entre los años 2007-2013, con un mínimo de seguimiento de 12 meses. Se recogen los pacientes que han presentado EUV y los que han requerido cirugía de colocación de dispositivo tipo advance o esfínter artificial urinario. En ellos se describen las siguientes variables: necesidad de cierre y reconstrucción de cuello y presencia de fuga en la cistografía de control.

- **Resultados**

En 361 pacientes con una media de edad de 59,48 años (42-73) se han registrado un total de 9 (2,49%) pacientes con EUV. De éstos, 3 (33,3%) precisaron de cierre de cuello y/o de reconstrucción y 2 (22,2%) tuvieron fuga en la cistografía. De entre los 18 (4,98%) pacientes que se sometieron a cirugía de la incontinencia, 5 (27,7%) precisaron de cierre de cuello y/o de reconstrucción y 3 (16,6%) tuvieron fuga en la cistografía.

- **Conclusiones**

La EUV y la incontinencia severa es una complicación poco frecuente, pero que influye de forma significativa en la calidad de vida de los pacientes, afectando a un 2% y 5 % respectivamente, según las series.

El conocimiento de aquellos factores relacionados con su etiología, ayudará a identificar al paciente en riesgo que podría ser tratado de forma precoz de estas complicaciones.

## **COMUNICACIÓN 107: FÍSTULA RECTO-URETRAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. REPARACIÓN POR VÍA ENDOSCÓPICA.**

*Barahona Centeno, K.A.; Pedrajas de Torres G.; García Valverde, A.; Caballero Cobos, R.; Jiménez López, I.; Pujadas M.; Domínguez Molinero, J.F.; Rodríguez Rincón J.P.; Bel Rincón, J.; García Ramos, J.B.; Funes Padilla, C.; Déniz Cubas, A.; Gómez Vélazquez, M.; Linares Armada, R.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología. Complejo Hospitalario de Huelva*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La lesión rectal es una complicación potencial durante la realización de la prostatectomía radical. La frecuencia de lesiones rectales se sitúa entre el 0,49% y el 5%<sup>3</sup>, por lo que es una complicación infrecuente, pero grave. Suele ocurrir si durante la cirugía ocurre lesión rectal inadvertida.

- **Objetivos**

Presentar el caso de un paciente que desarrolló una fístula recto-uretral tras Prostatectomía radical Laparoscópica y su resolución mediante endoscopia.

- **Material y métodos**

Varón de 63 años de edad, Adenoca. de próstata gleason 6(3+3), cT2a, PSA 7.39 ng/ml. Se realiza prostatectomía radical laparoscópica. Durante el acto quirúrgico se advierte plano muy adherido a la cara anterior del recto, produciéndose apertura accidental del mismo, suturándose de forma continua, en 2 planos y realizándose dilatación anal.. Al sexto día postoperatorio se solicita Gammagrafía ósea por dolor lumbar donde se aprecia la fístula recto-uretral. Cistografía; Extravasación del contraste por trayecto fistuloso en cara posterior de la vejiga hacia colón, recto-sigmoideo compatible con Fístula vésico-intestinal. A los 18 días postintervención se realiza vía endorectal cierre de la fístula mediante staples. La evolución posterior es satisfactoria. Se realiza una cistografía de control a los 2 meses de la prostatectomía radical, descartándose la presencia de fuga urinaria.

Actualmente sin sonda vesical e incontinencia urinaria. PSA 0.

- **Conclusiones**

La apertura accidental del recto durante la cirugía de próstata debe tratarse de forma inmediata, siendo suficiente la mayoría de las veces el cierre simple en dos planos. Si a pesar de ello se produce una fístula, ésta puede tratarse de forma conservadora si es de débito bajo.

### **COMUNICACIÓN POSTER 108: SÍNDROME DE LA UNIÓN RESUELTA CON STENT URETERAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Koraichi Rabie Senhaji, Zakariae; Soler Soler, José Luis; González Martínez, Francisco Javier. CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El Síndrome de la Unión pielocalicial, consiste en una obstrucción congénita de la unión de la pelvis renal con el uréter, y es probablemente la malformación congénita más frecuente del uréter. Es más frecuente en varones, y puede afectar a los dos riñones a la vez. No está del todo clara su etiología pero puede deberse a alteraciones de la movilidad del uréter, implante ureteral alto o a la presencia de una arteria del polo inferior.

- **Material y métodos**

Presentamos una paciente de 43 años de edad, diagnosticada en la edad juvenil de ectasia renal derecha, sin posterior seguimiento. Presenta desde hace varios meses dolor en fosa lumbar izquierda que ha ido en aumento, acompañado de síndrome febril.

Pruebas complementarias:

**Analítica:** hemograma con discreta neutrofilia, Bioquímica normal. Sedimento: nitritos positivos, leucocituria,

**Rx abdomen:** no imágenes calcificadas

**Ecografía abdominal:** dilatación de riñón derecho (RD), con imágenes ecogénicas en su interior. RI normal

**UIV:** Ausencia de captación de contraste en RD.

**Renograma Diurético (Tc99m.MAG3):** RD con buena vascularización, captación del radiofármaco reducida y retrasada (hidronefrosis). Ese parénquima se encuentra adelgazado y desplazado periféricamente. Las imágenes secuenciales reflejan retención piélica, con moderada dilatación. La curva renográfica resulta aplanada, reflejando un comportamiento funcionalmente obstructivo. Contribución a la funcionalidad renal total (FRRD): 20,4 %. Riñón izquierdo (RI): FRRD: 79,6 % y resto de parámetros sin alteraciones significativas



**UIV:** Tras implantación de Catéter de nefrostomía y derivación a vejiga. La administración de contraste produce realce por ambos riñones, que son de localización, tamaño y morfología normal. El RD presenta un grosor de parénquima entre 15 mmy 19 mm en polos. Se produce inicio de excreción simétrica, aunque en el lado derecho queda retenido en cálices que están dilatados, en relación con su proceso previo. RI sin hallazgos a destacar. Leve cambio de calibre en unión pieloureteral, con ectasia de pelvis parcialmente extrarrenal, sin repercusión en cálices.

Transcurrido un mes se decidió implantar stent temporal en la zona de la estenosis.

- **Discusión**

La obstrucción de la unión Pieloureteral puede tratarse mediante

**Cirugía.**

1. Pieloplastia desmembrada de Anderson: Es la técnica quirúrgica más popular y consiste en la extracción del segmento ureteral ocluido y la anastomosis con la pelvis renal. Puede realizarse mediante: Cirugía a cielo abierto: técnica quirúrgica clásica en desuso por imposición de la cirugía laparoscópica;. Cirugía Laparoscópica una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta
2. Maniobras Endourológicas: Dilatación del segmento ureteral ocluido mediante Ureteroscopia
3. Maniobras Percutáneas : Dilatación o resección del segmento ureteral ocluido mediante cirugía percutánea a través de unos pequeños orificios realizados en la zona lumbar.

En el caso de nuestra paciente, tras realizar nefrostomía se implantó stent de nitinol recubierto temporal del tipo Allium URS, que expande correctamente la lesión, con buen calibre del ureter tras realización nefrografía de control

- **Conclusiones**

1. La implantación de Stent metálicos ureterales es un procedimiento técnicamente factible con mínimas complicaciones y bien tolerado entre los pacientes.
2. En nuestra paciente el riñón afecto, tras resolver el proceso obstructivo, comenzó a recuperar función, según mostraron las urografías posteriores
3. Se necesita más experiencia para valorar coste efectividad, con respecto al abordaje laparoscópico.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 100: PIONEFROSIS: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE URGENCIA.**

*Arroyo Maestre, José Miguel; Juárez Soto, Álvaro; Soto Delgado, Manuel; Ibáñez Suárez, Rafael; Beardo Villar, Pastora.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Jerez. SAS*

### **RESUMEN:**

La actuación quirúrgica habitual ante un cuadro de pionefrosis y con indicación de nefrectomía es la de realizar ésta última mediante laparotomía. En nuestro video presentamos el caso de una paciente con un proceso infeccioso provocado por litiasis coraliforme de riñón derecho que se extiende ya al retroperitoneo. Mostramos su resolución laparoscópica, los puntos de técnica realizados y las recomendaciones que nuestra experiencia nos aporta.

## **COMUNICACIÓN ORAL 90: PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL.**

*García Valverde, A.; García Ramos, J.B.; Pedrajas Torres, G.; Jiménez López, I.; Barahona Centeno, K.A.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez M; Domínguez Molinero, JF; Bel Rincón, J; Rodríguez Rincón, J.P; Déniz Cubas, A; Funes Padilla, C Gómez Velazquez, M.; Linares Armada, RM.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología. Complejo Hospitalario Huelva*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La Prostatectomía Radical Laparoscópica (PRL) es una cirugía que permite disminuir la morbilidad de la Prostatectomía Radical Abierta (PRA) pero conlleva una mayor curva de aprendizaje.

- **Objetivos**

Realizado una revisión crítica de nuestros 15 primeros pacientes sometidos a PRL.

- **Material y métodos**

Se han analizado 19 variables, de las cuales 8 variables fueron preoperatorias (Edad, IMC, Volumen Prostático, PSA previo, Gleason en biopsia, Estadio Clínico, Número de cilindros afectados y Lateralidad afectada en biopsia) y 11 fueron postoperatorias (Tiempo Quirúrgico, Estadio Patológico, Gleason Pieza, Márgenes, Lateralidad de la pieza, Volumen de la pieza, PSA postquirúrgico, necesidad transfusión, Reconversiones, Infección de herida y Estancia Hospitalaria).

- **Resultados**

El valor medio de Edad fue de 64,13 años, el de IMC fue de 29,12 y el del Volumen Prostático fue de 31,72 cc. Con respecto al PSA preoperatorio 11 pacientes presentaban valores < 10 ng/ml y 4 pacientes valores > 10 ng/ml con una media de 8,74 ng/ml. 9 pacientes presentaban un Gleason en la biopsia de 6 (3+3), 4 pacientes Gleason 7 (3+4) y un paciente presentaba un Gleason 7 (4+3). 11 pacientes fueron diagnosticados clínicamente como cT1c y solo 2 presentaban un cT2a. El número medio de cilindros afectados en la biopsia fue de 4,13 (1-5).

En cuanto al Gleason de la pieza 4 pacientes presentaron un Gleason 6 (3+3), 5 pacientes un Gleason 7 (3+4), otros 5 pacientes un Gleason 7 (4+3) y un paciente presentó un PIN de alto grado. Se produjeron 7 infraestadijes de la biopsias y dos supraestadijes. Respecto al Estadio Patológico 1 paciente se estadio como pTx, 9 pacientes como pT2c y 5 pacientes como pT3a. 7 pacientes de 15 presentaron Márgenes positivos en la pieza, de los cuales en tres casos han requerido radioterapia de rescate El Volumen medio de la pieza fue de 46,51 cc. El Tiempo Quirúrgico medio para la realización de PRL fue de 251 min. Un paciente se reconvirtió a cirugía abierta por sangrado. La Estancia media Hospitalaria fue de 5,3 días.

- **Conclusiones**

La PRL asegura unos resultados oncológicos similares a la PRA en nuestro centro, aunque con un porcentaje de márgenes mayor.

Presenta menos morbilidad que la Cirugía abierta y disminuye la estancia.

Aunque no lo hemos analizado en profundidad observamos una recuperación funcional más rápida en cuanto a la continencia.

Creemos que la Curva de aprendizaje en nuestro medio es correcta y que se acorta si se tiene experiencia en laparoscopia previa.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 118: TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE TUMOR FIBROEPITELIAL DE URÉTER.**

*San Juan Salas, A; Arredondo Martínez, F; Rodríguez Corchero, J; Basquero González, B; Zurera Corsano, A; Linares Armada, R*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio Urología Hospital Infanta Elena. Huelva*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Los pólipos fibroepiteliales son tumores benignos que aparecen en el aparato urinario. Es esencial el diagnóstico diferencial con los carcinomas uroteliales.

Presentamos un caso de tumor fibroepitelial de uréter medio tratado endoscópicamente con láser holmium.

- **Material y Métodos**

Mujer de 45 años sin antecedentes de interés. Acude a nuestras consultas por hallazgo casual en ecografía ginecológica de imagen intravesical filiforme y móvil.

Se realiza cistoscopia objetivándose neoformación alargada y de superficie lisa que sobresale por meato ureteral. En la Urografía intravenosa se comprueba que la base de implantación se localiza a nivel de uréter medio.

Se procede a la realización de ureteroscopia rígida seccionando con láser el pólipo a nivel de su inserción en uréter. Mediante pinzas extraemos la pieza quirúrgica que mide 9 cms de longitud.

El informe anatomopatológico confirmó la sospecha de tumor fibroepitelial.

- **Conclusiones**

Los tumores fibroepiteliales se presentan fundamentalmente entre los 30 y 40 años con predilección por el sexo masculino. Suelen debutar como cólicos nefríticos y/o hematuria. Ante la sospecha diagnóstica la actitud más indicada es la exploración endoscópica con toma de biopsia o exéresis para su confirmación histológica.

## **LITIASIS**

### **COMUNICACIÓN ORAL 2: ESTUDIO DE LOS FACTORES LITOGÉNICOS Y DE LOS MARCADORES ÓSEOS EN PACIENTES CON OSTEOPENIA/OSTEOPOROSIS SIN LITIASIS Y EN PACIENTES CON LITIASIS CÁLCICA.**

*Miguel Ángel Arrabal Polo, María del Carmen Cano García, Antonio Poyatos Andújar, María Sierra Girón Prieto, Miguel Quesada Charneco, Félix Abad Menor, Armando Zuluaga Gómez, Tomás de Haro Muñoz, Miguel Arrabal Martín.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La litiasis renal cálcica recidivante se relaciona con pérdida de densidad mineral ósea y se expresa mediante la alteración de marcadores de remodelado óseo y elevación de la calciuria y cociente calcio/creatinina en ayunas.

El objetivo de este estudio es analizar la presencia de alteraciones bioquímicas en orina de pacientes con osteopenia/osteoporosis en columna lumbar o cadera sin litiasis renal.

- **Material y métodos**

Estudio transversal que incluye 203 pacientes en tres grupos:

- Grupo 1 (pacientes control)
- Grupo 2 (pacientes con litiasis renal cálcica recidivante)
- Grupo 3 (pacientes con osteopenia/osteoporosis en columna lumbar o cadera).

Se realiza estudio de densitometría ósea, análisis de marcadores del metabolismo fosfocálcico y marcadores óseos en sangre, factores de riesgo litogénico en orina de ayunas y orina de 24 horas. Análisis de los resultados con programa estadístico SPSS 17.0, considerando significación estadística  $p \leq 0.05$ .

- **Resultados**

Los pacientes del grupo 2 presentan una mayor excreción de calcio en orina de 24 h respecto a los otros 2 grupos [269.98 ± 119.49 mg (grupo 2) vs 187.34 ± 106.90 mg (grupo 1) vs 207.06 ± 98.12 mg (grupo 3)], con una menor excreción de citrato [537.72 ± 292.64 mg (grupo 2) vs 1010.75 ±

647.83 mg (grupo 1) vs  $617.64 \pm 315.86$  mg (grupo 3)]. El porcentaje de hipercalciuria e hipocitraturia es mayor en el grupo 2 (50.7% > 260 mg/24 h y 25.3% < 320 mg/24h) respecto grupo 1 (18% y 1.6% respectivamente) y grupo 3 (25.4% y 7.5% respectivamente). Además estos pacientes presentan más pérdida de densidad mineral ósea y alteración en los marcadores de remodelado óseo respecto al grupo 1. Los pacientes del grupo 3 también presentan alteraciones en la excreción de calcio y citrato respecto al grupo control como hemos visto anteriormente, con elevación del cociente calcio/citrato ( $0.56 \pm 1.08$ ) y calcio/creatinina de ayunas ( $0.16 \pm 0.05$ ).

- **Conclusiones**

Los pacientes con osteopenia/osteoporosis sin litiasis renal presentan alteraciones en los factores de riesgo litogénico aunque en menor medida que los pacientes con litiasis renal cálcica, principalmente alterándose la calciuria, citraturia y cocientes calcio/citrato y calcio/creatinina en ayunas. Es por tanto importante controlar el metabolismo óseo en los pacientes con litiasis cálcica y los factores litogénicos en pacientes con osteopenia/osteoporosis idiopática.

### **COMUNICACIÓN POSTER 78: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES LITIÁSICOS CON ALTERACIÓN DEL ESTUDIO METABÓLICO.**

*Corchuelo-Maíllo, C; Cienfuegos-Belmonte, I; Argüelles-Salido, E; Campoy-Martínez, P; Medina-López, R.A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Pese a la importancia de que los pacientes con riesgo de formación de litiasis sigan medidas preventivas, apenas existen estudios sobre adherencia de estos pacientes a sus tratamientos.

- **Objetivo**

Conocer el cumplimiento de nuestros pacientes a los tratamientos indicados y detectar diferencias en la adherencia, sus causas y factores asociados a este comportamiento.

- **Material y Métodos**

Análisis retrospectivo de 93 pacientes con EMU positivo diagnosticados entre los años 2009 y 2012, obteniendo información mediante historia digital y un cuestionario estructurado vía telefónica de 75 de ellos.

Recogimos información sobre la enfermedad litiásica y el tratamiento prescrito, satisfacción con los resultados y cumplimiento terapéutico, relacionándolos con nivel de estudios y otros tratamientos, mediante el test X2.

- **Resultados**

El 68% de los pacientes eran varones. Mediana de edad 42,92 años. Seguimiento medio 2.65 años. El 60% tenía antecedentes litiásicos familiares. Media de cólicos pre-estudio 4.14. Alteraciones metabólicas más frecuentes: hiperoxaluria(42,7%), hipercalciuria(33.3%) e hipocitraturia(30.7%). Medicamentos más empleados: citrato potásico(70.7%), tiazidas(26.7%) y suplemento de calcio(15.1%).

El 84,2% de los pacientes desconocía el diagnóstico del EMU, y el 29,8% no conocía el tratamiento indicado. El 41,9% cumplió las dosis pautadas en menos del 50% de las ocasiones.

El tratamiento dietético fue abandonado por el 65% de los pacientes: 62.9% por dejadez, el 11.4% por no notar mejoría. Sólo el 56.5% tomó los fármacos de manera constante. El 46.2% los abandonó por dejadez. No hubo abandonos por intolerancia/efectos secundarios.

El 72.6% de los cumplidores experimentó mejoría. Si recidivara la clínica el 96.8% retomaría el tratamiento y el 100% repetiría el EMU.

Encontramos relación significativa entre nivel académico y conocimiento del diagnóstico ( $p=0,022$ ) y del tratamiento ( $p=0,036$ ). No aparecieron diferencias en el cumplimiento según la cantidad de otros medicamentos que tomasen .

- **Conclusiones**

El cumplimiento terapéutico es muy bajo, pese a que el EMU es bien valorado y el tratamiento bien tolerado. La mayoría lo repetiría o retomaría el tratamiento si recidivara. La información diagnóstica y terapéutica proporcionada no es entendida.

## **ONCOLOGÍA**

- **TESTÍCULO**

### **COMUNICACIÓN ORAL 48: PATRONES ECOGRÁFICOS DE BENIGNIDAD EN MASAS INTRATESTICULARES: ¿PODRÍAN EVITARSE ORQUIECTOMÍAS INNECESARIAS?**

*Cuevas-Palomino, A; Parra-López, ML; Baena-Villamarin, C ; Congregado-Ruiz, CB; Conde-Sanchez, JM; Osman-García, I; Marmol-Navarro, S; Talegón-Meléndez, A; Medina-Lopez, RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica Urología-Nefrología.  
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La ecografía escrotal es la primera prueba de imagen a realizar ante el hallazgo de una tumoración testicular. Ante sospecha de lesión maligna, el tratamiento de elección es la orquiectomía inguinal. El propósito de este estudio es conocer si existen características clínico-radiológicas de las masas intratesticulares que puedan ayudar a discernir si éstas son malignas o benignas, con el fin de evitar orquiectomías innecesarias.

- **Material y Métodos**

Revisión retrospectiva de 103 pacientes sometidos a orquiectomía radical por sospecha de neoplasia testicular entre Febrero de 2006 y Junio de 2013, tras haberles realizado una ecografía escrotal sospechosa de malignidad. Rango de edad comprendido entre 19 y 83 años.

Evaluamos la correlación entre la presentación clínica de la masa, caracterización ecográfica preoperatoria (tamaño, ecogenicidad, homogeneidad, bordes, focalidad, patrón vascular doppler-color, presencia de calcificaciones y afectación epididimaria) y resultado anatómico-patológico de la pieza quirúrgica, mediante SPSS 20. Nivel de significación estadística  $p < 0.05$ .



• **Resultados**

83 lesiones fueron malignas (54 seminomas, 26 no seminomas, 2 linfomas y 1 tumor adenomatoide) y 20 benignas (orquiepididimitis crónicas, fibrosis atrófica y hematomas).

En la siguiente tabla se muestra la relación entre el resultado anatómico-patológico y las distintas características clínico-radiológicas:

	<b>MASAS BENIGNAS</b>	<b>MASAS MALIGNAS</b>	<b>Significación estadística</b>
<b>Edad orquiectomía (mediana)</b>	<b>48</b>	<b>33</b>	<b>P=0.002</b>
<b>Palpables</b>	<b>65%</b>	<b>92.8%</b>	<b>P=0.003</b>
<b>Indoloras</b>	<b>55%</b>	<b>63.9%</b>	<b>NS</b>
<b>Tamaño en cm (mediana)</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>P=0.001</b>
<b>Hipoecogénicas</b>	<b>65%</b>	<b>67.5%</b>	<b>NS</b>
<b>Heterogéneas</b>	<b>70%</b>	<b>71.1%</b>	<b>NS</b>
<b>Bordes regulares</b>	<b>60%</b>	<b>62.7%</b>	<b>NS</b>
<b>Unifocales</b>	<b>90%</b>	<b>68.7%</b>	<b>NS</b>
<b>Hipervasculares</b>	<b>10%</b>	<b>36.1%</b>	<b>P=0.023</b>
<b>Calcificaciones</b>	<b>15%</b>	<b>39.8%</b>	<b>P=0.037</b>
<b>Afectación epidídimo</b>	<b>10%</b>	<b>14.5%</b>	<b>NS</b>

• **Conclusiones**

-Ambos tipos de lesiones son predominantemente indoloras, hipoecogénicas, unifocales, heterogéneas y de bordes regulares.

-Las lesiones malignas aparecen a una edad más temprana y se palpan con mas frecuencia en la exploración física. Asimismo, son más frecuentemente de mayor tamaño, con patrón doppler-color hipervascular y asociado a calcificaciones que las lesiones benignas.

-Con un análisis más profundo y detallado de las imágenes ecográficas se podrían evitar hasta un 20% de orquiectomías innecesarias.

- **PRÓSTATA**

**COMUNICACIÓN ORAL 33: DATOS DE INFRAESTADIAJE E INFRAGRADACIÓN EN PROSTATECTOMÍA RADICAL DE PACIENTES CANDIDATOS A VIGILANCIA ACTIVA.**

*Lendínez-Cano G, Alonso Flores J, Beltran Aguilar V, Salazar Otero S, Bachiller Burgos J.  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital San Juan de Dios, Bormujos.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

Es ampliamente conocido el sobretratamiento del cáncer de próstata debido a los programas de cribado oportunista. La vigilancia activa que sigue al paciente hasta detectar criterios de progresión, en tumores de bajo riesgo, es una opción cada vez más extendida y recomendada para minimizar este efecto.

- **Objetivo**

Conocer el porcentaje de pacientes con anatomía desfavorable que podrían ser incluidos en vigilancia activa en nuestro centro según los criterios usados y si estos son superponibles a los encontrados en otros grupos.

- **Material y Métodos**

Analizamos retro y prospectivamente nuestra serie de prostatectomías radicales realizadas entre Septiembre de 2011 y Marzo de 2014 que cumplen criterios de bajo o muy bajo riesgo previo a la intervención. Incluiremos pacientes con cifras de PSA menores a 10 ng/ml, Gleason menor o igual a 6 y estadio cT1c o T2a-b. Además describimos el número de cilindros tomados (mínimo 8) y los afectos así como el PSA densidad. Son excluidos pacientes no biopsiados en nuestro centro, con menos de 8 cilindros tomados así como aquellos en los que falten alguno de los criterios necesarios para la diferenciación entre bajo y muy bajo riesgo.

- **Resultados**

Entre Septiembre de 2011 y Marzo de 2014 se realizaron 173 prostatectomías radicales, de ellas 81 cumplían los criterios de inclusión presentados previamente. Reunían criterios de bajo riesgo 59 (72,84%) y 22 (27,16%) de muy bajo riesgo. En total presentamos tras el análisis un 18,51% de infragradación (15) y 11.11% de infra estadiaje (9) Existen 4 pacientes con  
Octubre 2014

ambos datos desfavorables 4.9%. En el grupo de muy bajo riesgo únicamente un paciente presentó infragradación y margen quirúrgico positivo (4,55%). No encontramos en este último grupo ningún caso de infraestadiaje.

- **Conclusiones**

Los datos de infragradación e infraestadiaje en nuestro medio son superponibles a los de otros grupos y especialmente buenos en el grupo de muy bajo riesgo. Creemos factible el comienzo de un programa de vigilancia activa en nuestro centro con garantías para el paciente.

### **COMUNICACIÓN POSTER 45: PROSTATECTOMÍA ROBÓTICA DE RESCATE TRAS BRAQUITERAPIA.**

*Fajardo-Paneque M, Congregado-Ruiz CB, Conde-Sánchez JM, Corchuelo-Maillo C, Osmán-Sánchez I, Medina-López RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Nefro-Urología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La prostatectomía radical de rescate (PRR) se ha consolidado como una opción factible en pacientes con progresión bioquímica tras braquiterapia de baja tasa en el cáncer de próstata (CaP) órganoconfinado. Cada vez más grupos abogan por realizar dicha cirugía mediante laparoscopia asistida por robot.

- **Objetivo**

Revisar nuestra serie de PRR tras braquiterapia a pacientes con CaP localizado de bajo y muy bajo riesgo, y comparar resultados oncológicos, funcionales y complicaciones quirúrgicas entre prostatectomía abierta (SRP) y laparoscópica asistida por robot (sRALP).

- **Material y Métodos**

Estudio descriptivo y comparativo de 15 pacientes a los que se les realizó PRR tras progresión bioquímica post- braquiterapia, entre Diciembre 2009 y Mayo 2014.

Recidiva confirmada mediante biopsia. Estudio de extensión preoperatorio negativo.

En 8 pacientes se realizó SRP y en 7 pacientes sRALP.

Analizamos y comparamos parámetros clínicos y oncológicos al diagnóstico y en la recurrencia, complicaciones perioperatorias, estancia hospitalaria (Tabla 1), datos funcionales y características anatómo-patológicas (Tabla 2).

Análisis estadístico mediante SPSS 22.

• **Resultados**

Mediana de seguimiento: 27.25 meses en SRP, 11 meses en sRALP.  
Ambos grupos son comparables en cuanto a estadio clínico, PSA y Gleason al diagnóstico y a la recurrencia.

	Linfadenectomía	Estancia(días)	ClavienII	ClavienIII	Fuga anastomosis	Estenosis anastomosis
SRP(n=8)	2(25%)	5	3(37'5%)	1(12'5%)	3(37'5%)	1(12'5%)
sRALP(n=7)	4(57'1%)	4	2(28'5%)	0	2(33'3%)	0

**Tabla 1.**

Los datos funcionales son similares en ambos grupos: función sexual postquirúrgica (erección suficiente para mantener una relación) y continencia urinaria (número de compresas diarias).

	Persistencia enfermedad : PSA ≥0.1 ng/mL	Recurrencia PSA:PSA ≥0.2 ng/mL	Estadio patológico	Gleason	Ganglios linfáticos	MQP (p<0'01)	Invasión vesículas seminales	Extensión Extracapsular (p=0'04)
SRP(n=8)	1(12'5%)	0	7T2c 1T3a	5(3+3) 2(3+4) 1(4+5)	N+1 N-1 Nx6	1(12'5%)	0	1(12'5%)
sRALP(n=7)	3(42'9%)	0	2T2c 3T3a 2T3b	1(3+3) 2(3+4) 3(4+3) 1(4+4)	N+0 N-4 Nx3	6(85'7%)	2(33'3%)	5(71'4%)

**MQP: margen quirúrgico positivo.**

No ha habido ningún éxito hasta la fecha.  
Los 4 pacientes con persistencia de enfermedad reciben tratamiento hormonal adyuvante.

- **Conclusiones**

Hemos objetivado un mayor porcentaje de enfermedad avanzada en la cirugía robótica, asociado a un incremento en los márgenes quirúrgicos positivos en este grupo ( $p=0,01$ ).

Se observa una tendencia a un mayor porcentaje de complicaciones en cirugía abierta.

**COMUNICACIÓN ORAL 66: ASOCIACIÓN CLÍNICA ENTRE NIVELES DE PROTEINA-C REACTIVA, SÍNDROME METABÓLICO Y RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA.**

*Gómez Gómez. Enrique, Carrasco Valiente. Julia, Carazo Carazo. JLuis, Ruiz García. Jesús, Campos Hernández. JPablo, Arenas Bonilla. Antonio, García Rubio. JHoracio, Leva Vallejo. Manuel, Requena Tapia. MJosé.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Reina Sofía*

**RESUMEN:**

- **Objetivos**

Evaluar la relación entre los niveles de PCR, el Síndrome Metabólico (MetS) y el riesgo de cáncer de próstata (CaP) en pacientes sometidos a biopsia prostática.

- **Material y métodos**

Desde enero de 2012 a Mayo 2013, 655 pacientes sin enfermedad concomitante activa son estudiados por riesgo de CaP en base a niveles de PSA o tacto rectal. En las mismas condiciones horarias y de ayuno, se midieron niveles sanguíneos PCR y se evaluaron previa a la realización de la biopsia si cumplían los criterios de MetS según la ATP III. Los resultados de la biopsia y clasificación se realizaron por un anatomopatólogo especialista según los criterios ISUP.

- **Resultados**

639 pacientes fueron incluidos en el análisis, de los cuales el 39,1% (N=254) cumplían criterios de MetS. El porcentaje de diagnóstico de CaP fue 37,8 y 36,1% entre los pacientes con MetS y sin MetS, siendo para grados de gleason  $\geq 7$ , de 22 y 17,4% respectivamente ( $p > 0.05$ ).

Por cada criterio individual que el paciente cumplía de MetS, el riesgo relativo de diagnóstico de cáncer fue de 1.12 (IC95%: 0.99-1,26) y para el diagnóstico de alto grado de 1,16 (IC95%: 1,01-1,34).

La presencia de MetS se asoció con un mayor nivel de PCR (4,8 vs 3,7;  $p=0.02$ ). Los niveles PCR también se asociaron con mayor riesgo de diagnóstico de CaP 1,65 (IC95%: 1,19-2.29) y de alto grado 2.11 (IC95%: 1,41-3.15).

El análisis multivariante confirmó que tanto la PCR y el hecho de cumplir un mayor número de criterios de MetS, se asoció a un mayor riesgo de

diagnóstico de CaP de alto grado en la biopsia de próstata. El hecho de tener o no MetS no demostró asociación.

- **Conclusiones**

El hecho de tener o no MetS no se asoció con el diagnóstico de CaP en la biopsia, pero si el hecho de cumplir un mayor número de criterios del mismo. Los niveles de PCR también se asociaron con un mayor riesgo de diagnóstico de tumor más agresivo.

**COMUNICACIÓN POSTER 77: PAPEL DE LA DENSIDAD DE PSA COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA RECIDIVA DEL CÁNCER DE PRÓSTATA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.**

*Corchuelo-Maíllo, C; Fajardo-Paneque, M; Conde-Sánchez, J.M; Congregado-Ruiz, C.B; Osman-García, I; Pena-Outeriño, J.M; Mármol-Navarro, S; Medina-López, R.A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

El aumento de la incidencia en los últimos años del cáncer de próstata (CAP) ha llevado a incrementar el interés por determinar qué factores definen el pronóstico de la enfermedad.

Existen múltiples estudios que demuestran la aplicación de la densidad de PSA en el diagnóstico del CAP, sin embargo no existe apenas bibliografía publicada acerca de su empleo como factor predictor de recidiva.

- **Objetivo**

Determinar si la densidad del PSA puede considerarse como variable predictora de progresión en pacientes sometidos a prostatectomía radical asistida por robot (PRR).

- **Material y Métodos**

Presentamos un análisis retrospectivo de una serie de 150 pacientes con CAP localizado de bajo riesgo, de un total de 158 intervenidos mediante PRR entre los años 2007- 2011. Comparamos la densidad del PSA de los 112 pacientes que no han progresado, frente a los 38 que sí lo han hecho, y su relación con determinadas variables pre y postquirúrgicas.

- **Resultados**

La edad mediana es 61 años. El PSA al diagnóstico de los pacientes que no progresan es de 6,29mg/dl, frente a 6,43 en los que sí lo hacen. Encontramos una correlación directa entre el PSA al diagnóstico y la

densidad de PSA (p El grado de Gleason predominante pre y postintervención (6, 3+3), así como el estadio local de la pieza quirúrgica (pT2c, 59%) no evidencian relación con la densidad del PSA en ninguno de los grupos estudiados.

Hemos encontrado relación entre la presencia de infraestadiaje (23%) y la densidad de PSA (p No existe una relación estadísticamente significativa entre la densidad de PSA y la presencia de margen positivo de la pieza (16%), el PSA nadir (0mg/dl), el tiempo medio hasta la progresión (45 meses) y la presencia de metástasis (1,3%).

- **Conclusiones**

- La presencia de PSA elevados al diagnóstico se asocia a altas densidades de PSA.

- Una densidad de PSA elevada incrementa las probabilidades de encontrar un mayor estadio local de la enfermedad.

### **COMUNICACIÓN POSTER 79: CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN LAS PIEZAS DE ADENOMECTOMÍAS Y RTU DE PRÓSTATA. NUESTRA EXPERIENCIA.**

*Domínguez Villalón M, Rico López FJ, Leal Lombardo J, Candau Vargas-Zúñiga F, Leanez Jiménez M, Camacho Martínez E.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Entre los pacientes intervenidos bajo el diagnóstico de Hiperplasia Benigna Prostática (HBP) existe un grupo que, tras analizar anatomopatológicamente sus piezas quirúrgicas de adenomectomías o resecciones endoscópicas, son diagnosticados incidentalmente de cáncer de próstata. En general, la mayoría de los tumores T1a son clínicamente insignificantes y pueden ser manejados de manera conservadora. Por el contrario, los tumores T1b suelen ser clínicamente significativos y requerir tratamiento activo.

- **Objetivo**

Analizar las características clínico-patológicas de los cánceres de próstata incidentales diagnosticados en nuestro servicio en los últimos diez años.

- **Material y métodos**

Se ha realizado un análisis retrospectivo de los 37 pacientes diagnosticados en nuestro servicio de cáncer de próstata incidental desde enero 2004 a junio 2013 tras haberse sometido a cirugía de patología benigna prostática (adenomectomías vs resecciones transuretrales prostáticas). Han sido sometidos a re-biopsia de estadiaje local los tumores T1a con Gleason

mayor de 6 y los T1b, en pacientes con expectativa de vida > 10 años, teóricamente tributarios de tratamiento activo.

- **Resultados**

La edad media de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata incidental fue de 75 años (R: 52-79). El 54% de estos pacientes presentaban niveles de PSA elevados previo a la cirugía; presentando, a su vez, la mitad de ellos una o varias biopsias prostáticas previas negativas.

Se diagnosticaron 37 tumores incidentales correspondientes a 14 adenomectomías y 23 resecciones transuretrales de próstata (un 4,3% del total de las cirugías benignas de próstata en este periodo), de los cuales tan sólo el 8% fueron de alto grado de Gleason.

El 11% de los 28 pacientes con estadio clínico T1a (3 pacientes) presentaron progresión tumoral con una media de seguimiento de 59,5 meses. No ha habido mortalidad cáncer específica en este grupo y los tres que presentaron progresión se mantienen asintomáticos tras tratamiento con radioterapia (RT) y/o bloqueo hormonal. El resto continúa en seguimientos periódicos con PSA y tacto rectal. Los 9 pacientes en estadio clínico T1b presentaron en un 44% progresión tumoral (4 pacientes), siendo dos a nivel local y otros dos de ellos además a distancia. La media de seguimiento en este grupo fue de 70,5 meses. El 67% de los T1b se re-estadificaron con biopsias prostáticas (6 casos), resultando positivas 4 de ellas (3 tumores de alto grado). Se realizó tratamiento activo con RT en 3 pacientes y con HT inmediata en el restante. Los no re-estadificados con biopsia fue debido a la avanzada edad de los pacientes, siguiéndose clínicamente con PSA y tacto rectal hasta la fecha. Hubo dos muertes cáncer específicas en este grupo de pacientes por progresión de la enfermedad en dos de los tumores de alto grado.

- **Conclusiones**

Coincidiendo con la literatura actual, se considera que la mayoría de cánceres de próstata incidentales en estadio clínico T1a presentan buen pronóstico a largo plazo por lo que el planteamiento de una actitud expectante sin tratamiento inicial con un seguimiento basado en controles de PSA periódicos y tacto rectal puede ser una buena opción. En cambio, el estadio clínico T1b presenta mayor riesgo de progresión de la enfermedad alcanzando en nuestra serie el 44% a los cinco años y, por tanto, viéndonos obligado a la re-estadificación de los mismos e indicación de tratamiento activo en muchos de ellos.



## **COMUNICACIÓN POSTER 99: MÁRGENES QUIRÚRGICOS TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿SON MAYORES EN ANDALUCÍA RESPECTO AL RESTO DE ESPAÑA?**

Gómez Gómez, E. 1; Requena, M.J.1; Cózar, J.M.2; Miñana, B.3; Gómez-Veiga, F.4; Rodríguez-Antolín, A.5; Marquez, F.J.1; GESCAP6; Pedrosa, E.7.

CENTRO DE TRABAJO: H. Univ. Reina Sofía 1; H. Virgen de las Nieves2; H. Morales Meseguer3; H.U.A.C.4; H.12 de Octubre5; Grupo Español de Cáncer de Próstata6; Astellas Pharma, S.A. 7

### **RESUMEN:**

- **Objetivo**

Evaluar la diferencia existente en el porcentaje de márgenes quirúrgicos positivos tras prostatectomía radical de la población andaluza frente a la española.

- **Material y métodos**

Análisis de la cohorte de pacientes con cáncer de próstata intervenidos durante el año 2010 incluidos en el estudio observacional del Grupo Español de Cáncer de Próstata (GESCAP).

Primero se realiza un descriptivo de la población. Se compara la población andaluza respecto a la española y se realiza un análisis asociativo de las posibles variables que influyen en la presencia de márgenes.

- **Resultados**

Del total de 1319 prostatectomizados, el 17.59% (N = 232) correspondía a Andalucía. La mediana de PSA fue 6.3 sin diferencias con respecto a la española.

Al evaluar la variable principal se demuestra una mayor presencia de márgenes quirúrgicos en Andalucía 37.1 (N= 83) vs 30% (N= 317) (p Al ajustar los márgenes por estadio  $\geq$ pT3a y gleason  $\geq$ 8 en pieza quirúrgica (59 vs 53.2%, p = 0.43) la significación desaparece.

En el análisis multivariante, la proporción de cilindros afectos (PCAFECTO) fue la única variable que se asoció de forma independiente con la presencia de márgenes, presentando un riesgo relativo de 3.92; IC 95% (1.74- 8.88). La invasión perineural estuvo cerca de la significación: (INVASIONPNSI) RR = 1.59; IC 95% (0.99 2.55), no siendo significativo el hecho de ser prostatectomizado en Andalucía.

- **Conclusiones**

Los márgenes quirúrgicos en Andalucía se sitúan en torno a un 37% siendo mayores que en el resto de España, debido a la selección para cirugía de una población de mayor riesgo.

- **VEJIGA**

**COMUNICACIÓN ORAL 1: FULGURACIÓN CON LÁSER DE HOLMIUM DE LA RECIDIVA DEL CÁNCER VESICAL SUPERFICIAL DE BAJO RIESGO CON INSTILACIÓN VESICAL DE ANESTÉSICO LOCAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO.**

*María del Carmen Cano García, Tomás Fernández Aparicio, Miguel Ángel Arrabal Polo, Bernardino Miñana López.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

El "gold standard" en el tratamiento del cáncer vesical superficial es la resección transuretral, aunque en los últimos años las mejoras en los medios de energía láser y de los equipos de endoscopia permiten establecer otras alternativas terapéuticas.

El objetivo de este trabajo es analizar los resultados de una cohorte prospectiva de pacientes sometidos a fulguración con láser holmium de la recidiva de cáncer vesical superficial de bajo riesgo en régimen ambulatorio.

- **Material y métodos**

Estudio descriptivo de una cohorte de 37 pacientes con recidiva de cáncer vesical superficial de bajo riesgo que se someten a fulguración con láser holmium tras instilación vesical de anestésico local, diseñando un grupo de trabajo multidisciplinar entre el personal facultativo, administrativo y el asignado al área ambulatoria de la Unidad de Urología, de reciente creación.

Se incluyen en el estudio pacientes con antecedentes de tumor primario de cáncer vesical superficial de bajo riesgo, con recidivas de tumor de aspecto papilar, tamaño  $\leq 10$  mm, menos de 5 tumores, ausencia de carcinoma in situ (CIS), citologías negativas y sin alteraciones en la coagulación ni alergias a anestésicos locales. Se analiza y estudia tolerancia al procedimiento, desarrollo de complicaciones inmediatas, escala visual analógica (EVA) del dolor, satisfacción del paciente, estancias hospitalarias evitadas, variables demográficas, antecedentes previos de resección transuretral, resultados oncológicos y de seguridad tras la fulguración con el programa SPSS 17.0.

- **Resultados**

La edad media de los pacientes fue de 69.2 años, siendo el 86.5% hombres. El número de lesiones fue de  $1.5 \pm 0.8$  y el tamaño global medio de  $5.5 \pm 2.7$  mm. El tiempo medio de realización del procedimiento endoscópico fue de  $12 \pm 4.3$  minutos. El 100% de los pacientes presentó puntuación en la

escala visual analógica del dolor  $\leq 3$ . Sólo 1 caso de hematuria que requirió de ingreso hospitalario. El número de estancias hospitalarias evitadas fue de 162, con el consiguiente ahorro económico. Todos los profesionales quedaron satisfechos con la implantación del proceso. Tras una mediana de seguimiento de 13 meses, hubo un 35.1% de recidivas con un caso de progresión tumoral.

- **Conclusiones**

El tratamiento con láser holmium de la recidiva tumoral vesical superficial de bajo riesgo es una alternativa segura y eficaz, siendo preciso el diseño de más ensayos clínicos a largo plazo para aumentar la evidencia científica actual.

### **COMUNICACIÓN ORAL 6: FACTORES Y DIFERENCIAS PRONÓSTICOS ENTRE CÁNCER VESICAL MÚSCULO-INVASIVO PRIMARIO Y CÁNCER VESICAL MÚSCULO-INVASIVO PROGRESIVO.**

*Parra-Lopez L., Villegas-Osorio J.F., Congregado-Ruiz B., Osman-García I., Conde-Sánchez J.M., Medina-López R.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

El cáncer vesical músculo invasivo (CVMI) puede clasificarse en dos categorías: Primario, tumores músculo-invasivos al diagnóstico y Progresivo, aquellos no músculo-invasivos inicialmente, que se convertirán en infiltrantes durante su seguimiento.

El objetivo principal del estudio es determinar diferencias de supervivencia entre CVMI primario y progresivo e investigar posibles factores pronósticos.

- **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a cistectomía radical por CVMI de Junio de 2010 a Enero de 2013.

Analizamos un total de 61 pacientes, 40(GrupoA) con CVMI primario y 21(GrupoB) con CVMI progresivo. El tiempo medio de seguimiento en meses fue de 15,1(A) y 12.5(B).

Las variables principales estudiadas fueron: edad, sexo, correcta linfadenectomía, implantes, supervivencia al año y a los 3 años tras la cirugía en AyB y supervivencia global según estadio pN. Realizamos estudio de supervivencia (Kaplan-Meier) y análisis multivariante (regresión de Cox) para evaluar posibles factores pronósticos.

- **Resultados**

La tasa de supervivencia al año y a los 3 años tras la cirugía fue del 86.9% y 70,2%, en Grupo A y del 75,7% y 32,4%, en el B ( $p > 0.05$ ). (Fig.1)

La tasa de supervivencia global según estadio pN al año y a los tres años fue del 90.7% y 64.3% para tumores con pN negativo y del 77,7% y 48,2%, para tumores con pN positivo (p Otros parámetros analizados globalmente como una correcta linfadenectomía (>9 ganglios en la pieza), número de implantes, sexo y edad no obtuvieron diferencias de supervivencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

Analizando posibles factores pronósticos, la presencia de ganglios positivos, resultó un factor independiente en la supervivencia de los tumores músculo-invasivos con un Hazard Ratio de 2.39 (IC 95% 1.03-8,55) p

- **Conclusiones**

El CVMI progresivo no tiene peor pronóstico que el CVMI primario.

En análisis multivariante, la presencia de ganglios positivos en la pieza de cistectomía es factor independiente que disminuye la supervivencia en pacientes con CVMI.

Las variables edad, sexo, correcta linfadenectomía, número de implantes, no muestran diferencias estadísticamente significativas referidas a supervivencia global.

## **COMUNICACIÓN ORAL 9: IMPLANTACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER DE VEJIGA. PROTOCOLO DE ESTUDIO Y PRIMEROS RESULTADOS.**

*Ramón Linares Armada<sup>1</sup>, Francisco Arredondo Martínez<sup>1</sup>, Carlos Ramos Font<sup>2</sup>, Juan Francisco Domínguez Molinero<sup>1</sup>, Juan Braulio García Ramos<sup>1</sup>, Carlos Salgado García<sup>2</sup>, Elena Sánchez de Mora<sup>2</sup>, Juana López Martín<sup>2</sup>, Amelia Jiménez Heffernan<sup>2</sup>.*

*CENTRO DE TRABAJO: 1. UGC Intercentros de Urología. Complejo Hospitalario de Huelva. Huelva*

*2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La detección y biopsia selectiva del ganglio centinela ha demostrado su efectividad en otros tumores pélvicos, fundamentalmente ginecológicos, evitando hasta en un 70% de los casos la linfadenectomía ileoobturatriz. La aplicación de estas técnicas en el cáncer de vejiga aún no han sido validadas.

- **Objetivos**

Valorar su factibilidad y validar en su caso el procedimiento de biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC) en pacientes con cáncer de vejiga

infiltrante sometidos a cistectomía radical. Definir su protocolo y obtener conclusiones preliminares sobre las aportaciones del procedimiento.

- **Material y métodos**

Se diseña un protocolo de actuación y una hoja de trabajo específica para el procedimiento. Se realiza el día previo a la intervención una administración de 5 mCi de  $^{99m}\text{Tc}$ -nanocoloide en 1,5 ml perilesional intravesical por vía y con guía cistoscópica. Entre las 2 y las 4 horas postinyección se adquieren imágenes planares, SPECT-TAC y con la gammacámara portátil. El día de la intervención se realiza el mapeo linfático y localización de el/los ganglios centinela, previa cistectomía radical en una cirugía laparotómica. Se extrajeron los ganglios centinelas pertinentes y se realizaron las linfadenectomías de los distintos territorios acorde a protocolo estándar de cirugía oncológica de vejiga.

- **Resultados**

Hasta el momento 7 pacientes han sido seleccionados para el proyecto (5 varones y 2 mujeres) con una media de edad de 65,2 años. De ellos tres rehusaron ser incluidos, una no fue posible realizarle la cistoscopia por problemas técnicos, a uno se le realizó el estudio linfogammagráfico, pero no pudo realizarse la cirugía y dos completaron el protocolo. La media de ganglios visualizados en el estudio linfogammagráfico fue de 4,5 (6-3), y la de los extirpados 4 (4-2).

Ambos casos resultaron ser verdaderos negativos.

- **Conclusiones**

La SPECT-TAC resulta fundamental a la hora de valorar las localizaciones de los ganglios centinela en los pacientes con cáncer de vejiga. En ellos la BSGC es posible y parece mejora la precisión del diagnóstico histológico, especialmente para la detección de posibles ganglios afectados de localización heterotópica y posiblemente para la indicación específica según pacientes del tipo de linfadenectomía.

**COMUNICACIÓN POSTER 27: BCG SIN Y CON PAUTA DE MANTENIMIENTO DE UN AÑO. RESULTADOS TRAS DIEZ AÑOS DE SEGUIMIENTO EN TUMORES VESICALES NO MUSCULO INFILTRANTES DE RIESGO INTERMEDIO.**

*Saiz Marengo, Roció; Cuaresma Díaz Ana; Marengo Jiménez José Luis; González Cáliz Carlos; Moyano Calvo José Luis; Castiñeiras Fernández Jesús.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Urología. Fundación "Joaquín Albarrán". Departamento de Cirugía. H. U. "Virgen Macarena". Universidad de Sevilla.*

**RESUMEN:**

• **Introducción**

La guía clínica europea recomienda en tumores de riesgo intermedio de recidiva la administración de la menos un año de BCG tras el periodo de inducción. Presentamos nuestra experiencia en dos grupos de enfermos: sólo dosis de inducción y con dosis de mantenimiento de un año.

• **Material y métodos**

306 pacientes intervenidos desde 1995 a 2003 de riesgo intermedio de recidiva según las tablas de la EORTC. 81 mg de BCG cepa Connaught. Inducción de seis semanas 194 pacientes. Dosis de mantenimiento mensual durante un año en 112 pacientes.

- Mediana de seguimiento 110 meses, mediana de T.L.E. 70 meses.
- 87,6% varones, edad media de 63,6 años.
- Ta 19,3%, T1 80,7%; G1 23,5%, G2 50%, G3 26,5%; Lx 32%, L0 62,4%, L1 5,4%; > 3 c.c. 45 1%; múltiples 35,3%; primarios 70,6%.

• **Resultados**

Han recidivado el 47,7% (146 pacientes). Han progresado a estadio musculo infiltrante el 6,9% (21 pacientes), tal como muestra la siguiente tabla:

	N	Recidiva	Progresión
No mantenimiento	194	114 ( 58,8%)	16 (8,2%)
Mantenimiento	112	53 (47,3%)	5 (4,5%)
p	n.s.	.035	.247

El estudio multivariante para recidiva son factores pronóstico independientes de recidiva:

	P	Exp(B)	IC 95%
Volumen tumoral	.05	2,123	1,26 - 3,57
Mantenimiento	.028	.578	.354 - .902

Ningún factor es factor independiente de progresión en el estudio multivariante

- **Conclusiones**

1.- Tras diez años de seguimiento, en tumores de riesgo intermedio, un año de mantenimiento con BCG consigue que menos del 50% de los enfermos presenten recidiva tumoral. Este resultado es significativamente superior a administrar sólo pauta de inducción.

2.- Con dosis de mantenimiento la tasa de progresión a estadio musculo infiltrante es la mitad de la que se consigue con dosis de inducción, aunque la diferencia no es significativa.

**COMUNICACIÓN POSTER 28: TUMORES VESICALES DE ALTO RIESGO T1: IMPORTANCIA DE LA PERMEACIÓN LINFOVASCULAR PARA LA PROGRESIÓN A ESTADIO MUSCULO INFILTRANTE.**

*Saiz Marengo, Roció; Cuaresma Díaz Ana; Marengo Jiménez José Luis; González Cáliz Carlos;*

*Moyano Calvo José Luis; Castiñeiras Fernández Jesús.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Urología. Fundación "Joaquín Albarrán". Departamento de Cirugía. H. U. "Virgen Macarena". Universidad de Sevilla.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

Es necesario encontrar más parámetros que ayuden a predecir la progresión a estadio >T1 en los tumores vesicales no musculo infiltrantes. La permeación linfovascular es un parámetro que no termina de ser incluido dentro de los factores pronósticos. Presentamos nuestra experiencia.

- **Materiales y métodos**

498 pacientes con carcinoma de alto riesgo de progresión T1 según tablas de la EORTC. Mediana de seguimiento: 86 meses, mediana T.L.E.: 49 meses. G2 61,2%, G3 38,8%; volumen tumoral > 3c.c. 33%; múltiples 60%; primarios 59,2%; profilaxis con MMC 14,1%, BCG 44%.

• **Resultados**

Han progresado a estadio músculo infiltrante el 12% (61 pacientes)

En el estudio univariante son factores pronósticos

		PROGRESIÓN	P
GRADO	G2	22 (7,2%)	.000
	G3	38 (19,8%)	
LINFOVASCULAR	L0	48 (16,8%)	.003
	L1	12 (27,9%)	
ALTO RIESGO	7-13	45 (10,8%)	.05
	14-23	15 (18,5%)	

Y en el multivariante:

	P	Exp(B)	IC 95%
GRADO	.000	2,799	1,571 - 4,987
LINFOVASCULAR	.031	2,305	1,078 - 4,978

• **Conclusiones**

- 1.- En tumores de alto riesgo de progresión tanto el grado como la permeación linfovascular son factores pronósticos independientes.
- 2.- Casi la tercera parte de los carcinomas no músculo invasivos de alto grado L1 progresan.
- 3,. La permeación linfovascular debería entrar dentro de los algoritmos de decisión.

**COMUNICACIÓN ORAL 34: ANÁLISIS DE LA CLASIFICACIÓN ACTUAL DEL TUMOR VESICAL DE LA EAU EN NUESTRO MEDIO.**

*Flores Sirvent L; Hernández Alcaraz D; Sánchez Martínez N; Soler Martínez J; Gómez Pascual JA; Carnero Bueno J; Baena González V.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Regional Carlos Haya de Málaga.*

**RESUMEN:**

• **Introducción**

En los últimos años, las Guías Clínicas de la Asociación Europea de Urología, han cambiado la clasificación en grupos de riesgo, pasando al grupo de alto riesgo algunos casos, que en guías anteriores se clasificaban como riesgo intermedio (1).



- **Objetivo**

Comparar en nuestro medio las tasas de recidiva, progresión, supervivencia global y supervivencia cáncer específica de los pacientes de alto riesgo, que anteriormente se subdividían en riesgo intermedio y alto riesgo.

- **Material y métodos**

Vamos a revisar de forma retrospectiva todos los pacientes intervenidos de tumor vesical de alto riesgo (Clasificación actual EAU 2014) entre los años 2004-2008. Se va a realizar un seguimiento durante 5 años, hasta 2013.

Estos pacientes se van a subdividir en 2 grupos: Alto riesgo y riesgo intermedio según las clasificaciones previas de la EAU.

Se va a comparar en ambos grupos las tasas de recidiva, progresión, supervivencia global y supervivencia cáncer específica.

- **Resultados**

Se han analizado los 264 pacientes de alto riesgo (EAU 2014) intervenidos en nuestro servicio durante los años 2004-2008. En la clasificación de 2010, el 33,3 % se habrían clasificado como riesgo intermedio y el 66,7% se habrían clasificado como alto riesgo. Se ha utilizado mitomicina en el 60 % de los pacientes de riesgo intermedio y BCG en los pacientes de alto riesgo y en el 40 % de los pacientes de riesgo intermedio.

Se han producido recidivas en el 77,4 % de los pacientes de riesgo intermedio y en el 59,01 % de los pacientes de alto riesgo. Se ha producido progresión en el 35,48 % de los pacientes de riesgo intermedio y en 26 % de los pacientes de alto riesgo. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

La tasa de mortalidad global a los 5 años ha sido de 29.03 % para el riesgo intermedio y de 49.18 % para el alto riesgo. La tasa de mortalidad cáncer específica a los 5 años ha sido de 12.9 % en el grupo de riesgo intermedio y de 22.95 % en el grupo de alto riesgo. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas.

El análisis por subgrupos de los pacientes de riesgo intermedio tratados con mitomicina vs BCG, no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas en las tasas de recidiva, progresión, mortalidad general y mortalidad cáncer específicas.

- **Conclusiones**

No se ha constatado en nuestro medio el valor pronóstico de la clasificación 2014 de la EAU, ya que los pacientes anteriormente clasificados como riesgo

intermedio y tratados con mitomicina no han demostrado diferencias a los tratados con BCG; de modo que su categorización como alto riesgo según la nueva clasificación supondría un tratamiento innecesario con BCG.

### **COMUNICACIÓN ORAL 113: QUIMIOTERÁPIA NEOADYUVANTE EN TRATAMIENTO DE CÁNCER DE VEJIGA INVASIVO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

*Leal Lombardo, J; Rico López, F; Domínguez Villalón, M; Candau Vargas-Zúñiga, F; Camacho Martínez, E.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La cistectomía radical continúa siendo el tratamiento estándar en el cáncer vesical músculo invasivo. Sin embargo, dicho tratamiento ofrece una supervivencia limitada, lo que ha motivado la investigación y el uso de quimioterapia perioperatoria. El uso de quimioterapia neoadyuvante a una cirugía de exéresis radical ha demostrado aumentos de un 5% de supervivencia a los 5 años, basando su uso en la quimiosensibilidad del cáncer vesical, la mejor tolerancia a la quimioterapia previa a la cirugía y el uso de la misma cuando se prevee una menor carga metastásica. Presentamos la experiencia en nuestro hospital con el uso de quimioterapia neoadyuvante en pacientes afectos de cáncer vesical músculo invasivo.

- **Material y métodos**

Analizamos retrospectivamente a 22 pacientes diagnosticados de cáncer vesical músculo invasivo entre 2000 y 2012. La edad media fue de 62,23 años (48-73) y el tabaquismo fue el factor de riesgo más común, estando presente casi en el 80% de los pacientes. Todos los pacientes eran candidatos a tratamiento con intención curativa y cumplían como criterio de selección la realización previa de RTU vesical más estudio de extensión que demostrara tumor cT2-4N0-1M0 y la ausencia de contraindicación para realizar quimioterapia sistémica y cirugía radical posterior. 20 de 22 Tumores eran mayores de 3 cm al diagnóstico. El estadio clínico al diagnóstico fue de Estadío II en el 27% de los casos, III en el 31% y IV en el 40% de los mismos. La mayoría de los pacientes recibieron 3 ciclos de poliquimioterapia basada en cisplatino (Gemcitabina/cisplatino), si bien también se utilizaron otros regímenes como M-VAC, ADM/CLF/DDP o carboplatino. Al finalizar la neoadyuvancia se realizó a todos TAC de estadiaje y se programó la cistectomía radical a las 4 semanas del fin de la neoadyuvancia. Los 22 pacientes fueron programados para cirugía aunque en 4 de ellos no fue posible la exéresis de la pieza de cistectomía debido a la progresión local de la enfermedad inicial. No se presentaron complicaciones perioperatorias en relación con la neoadyuvancia.

- **Resultados**

12 de los pacientes finalizaron la neoadyuvancia de forma satisfactoria, presentando una respuesta completa en TAC; 7 de ellos presentaron una respuesta incompleta; 1 no mostró cambios tras la administración de la neoadyuvancia y 1 paciente no pudo completar la neoadyuvancia por intolerancia a la misma. Finalizada la neoadyuvancia y tras la programación de la cirugía de exéresis se obtuvieron los siguientes resultados anatomopatológicos: 6 pT0N0 (27%), 1 pT0N1 (4,5%), 2 pT2N0 (9%), 2 pT2N1 (9%), 1 pT3N0 (13%), 3 pT3N1 (13%), 1 pT3N2 (4,5%), 1 pT3Nx (4,5%), 1 pT4N1 (4,5%). En 4 de los casos no fue posible la extracción de la pieza quirúrgica por progresión tumoral a nivel local. 9 de 22 pacientes (41%) sobreviven a la enfermedad inicial, llegando al 50% en aquellos en los que se pudo completar la cistectomía (9/18). 6 pacientes necesitaron quimioterapia adyuvante durante su seguimiento por progresión de su enfermedad. 5 necesitaron radioterapia para control de síntomas locales durante su progresión. El período de seguimiento medio de los pacientes fue de 29,5 meses (6-70), siendo sólo de 23,1 meses en aquellos con un estadio clínico IV inicial, de 26,2 meses si estadio III inicial y de 40,2 meses si estadio II inicial. En los casos en los que hubo buena tolerancia a la neoadyuvancia y presentaron respuesta completa el seguimiento fue de 34,5 meses, mientras que lo fue de 29 meses en aquellos que presentaron una respuesta incompleta, indiferente o que no pudieron completar la neoadyuvancia.

- **Conclusiones**

En nuestra experiencia la quimioterapia neoadyuvante supone una práctica segura en el tratamiento radical del cáncer vesical músculo invasivo sin comprometer la realización de la cistectomía y pudiendo lograr un aumento de supervivencia basado en su acción sobre las posibles micrometástasis ganglionares. La respuesta a la neoadyuvancia y el estadiaje clínico y patológico pueden ser factores predictivos del éxito del tratamiento, si bien serían necesarios más estudios que lo confirmaran así como un mayor seguimiento que elimine el sesgo de los pacientes atendidos más recientemente.

## **COMUNICACIÓN ORAL 104: CISTECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN DE CASUÍSTICA.**

*Jiménez López I, García Valverde A, García Ramos JB, Barahona Centeno KA, Caballero Cobos R, Pujadas Martínez, M Domínguez Molinero JF, Rodríguez Rincón JP, Bel Rincón J, Pedrajas de Torres G, Funes Padilla C,,Déniz Cubas A, Gómez Velázquez M, Linares Armada RM.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología Complejo Hospitalario Huelva*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La cistectomía radical es el tratamiento de referencia en el cáncer de urotelio de vejiga músculo invasivo. A pesar de los importantes avances en la cirugía, aún constituye una intervención con gran morbilidad, siendo la edad y el estado funcional los factores determinantes.

- **Objetivo**

Analizar las cistectomías radicales por cáncer en el Hospital Juan Ramón Jiménez durante el periodo 2002 - 2012.

- **Material y métodos**

Se ha revisado la historia clínica de 93 pacientes intervenidos entre 2002 y 2012. Las variables analizadas han sido la edad, histología pre y post quirúrgica, el uso de Quimioterapia, complicaciones en el postoperatorio inmediato, recidivas, la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global, entre otras.

- **Resultados**

Se indicaron 93 cistectomías radicales, 87 varones (con edad media 64 años) y 6 mujeres (con edad media de 59 años); en 11 pacientes no pudo realizarse la cistectomía por ser irreseccable y en 4 pacientes se suspendió por comorbilidades pre-quirúrgicas. Así pues, se realizaron en total 78 cistectomías radicales. La derivación urinaria elegida fue: Bricker en 42 pacientes, Wallace en 14 pacientes, Mainz II en 9 pacientes y Ureteral cutánea en 13 pacientes.

El estadio anatomopatológico obtenido fue: T0 en 11 pacientes, Ta en 1 paciente, T1 en 5 pacientes, T2 en 25 pacientes, T3 en 22 pacientes, T4 en 10 pacientes y Tis en 3 pacientes.

La complicación que apareció con mayor frecuencia a nivel postoperatorio fue el íleo paralítico (14 pacientes con un Clavien I en todos los casos), seguido de estenosis de la anastomosis realizada (11 pacientes con un Clavien IIIa en todos los casos) e infección de la herida (11 pacientes con un Clavien I en 10 pacientes y IIIb en 1 paciente); por último, apareció una

fístula urinaria en 5 pacientes (con Clavien 4 en 2 pacientes y IIIa-b en 3 pacientes)

En 36 pacientes apareció recidiva, con una media de supervivencia libre de enfermedad de 40.16 meses y una supervivencia media global de 44.13 meses.

- **Conclusiones**

En esta revisión la supervivencia libre de enfermedad y la supervivencia global son concordantes con lo publicado. La morbilidad de la cistectomía es elevada y la mortalidad por la propia cirugía no es desdeñable.

### **COMUNICACIÓN 106: ADENOCARCINOMA SECUNDARIO DE VEJIGA.**

*Barahona Centeno, K.A.; García Valverde, A.; García Ramos, J.B.; Jiménez López, I.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez M.; Domínguez Molinero, J.F.; Rodríguez Rincón, J.P.; Pedrajas de Torres, G.; Bel Rincón J.; Funes Padilla, C.; Déniz Cubas, A.; Gómez Vélazquez, M.; Linares Armada, R.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología. Complejo Hospitalario de Huelva*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El adenocarcinoma vesical representa menos del 2% de los cánceres primarios de vejiga. Se presentan habitualmente con hematuria y un importante síndrome irritativo.

- **Objetivo**

Presentar el caso de un adenocarcinoma secundario de vejiga y su manejo.

- **Material, métodos y resultados**

Varón de 56 años de edad, ex bebedor, hipertenso, dislipémico e hipertrofia benigna de próstata. Se diagnostica Neoplasia de colon que infiltra pared vesical.

Tras sigmoidectomía y resección de la infiltración vesical la pieza mostró un Adenocarcinoma moderadamente diferenciado que infiltra pared vesical afectando 1 de 12 ganglios linfáticos (pT4N1Mx) Estadio III El paciente se hace QT adyuvante presentando Remisión completa del tumor de Sigmoides. A los 15 meses tras la cirugía, el paciente ingresa por hematuria macroscópica diagnosticándose en cistoscopia lesión de aspecto papilar-sólida de 3 cm localizada en cara anterior-cúpula vesical, que se trató mediante RTU. Tres meses después en control cistoscópico presenta nueva recidiva proponiéndose Cistectomía parcial con resección de cúpula; En pieza quirúrgica se identifica Adenocarcinoma. Se completa tratamiento con QT adyuvante. Actualmente el paciente se encuentra libre de enfermedad

tumoral manteniendo en controles clínicos, cistoscópicos y radiológicos ausencia de signos de recidiva.

- **Conclusiones**

A pesar de que el adenocarcinoma primario de vejiga es de comportamiento muy agresivo, recomendándose la cistectomía radical más linfadenectomía, optamos en este caso por la cirugía conservadora al ser de tipo infiltrativo local y haber tenido muy buena respuesta al tratamiento quimioterápico.

**COMUNICACIÓN POSTER 74: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO CON GEMCITABINA INTRAVESICAL EN TUMORES DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASIVOS.**

*Baena Villamarín, C; Beardo Villar, P; Castro Dorantes, MJ; Soto Delgado, M; Gamaza Martínez, R; Gavira Moreno, R; Arroyo Maestre, JM; Ibañez Suárez, R; Juárez Soto, A.*  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Jerez. Jerez de la Frontera (Cádiz)

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La gemcitabina intravesical es utilizada como tratamiento complementario de la resección transuretral (RTU) en pacientes con tumor de vejiga no músculo infiltrante (TVNMI) de riesgo intermedio, recurrencia alta o de alto riesgo sin respuesta previa al tratamiento intravesical con Bacilo de Calmette-Guérin (BCG). Su buena tolerancia potencial ha sido confirmada clínicamente en diferentes ensayos clínicos y estudios observacionales. La pauta de administración más utilizada gemcitabina intravesical a las 4-8 semanas de la RTU a una dosis de 2.000mg en 50ml de suero fisiológico durante 60 minutos, semanalmente durante 6 semanas y posteriormente de forma mensual, hasta completar el año de tratamiento.

- **Objetivo**

El objetivo de este trabajo es la descripción de la tolerancia al tratamiento de los primeros 7 casos consecutivos de pacientes con cáncer de vejiga superficial tratados con gemcitabina intravesical (Gemcitabina Actavis 1g/25 ml) en los primeros 6 casos a la dosis y pauta anteriormente descritas.

- **Material y métodos**

Análisis descriptivo retrospectivo de 6 pacientes con TVNMI sometidos a terapia con Gemcitabina intravesical desde 2013-2014.

• **Resultados**

Todos nuestros pacientes fueron varones con una edad media de 68,16 años (52-84). El 50% fueron pTa de alto grado y el 50% pTa de bajo grado con alta recurrencia. La mitad de ellos habían realizado tratamiento intravesical previo con MMC.

En los 6 pacientes tratados con Gemcitabina Actavis®, cuatro (66,7%) presentaron efectos adversos atribuibles al tratamiento, ya que aparecieron durante o en los minutos inmediatamente posteriores a la instilación, y además se descartó la existencia de infección urinaria asociada mediante urinocultivo. Al igual que en otros estudios, en todos los casos, se trataron de toxicidades grado 1 y 2, aunque en una proporción superior a la descrita en la literatura (11,5-58%). Todos ellos presentaron EA locales, pero además dos pacientes (33%), también presentaron EA sistémicos: sudoración intensa e hipotensión, descritos como EA de la gemcitabina, pero muy infrecuentes con la administración intravesical, cuya absorción sistémica a esta dosis es mínima y transitoria.

Estos efectos adversos fueron la principal causa de interrupción del mismo en nuestra serie (66,7%). En un caso se suspendió el tratamiento por la cistitis química (caso 1), en otro por la recidiva de los EA (caso 2) y en otros 2(casos 3 y 4) por la negativa de los pacientes a continuar el tratamiento. Este dato contrasta con lo publicado en otros trabajos, donde la interrupción del tratamiento por EA a la gemcitabina fue insignificante.

Efecto Adverso (Grado 1/2)	Nº pacientes/total (%)
Disuria	3/6 (50%)
Dolor suprapúbico	1/6 (16,7%)
Hematuria	1/6 (16,7%)
Cistitis química	1/6 (16,7%)
Reacción local	3/6 (50%)
Incontinencia/tenesmo/urgencia	2/6 (33,3%)
Sudoración	2/6 (33,3%)
Mareo	2/6 (33,3%)
Hipotensión	2/6 (33,3%)
Global	4/6 (66,7%)

Ninguno de los pacientes descritos tenía antecedentes previos de radioterapia pélvica, ni de tratamiento intravesical con BCG en los 3 meses anteriores, que pudiera justificar la clínica irritativa vesical. Dado que en todos los casos de EA atribuibles a la instilación intravesical con gemcitabina acontecieron durante la administración o en los minutos inmediatamente siguientes, no sugiere una relación con el aumento del tiempo de exposición al fármaco secundario a una disfunción del vaciado vesical de los pacientes.

Ante la sospecha de la relación de los efectos adversos con la preparación farmacéutica, recientemente iniciamos el tratamiento de un séptimo paciente con Gemcitabina Accord con una magnífica tolerancia. Esta nueva formulación, aunque al ser reconstituida tiene menor pH (5,7) respecto a la gemcitabina Actavis (ph 7,4) tiene un 50% menos de alcohol.

- **Conclusiones**

El tratamiento intravesical con gemcitabina en nuestra experiencia, no ha sido tan bien tolerado como se recoge en la bibliografía existente. En un 80% de los pacientes los efectos adversos, aunque en ningún caso fueron graves, motivaron la suspensión del tratamiento. Dado que estos efectos adversos no se han reproducido al cambiar de preparación farmacéutica, creemos que fueron secundarios al alto contenido en alcohol de la fórmula farmacéutica inicial.

### **COMUNICACIÓN POSTER 80: PRESERVACIÓN VESICAL EN PACIENTE CON CARCINOMA VESICAL DE CÉLULAS PEQUEÑAS. APORTACIÓN DE UN CASO.**

*Navarro Serrato, José Carlos; Díez Farto, Sara; Revelo Cadena, Ivan F.; Jiménez Romero, Miguel Efrén; Ramirez Chamorro, Rosario de Fátima.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología - Hospital Universitario de Puerto Real*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El carcinoma vesical de células pequeñas es un tumor neuroendocrino poco diferenciado, muy agresivo y que se diagnostica sobre todo en estadios avanzadas. La hematuria es el síntoma principal de esta enfermedad. Tiene una incidencia anual inferior a 1/1.000.000. La mayoría de pacientes son varones, con una proporción 5:1 con respecto a mujeres. La mejor opción de tratamiento es la combinación de cirugía y quimioterapia basada en cisplatino. La preservación vesical parece ofrecer resultados satisfactorios.

- **Material y métodos**

Varón de 61 años, remitido desde Urgencias a la consulta de Urología por hematuria macroscópica, oliguria e hipogastralgia de 24 horas de evolución. Se lleva a cabo cistoscopia donde se objetiva tumoración de unos 4 cms englobando orificio ureteral izquierdo. Se decide RTU de la lesión, no pudiéndose reseca en su totalidad. El estudio histopatológico de los fragmentos resecaos, revela carcinoma de celulas pequeñas que infiltra la capa muscular (pT2)". Se solicita TAC abdominopélvico que demuestra afectación de cara anterior de recto, colon sigmoide y uréter distal izquierdo, junto con adenopatías en cadena iliaca externa derecha y región hiliar renal izquierda. Se valora el caso en Comité de Tumores Urológicos, donde se decide preservación vesical mediante régimen de tratamiento trimodal (RTU



de vejiga y quimioterapia basada en cisplatino más radioterapia externa concomitante). Al finalizar el tratamiento, nueva cistoscopia, evidenciándose zona sobreelevada de 1.5 cms en cara posterior izquierda que se biopsia, siendo el material insuficiente para su estudio histopatológico. Se realiza nuevo TAC, que desvela los hallazgos ya descritos, junto con una dilatación del sistema excretor izquierdo. Se valora el caso nuevamente en Comité de Tumores, donde se decide, ante la respuesta incompleta al tratamiento, cistectomía radical.

- **Conclusiones**

La combinación de QT neoadyuvante basada en cisplatino + cirugía, es la opción de tratamiento más generalizada. La preservación vesical en régimen de tratamiento trimodal, es una opción de tratamiento aceptada en estos pacientes, pero como queda demostrado en nuestro caso, la respuesta incompleta a ésta, obliga a la realización de una cirugía radical de rescate.

### **COMUNICACIÓN POSTER 81: COLITIS CRÓNICA SECUNDARIA A LA INSTILACIÓN INTRAVESICAL DE BACILO DE CALMETTE-GUÉRIN.**

*Diaz Convalía E, Gonzalez Torres S, Valderrama Illana P, Pareja Vilchez M, Dominguez Amillo A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San cecilio (Granada)*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La instilación de BCG forma parte del tratamiento profiláctico de recurrencia de tumor vesical en paciente tras ser sometidos a resección transuretral. El efecto adverso más frecuente es el síndrome irritativo miccional aunque existen otros más inusuales que pueden comprometer su indicación cómo la diarrea crónica.

- **Material y métodos**

Paciente mujer de 73 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial, colecistectomía y diverticulosis de colon que se realiza resección transuretral de lesión vesical perimeatal izquierda de aspecto alfombrillado con resultado anatomopatológico de carcinoma urotelial grado II con afectación de corion (pt1) sin invasión muscular. A los 3 meses de comenzar instilaciones con BCG ingresa en Digestivo por cuadro de intensa diarrea de hasta 10 deposiciones diarias de heces líquidas sin productos patológicos que no respeta el descanso nocturno. Se realiza colonoscopia hasta ciego hallando numerosos divertículos y mucosa eritematosa sobretodo en sigma con resultado de biopsia de colitis crónica activa transmural con hiperplasia de folículos linfoides. La enferma asociaba un cuadro de pérdida ponderal y deshidratación secundaria descartándose por parte de Digestivo enfermedad orgánica y reagudización de enfermedad

diverticular por lo que se decidió tras consultar el caso con nuestro servicio suspensión de instilación con BCG. La paciente refiere al mes en revisión de consulta encontrarse totalmente asintomática.

- **Conclusiones**

El urólogo debe conocer los posibles efectos adversos de la instilación del Bacilo de Calmette-Guérin que cómo en este caso pueden requerir ingreso hospitalario y posterior suspensión del tratamiento.

### **COMUNICACIÓN POSTER 94: RECURRENCIA PRECOZ EN PACIENTES CON TUMORES VESICALES DE BAJO RIESGO CON INSTILACIÓN ÚNICA DE MITOMICINA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO.**

*Candau Vargas-Zúñiga, F; Rico Lopez, FJ; Leal Lombardo, J; Dominguez Villalón, M; Leanez Jimenez, M; Camacho Martinez, E.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Los pacientes con tumores vesicales de bajo riesgo, tienen bajas probabilidades de progresión. No obstante, el riesgo de recurrencia es significativamente mayor, pudiendo superar el 25% a dos años, siendo este el problema principal al que se enfrentan paciente y urólogo en el transcurso de esta patología.

- **Objetivos**

Demostrar la reducción de recidivas precoces en pacientes que tras la realización de RTU de un tumor vesical, se administra una instilación única y precoz de Mitomicina .

- **Material y métodos**

Se analizó una serie histórica de un total de 129 pacientes afectados de tumores vesicales de bajo riesgo (primarios, de menos de 3 centímetros, con resección macroscópica completa, G1Ta-1, G2Ta, GxTx de aspecto superficial y la mayoría únicos, aunque se incluyeron algunos casos bi o trifocales, pero siempre con baja carga tumoral), dividiéndolos en dos brazos, uno de ellos con instilación precoz única de mitomicina (59 pacientes) y otro sin tratamiento complementario (70 pacientes). La instilación endovesical precoz de mitomicina (40mg diluidos en 50cc de suero fisiológico) se realizó a las 6 horas de la RTU siempre que no hubieran incidencias intraoperatorias ni hematuria franca en el momento de la instilación. Se compara la tasa de recidivas precoces de ambos brazos a dos años, llevándose a cabo el seguimiento en consultas en este periodo con controles ecográficos y/o cistoscópicos semestrales.

- **Resultados**

La media de edad fue de 64'97 años en el brazo de pacientes que no recibieron instilación precoz y de 63'42 en el brazo de los pacientes que recibieron instilación precoz. La media del tamaño de los tumores fue de 1'74cm en los pacientes que recibieron la instilación, arrojando la anatomía patológica un resultado de 59'6% de Ta, 10'25% de Tx, 31'77% de T1, 50'76% de GI, 45'84% de GII y un 3'38% de Gx.

En el caso de los pacientes que no recibieron instilación de mitomicina, la media de tamaño de los tumores fue de 1'73cm, siendo la AP de 47'14% Ta, 12'85%Tx, 40% T1, 57'14% GI, 35'75% GII y 7'14% Gx.

Tras un seguimiento de dos años, la tasa de recurrencia fue de un 8'47% (5 casos) en el brazo de los pacientes que recibieron instilación precoz de mitomicina, siendo un 5.08% recidiva en el primer año de seguimiento.

En el brazo de los pacientes que no recibieron ningún tratamiento complementario a la RTU, la tasa de recurrencia se elevó hasta un 15'71% (11 casos), siendo el 11'42% recidivante en el primer año de seguimiento.

Si bien la tasa de recidiva en el primer año disminuye aproximadamente un 50% en pacientes que han recibido instilación precoz, ésta se mantiene similar en ambos grupos en el segundo año de seguimiento.

- **Conclusiones**

La tasa de recidivas precoces en grupo de tumores de bajo riesgo es del 12% en el global de nuestra serie.

Este estudio corrobora que la instilación precoz y única de mitomicina previene la recurrencia de tumores vesicales superficiales de bajo riesgo frente a la observación en el primer año de seguimiento.

## **COMUNICACIÓN POSTER 68: FOTOCOAGULACIÓN EN TUMORES VESICALES SUPERFICIALES: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.**

*Gómez-Lechuga, P; Bautista Vidal, J.C.; Sanchez-Martínez, N; Soler Martínez, J; Flores-Syrvent, L; Sequeira-García del Moral, J; Molina-Díaz, P; Euceda-Cerna, L; Rivero-Esteban, JA. Baena- González, V.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Regional Carlos Haya, Málaga.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Los tumores papilares superficiales suponen el 75- 85 % del total de tumores vesicales diagnosticados, con altas tasas de recidivas que supone un número no desdeñable de procedimientos quirúrgicos urológicos.

- **Material y métodos**

Recogemos de forma retrospectiva 37 pacientes tratados en nuestro centro en los últimos 5 años mediante fotocoagulación para tumores superficiales de vejiga. Con una edad media de 63 años (38-88). Todos los pacientes presentan, como requisito, antecedente de cirugía endoscópica mediante RTU con resultado de tumor vesical de bajo riesgo, según los criterios de la EORTC. Todos los pacientes son tratados mediante fotocoagulación con láser Holmium, y las lesiones siempre no superiores al centímetro de diámetro.

- **Resultados**

Se han tratado un total de 37 pacientes mediante este método, con una moda de seguimiento de 3.6 años. El porcentaje global de recidivas en cistoscopia tras la fotocoagulación ha sido de un 70%, siendo un 29,7% en la zona fotocoagulada previamente. 14 pacientes (37,8%) fueron sometidos a RTU posterior y 12 (32,4%) se sometieron a una nueva fotocoagulación. En un 64.9% de los casos se fotocoaguló una única lesión, dos lesiones en un 10.8 % y en un 24.3% entre 3 y 5 lesiones; no tratando a ningún paciente con más de 5 lesiones. La media de lesiones tratadas fue de 1. 81. En ningún paciente del grupo se detectó una progresión tumoral en el seguimiento.

- **Conclusiones**

Los resultados de este trabajo demuestran que la fotocoagulación es un procedimiento fácil, reproducible y seguro en caso de tumores de bajo riesgo, que evita retrasos innecesarios para este grupo de pacientes.

- **UROTELIO SUPERIOR**

**COMUNICACIÓN POSTER 13: TUMOR UROTELIAL BILATERAL; SINADELFO-URETEROSTOMÍA COMO OPCIÓN QUIRÚRGICA.**

*Díez Farto S; Navarro Serrato JC; Revelo Cadena I; Saucedo Gimenez I; Ramírez Chamorro F; Sánchez Bernal C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerto Real*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

Los carcinomas de células transicionales son los cuartos tumores más frecuentes después de los de próstata, pulmón y colorectal. Pueden aparecer en las vías urinarias inferiores o superiores y dentro de los de vías urinarias superiores los tumores pielocaliciales son el doble de frecuentes que los ureterales.

- **Material, métodos y resultados**

Presentamos el caso de una paciente de 57 años, fumadora de larga data, con antecedentes de rinitis, cefaleas ocasionales e histerectomía por útero miomatoso.

La paciente acude a urgencias por presentar dolor en fosa renal izquierda irradiado a fosa iliaca izquierda, polaquiuria y vómitos de unas doce horas de evolución. Se mantiene afebril y a la exploración presenta puñopercusión renal izquierda positiva.

En la analítica destacan una trombopenia de 86.000 / $\mu$ L, una Hb de 11,3 g/dl y una LDH de 353 U/L. Función renal normal. En la ecografía se observan varias microlitiasis en riñón y uréter izquierdos que condicionan una mínima ectasia piélica. Tras estos resultados es dada de alta con diagnóstico de cólico renal izquierdo.

Cuatro meses después acude de nuevo por presentar hematuria monosintomática por lo que se realiza un TAC de abdomen en el que se observa una lesión de 14mm en tercio medio de uréter derecho, que capta contraste y condiciona una ureterohidronefrosis grado II.

En pelvis renal izquierda, aparece otra lesión de 19x19x26 mm que se extiende desde pelvis renal hasta el grupo calicial superior y también capta contraste, pero no condiciona ectasia.

Tras estos resultados el diagnóstico es de tumor urotelial bilateral.

Para evitar una nefroureterectomía radical bilateral que someta a la paciente a diálisis permanente, se decide como primera opción nefrectomía izquierda, ureterectomía derecha y nefrostomía derecha permanente versus ureterostomía cutánea derecha.

La paciente no acepta ninguna derivación urinaria que conlleve una micción no controlada, por lo que finalmente se decide realizar una nefrectomía izquierda, ureterectomía derecha y anastomosis ureteral terminal, es decir, una transuretero-ureterostomía.

Previo a la intervención se coloca una nefrostomía derecha para mejorar la función renal que pudiera haber sido afectada por la hidronefrosis mantenida. Al realizar la nefrostomía se recoge una muestra de orina para citología con resultado positivo para neoplasia.

La intervención cursa sin incidencias observando el tumor urotelial derecho de unos 3 cm por encima del cruce de las ilíacas y realizando la sección del uréter izquierdo por debajo de la unión pieloureteral. Los dos extremos ureterales seccionados se derivan a anatomía patológica de forma intraoperatoria, obteniendo resultado negativo para infiltración tumoral.

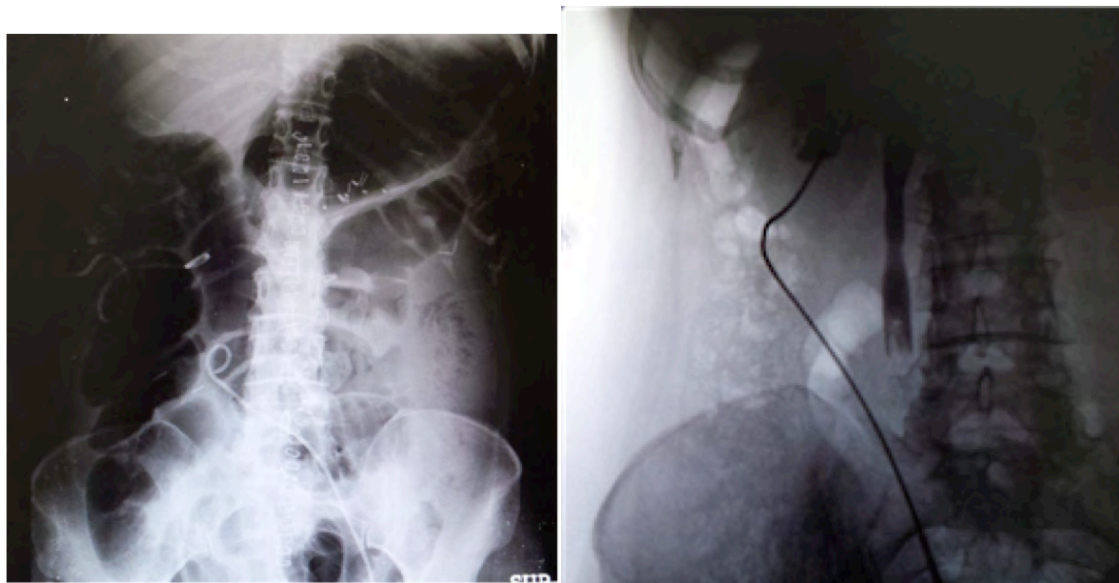
Los resultados de anatomía patológica fueron, en la muestra de uréter, carcinoma papilar transicional G2 que infiltra pared muscular (PT2) y en la pieza de nefrectomía, carcinoma papilar transicional pielocalicial G2, que invade hasta el tejido adiposo parapiélico (PT3) sin observar afectación de la vena renal, borde quirúrgico ureteral ni invasión vascular.

Actualmente, diez meses después del diagnóstico inicial, la paciente permanece bajo estrecho seguimiento, presenta una buena calidad de vida y continúa sin signos radiológicos de recidiva de su enfermedad.

- **Conclusiones**

La primera manifestación del tumor urotelial consiste en hematuria macro o microscópica, pero a veces debuta como dolor en fosa renal que puede simular un cólico renal.

Los carcinomas de vías urinarias superiores son infrecuentes y sólo representan el 5-10 % de los carcinomas uroteliales, pero suelen ser agresivos y por lo tanto deparan un mal pronóstico. Aunque la transuretero-ureterostomía es un procedimiento seguro, la nefroureterectomía radical con extirpación del manguito vesical es el tratamiento de referencia, sea cual sea la localización del tumor.



- **CARCINOMA RENAL**

**COMUNICACIÓN ORAL 20: EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON ANTIANGIOGÉNICOS EN EL CÁNCER RENAL METASTÁSICO (CCRM)**

*Rocío Saiz Marengo , Ernesto Sánchez Sánchez, Ana Cuaresma Díaz, Manuel Gutiérrez González, José Luis Marengo Jiménez; González Cáliz, C.; Jesús Castiñeiras Fernández*  
CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología (Unidad de Gestión Clínica) . H.U. "virgen Macarena". Universidad de Sevilla

**RESUMEN:**

- **Introducción**

Uno de los puntos de controversia actual en el tratamiento del CCRM es definir si los criterios de respuesta tradicionales empleados en el tratamiento de tumores sólidos con quimioterapia (criterios RECIST) son también válidos en el uso de los fármacos antiangiogénicos.

Nuestro estudio pretende valorar la utilidad de estos criterios frente al análisis de densidades tomográficas en nuestra serie de pacientes con CCRM.

- **Material y Métodos**

Estudio de 41 pacientes diagnosticados de CCRM y tratados con fármacos antiangiogénicos. En ellos se evaluó la respuesta radiológica mediante TAC torácico y abdómino-pélvico realizado cada 4 meses. Se valoró el diámetro de las lesiones (criterios recist) y las densidades radiológicas de las mismas (criterios choi). El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 20.

- **Resultados**

La edad media fue 63 años (39-82) siendo todos CCRM de células claras. En el 63 % de los pacientes se valoró únicamente una lesión diana. Ninguno de ellos presentó metástasis cerebrales. Los pacientes fueron tratados con sunitinib (85 %) o pazopanib (15 %) en primera línea y con everolimus o pazopanib en caso de progresión de la enfermedad o toxicidad inducida por el tratamiento. Son evaluables 32 pacientes.

Dos pacientes (6,2 %) presentaron respuesta total, ambos enfermos presentaban exclusivamente metástasis pulmonares y ambos fueron tratados con sunitinib, y 6 progresión de la enfermedad.

Dos pacientes que tuvieron respuesta parcial según los criterios de Choi presentaron posteriormente criterios de respuesta según Recist. No se apreció diferencia significativa en progresión de la enfermedad en función de uno u otro de los criterios seleccionados.



Criterios Recist		Criterios Choi	
Respuesta total	2	Respuesta total	2
Respuesta parcial	6	Respuesta parcial	13
Estabilización enfermedad	18	Estabilización enfermedad	11
Progresión	6	Progresión	6

- **Conclusiones**

- Existe controversia sobre la forma de valorar la eficacia de los fármacos antiangiogénicos.
- El uso de los criterios de Choi posibilita un mayor número de respuestas parciales.
- El utilizar uno u otro criterio no parece indicar la probabilidad de progresión de la enfermedad

## **COMUNICACIÓN ORAL 21: CIRUGÍA DEL CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES (CCR) CON TROMBO EN CAVA. EXPERIENCIA INTERDISCIPLINAR DE NUESTRO CENTRO. ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA.**

*Rocío Saiz Marengo; ; Ana Cuaresma Díaz , Ernesto Sánchez Sánchez; Antonio Carlos González Baena; Manuel Gutiérrez González; José Luis Marengo Jiménez; González Cáliz, C.; Jesús Castiñeiras Fernández*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología (Unidad de Gestión Clínica) H.U. "Virgen Macarena". Universidad de Sevilla. Centro Regional de Referencia en Cirugía Renal con Trombo en Cava*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

A pesar del uso extendido de los métodos diagnósticos de imagen, el 4-10 % de los pacientes

diagnosticados de CCR presentan extensión vascular tumoral, la cual puede alcanzar la aurícula derecha. El desarrollo y consolidación de técnicas quirúrgicas agresivas incluyendo la circulación extracorpórea (CEC) han permitido mejorar significativamente el pronóstico de estos pacientes.

Nuestro estudio pretende analizar nuestra serie de pacientes intervenidos de CCR con extensión vascular y presentar los resultados oncológicos de los mismos.

- **Material y métodos**

Análisis de 17 pacientes intervenido de CCR con extensión vascular intervenidos por un equipo interdisciplinar (Urólogos y cirujanos cardiovasculares) en el periodo enero 2010-diciembre 2013.

- **Resultados**

-La serie incluye 12 varones y 5 mujeres con una mediana de edad de 58 años (45-78), afectando en 11 casos (65 %) al riñón derecho y en 6 al izquierdo (35 %). En 15 pacientes (88 %) existían manifestaciones clínicas (hematuria 53%; dolor 70%, síndrome constitucional 18 %). En 10 pacientes el trombo era infrahepático (nivel I), en 5 casos (29%) el trombo alcanzaba las suprahepáticas (nivel II) y en dos casos (12 %) el trombo se situaba a nivel superior (nivel III) por lo que se requirió el uso de cirugía extracorpórea. Un paciente se diagnosticó en estadio metastásico, realizándose la cirugía para posterior tratamiento complementario con antiangiogénicos. Se consiguió realizar la resección en bloque de riñón y trombo tumoral en todos los casos, siendo necesario realizar cavectomía parcial en 6 pacientes. No se registró mortalidad perioperatoria. En 8 pacientes los ganglios regionales estaban infiltrados por tumor (estadio pN1 y N2). En el seguimiento 5 pacientes desarrollaron metástasis viscerales. Tras un seguimiento medio de 25 meses, 11 pacientes permanecen vivos, 6 de ellos con tratamiento complementario.

- **Conclusiones**

\*La cirugía del CCR con trombo en cava es posible en el contexto de un equipo interdisciplinar (urólogos, cirujanos cardiovasculares, intensivistas) con una morbilidad asumible.

\*El pronóstico de estos pacientes, en caso de poder realizar una exéresis total del tumor, es bueno consiguiendo tasas aceptables de supervivencia.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 35: NEFRECTOMÍA DERECHA Y SIGMOIDECTOMÍA LAPAROSCÓPICA POR TUMOR SINCRÓNICO.**

*Miguel Ángel Arrabal Polo\*, María del Carmen Cano García\*, Paolo Fabiano\*\*, Jaime Jorge Cerrudo\*\*, Inmaculada Oller Navarro\*\*, Rafael Rosado Cobián\*\*.*

*CENTRO DE TRABAJO: \*Servicio de Urología y de \*\*Cirugía General. Hospital La Inmaculada. Huércal Overa (Almería)*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El diagnóstico sincrónico de dos tumores en distinta localización y distinto órgano es infrecuente y en algunas ocasiones plantea dificultades en relación al tratamiento quirúrgico.

- **Material y métodos**

Presentamos en este vídeo el caso de una paciente de 79 años de edad con antecedentes de HTA y DM, que ingresa de forma urgente por cuadro suboclusivo intestinal. Se realiza TAC abdomino-pélvico con contraste en el que se observa tumoración sólida de 45 mm en riñón derecho intrarrenal hacia el seno y engrosamiento de 4 cm de extensión en el sigma de aspecto neoplásico. Tras discusión del caso de forma conjunta con cirugía general, se decide nefrectomía derecha y sigmoidectomía con anastomosis término-terminal mecánica por vía laparoscópica en el mismo acto quirúrgico.

Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo [4 trócares (2 de 10 mm y 2 de 5 mm)]. Decolación, liberación renal y disección de un primer paquete vascular renal (hemostasia y sección de vena y arteria con ligasure de 10 mm). Posteriormente se disecciona el otro paquete de arteria y vena renal de mayor tamaño, realizando clipaje y sección con GIA 60.

Cambio de posición de la paciente a decúbito supino con abducción de miembros inferiores y colocación de 3 trócares (manteniendo un 4º trócar previo de la nefrectomía derecha), realizando sigmoidectomía con sutura término-terminal mecánica y anexectomía izquierda.

- **Resultados**

El tiempo total de la doble cirugía fue de 200 minutos con un sangrado de 350 cc. Tras 24 horas en UCI, la paciente pasa a planta, sin complicaciones, siendo dada de alta tras haber iniciado tolerancia vía oral y sin necesidad de transfusión sanguínea. En este momento pendiente de resultados de anatomía patológica.

- **Conclusiones**

La realización combinada de cirugía renal (nefrectomía) e intestinal (sigmoidectomía) se puede realizar en el mismo acto quirúrgico por vía laparoscópica, disminuyendo el tiempo y la agresión quirúrgica al paciente con buenos resultados.

## **COMUNICACIÓN POSTER 71: CÁNCER RENAL AVANZADO EN TRATAMIENTO CON ANTIANGIOGÉNICOS: ¿EXISTEN DIFERENCIAS A LA HORA DE TRATAR ENTRE UROLOGO Y ONCOLOGO MÉDICO?**

*Congregado Ruiz B, Conde Sánchez JM, Osman García I, Medina López RA.  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

La aparición de nuevas moléculas para el tratamiento de cáncer renal avanzado de administración oral y con un perfil de efectos secundarios

manejable ha permitido al urólogo participar en el tratamiento de este tipo de tumores en todas las fases de la enfermedad. Esto en algunos casos ha sido objeto de discusión.

El objetivo de este estudio es comprobar si existen diferencias en el perfil y manejo de pacientes con cáncer renal avanzado en tratamiento con antiangiogénicos, en función de que los trate un urólogo ó un oncólogo médico.

- **Material y métodos**

Estudio comparativo de dos series consecutivas de 12 y 11 pacientes con cáncer renal avanzado en tratamiento con antiangiogénicos, por parte del oncólogo médico (OM) y urólogo (U), respectivamente.

Con un periodo de seguimiento de 90 (56-123) en OM y 51 semanas (39-64) en U, se analizan las siguientes variables:

Edad, sexo, ECOG, comorbilidad (medida por el índice de Charlson), nefrectomía previa, tipo de anatomía patológica, grupo de riesgo (MSKCC), fármaco utilizado en primera y en segunda línea, dosis de inicio y mantenimiento, reducción ó supresión del tratamiento por toxicidad, si ha precisado interconsulta a otra especialidad ó acudir a urgencias por toxicidad, exitus por toxicidad, tipo de efectos secundarios, progresión tumoral y supervivencia.

Análisis estadístico mediante SPSS 20.0.

• **Resultados**

No existen diferencias estadísticas al comparar los dos grupos en relación a ninguna de las variables analizadas.

	URO	ONCO	Significación estadística (p<0,05)
<b>EDAD</b>	60 (53-68)	63,3 (56-69)	p=0,5
<b>SEXO</b> VARON	10	9	p=0,5
MUJER	1	3	
<b>COMORBILIDAD (CHARLSON)</b>	6,7	7	p=0,5
<b>ECOG</b> 0	8	5	p=0,6
I	2	6	
II	1	1	
III	0	0	
<b>NEFRECTOMIA</b>	9	10	p=0,6
<b>A.P.</b> Celulas claras	10	9	p=0,5
No células claras	1	3	
<b>GRUPO RIESGO (MSKKC)</b>			p=0,4
BAJO	4	6	
INTERMEDIO	7	5	
ALTO	0	1	
<b>FARMACO 1ª LINEA</b>			p=0,4
SUNITINIB	8	6	
PAZOPANIB	3	6	
<b>2ª LINEA</b>			p=0,3
SUNITINIB	0	1	
PAZOPANIB	1	0	
AXITINIB	2	2	
<b>DOSIS PLENA INICIO</b>	10	8	p=0,3
<b>DOSIS MANTENIMIENTO</b>	3	4	p=1
<b>REDUCCIÓN TOXICIDAD</b>	6	7	p=0,5
<b>SUPRESIÓN TOXICIDAD</b>	3	4	p=0,9
<b>INTERCONSULTA TOXICIDAD</b>	0	3	p=0,2
<b>URGENCIA TOXICIDAD</b>	0	3	p=0,2
<b>EXITUS TOXICIDAD</b>	0	0	p=0,6

Aunque no es el principal objetivo del estudio, se han analizado las progresiones y mortalidad cáncer específica, objetivando 4 progresiones en el grupo OM y 5 en el grupo U ( $p=0,6$ ) y un éxitus por tumor en cada grupo ( $p=0,9$ ).

Las complicaciones más frecuentes fueron: Astenia, anorexia, Sdr mano-pié, rash, náuseas, vómitos, diarrea, estomatitis, HTA, anemia, hipotiroidismo, hipertransaminasemia e hiperbilirrubinemia, no existiendo diferencia en su frecuencia de aparición ni en el grado entre los dos grupos.

- **Conclusión**

Nuestros resultados apoyan la hipótesis de que un paciente con cáncer renal avanzado puede tratarse con fármacos antiangiogénicos con similar resultado independientemente de que su médico sea urólogo u oncólogo médico.

## **COMUNICACIÓN POSTER 97: NEFRECTOMÍAS PARCIALES Y TUMORECTOMÍAS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE DE CASOS.**

*Valderrama Illana, Pilar; Pareja Vilches, Manuel; Domínguez Amillo, Alejandro Rafael; Canales Casco, Nelson Andrés; González Torres, Samuel; Díaz Convalía, Enrique Javier; Tinaut Ranera, Francisco Javier; Zuluaga Gómez, Armando.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Los resultados oncológicos y la evidencia existente en la actualidad, sugieren que el manejo óptimo del cáncer renal localizado (T1-2, N0, M0) debe llevarse a cabo mediante realización de nefrectomía parcial frente a nefrectomía radical, independientemente de la elección de la vía de abordaje. Actualmente, puesto que cada vez con mayor frecuencia se diagnostican pequeñas lesiones incidentales renales, hay que tener muy presente las ventajas de la nefrectomía parcial frente a la cirugía radical.

- **Objetivo**

Analizar y describir la epidemiología de nuestra serie de nefrectomías parciales, así como exponer la vía de abordaje elegida y los resultados quirúrgicos y oncológicos a medio y largo plazo. Comparar los resultados obtenidos con la bibliografía revisada.

- **Material y métodos**

Se revisan las nefrectomías parciales y tumorectomías realizadas en el Servicio de Urología del Hospital Clínico San Cecilio en los últimos 20 años.

- **Resultados**

En total se han realizado 30 nefrectomías parciales en los últimos 20 años en nuestro servicio, con una proporción 1:1 de hombres y mujeres.

El 19% (6) de todos ellos eran pacientes monorrenos.

El 77% (24) de los tumores fueron primarios, mientras que el 23% restante se trataban de recidivas o lesiones metastásicas.

En cuanto al diagnóstico, el 45 % (14) se descubrieron de forma casual, En segundo lugar. encontramos el dolor como primer síntoma de aparición.

El tamaño medio al diagnóstico fue de 3,61cm, siendo la localización intrarrenal muy similar en cada uno de los tercios del riñón.

En el 84% de los casos se llevó a cabo un abordaje por vía abierta, y en el 16% por laparoscopia.

El tipo histológico más frecuente fue carcinoma renal de células claras, constituyendo el 48%. Como segundo tipo histológico hallamos el angiomiolipoma, con el 23%, y el oncocitoma el tercero más frecuente (13%).

El tiempo medio de seguimiento fue de 52 meses, con un índice de supervivencia del 93,3%, desarrollando recidiva tumoral el 10% de ellos.

- **Conclusiones**

Diversos estudios demuestran que la tasa de supervivencia cáncer específica (CSS) a los 5 años es similar tras comparar la técnica de nefrectomía radical abierta y la nefrectomía parcial abierta. Asimismo, se ha observado que la nefrectomía parcial, ya sea abierta o laparoscópica

## **COMUNICACIÓN ORAL 91: ANÁLISIS DE LAS NEFRECTOMÍAS TUMORALES DURANTE UN PERIODO DE 5 AÑOS.**

*García Valverde, A.; Jiménez López, I.; García Ramos, J.B.; Domínguez Molinero, J.F.; Barahona Centeno, K.A.; Caballero Cobos, R.; Pujadas Martínez, Bel Rincón J.; Pedrajas de Torres G.; Funes Padilla C. M.; Gómez Velazquez, M.; Linares Armada, R.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología Complejo Hospitalario Huelva.*

### **RESUMEN:**

- **Objetivo**

Nuestro Objetivo es presentar los resultados de nuestra serie de Nefrectomías Tumorales desde el periodo entre 2008 y 2013.

- **Material y métodos**

Hemos realizado una revisión retrospectiva de 105 pacientes sometidos a Nefrectomía Tumoral, en la que hemos analizado 28 variables. Como variables preoperatorias hemos analizado el sexo, la edad, el Índice de Comorbilidad de Charlson, Factores de Riesgo Cardiovascular, Tipo de prueba de imagen utilizada para diagnóstico, Tamaño Tumoral en prueba de imagen, Lateralidad tumoral, Creatinina previa a intervención, Hemoglobina previa a intervención, presencia de metástasis al diagnóstico.

En cuanto a variables postoperatorias analizamos la técnica utilizada (abierta/laparoscópica; conservadora/radical), reintervención, tipo histológico de Tumoración Renal, Estadío Patológico, Grado de Fuhrman, Grado de Necrosis, desarrollo de metástasis tras la intervención, Supervivencia global al año, Supervivencia Global a los 5 años, Supervivencia Libre de enfermedad, días de estancia hospitalaria, hemoglobina posterior, creatinina posterior, tamaño patológico.

- **Resultados**

Los pacientes que fueron sometidos a Cirugía laparoscópica presentaron una Estancia Hospitalaria menor que los sometidos a cirugía abierta, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Los pacientes sometidos a cirugía radical presentaron un empeoramiento en la función renal, aunque la gran mayoría no requirió diálisis posteriormente. Existe una gran correlación entre el tamaño Tumoral medido mediante prueba de imagen y el tamaño tumoral de la pieza.

Hemos observado una mayor tendencia en nuestros pacientes que presentan un mayor estadio patológico ha desarrollar metástasis posteriores y consecuentemente una disminución en la Supervivencia Libre de enfermedad. También hemos observado una tendencia mayor a desarrollar metástasis en los pacientes que presentaban Cáncer Renal de células claras frente a otros tipos histológicos.

Los pacientes cuyas tumoraciones presentaban un mayor grado de Fuhrman presentaron un mayor numero de fallecimientos.

Existe una muy fuerte tendencia a desarrollar metástasis en los pacientes cuyos tumores presentaban un mayor grado de Fuhrman.

- **Conclusiones**

No existe diferencia entre el estadío radiológico y tumoral.

La Nefrectomía laparoscópica es mejor para el paciente, manteniéndose los resultados oncológicos.



Los factores pronósticos del Cáncer Renal, sobre todo el tipo histológico, estadio y Grado Nuclear son claves en la supervivencia libre de progresión y global.

**COMUNICACIÓN POSTER 87: ESTUDIO DESCRIPTIVO MULTICÉNTRICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES METASTÁSICO CON RESPUESTA COMPLETA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES TIROSIN KINASA.**

*Beardo-Villar Pastora<sup>1</sup>, Congregado-Ruíz Belen<sup>2</sup>, Garcia-Ramos Juan Braulio<sup>3</sup>, Soto-Delgado Manuel<sup>1</sup>, Osmán Ignacio<sup>2</sup>, Baena-Villamarín Cristina<sup>1</sup>, Conde Manuel<sup>2</sup>, Galisteo-Moya Rafaél<sup>4</sup>, Moreno-Jiménez Juan<sup>4</sup>, Juárez-Soto Alvaro<sup>1</sup>, Medina-López Rafaél<sup>2</sup>.*

*CENTRO DE TRABAJO: 1 UGC Urología. Hospital del SAS de Jerez de la Frontera, Cádiz. 2 UGC Urología. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. 3 UGC intercentros Urología. Complejo Hospitalario de Huelva, Huelva. 4 UGC Urología. Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén, Jaén.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

Aunque el tratamiento con antiangiogénicos ha mejorado el tiempo libre de progresión y la supervivencia global en los pacientes con cáncer renal metastásico, las respuestas completas (CR) son un evento raro.

- **Objetivo**

Describir las características clínico-patológicas de una serie de pacientes con carcinoma de células renales metastásico (CCRM) con respuesta completa(RC) al tratamiento con inhibidores tirosin kinasa (TKI).

- **Material y métodos**

Estudio retrospectivo nacional multi-institucional realizado en 4 centros, que recoge las variables relacionadas con el tratamiento y con las características clínico-patológicas de una serie de CCRM con RC al tratamiento con TKIs..

- **Resultados**

Entre 2008 y 2013 se tratan 69 pacientes con TKI en primera línea. Se identifican 13 RC al tratamiento con TKI en 12 pacientes (17%), 1 paciente tiene RC al tratamiento en primera y segunda línea, y otro paciente en 2ª línea de tratamiento, pero no en primera. El 77% (10 RC) con sunitinib, 8% (1 RC) con pazopanib y 15% (2 RC) con axitinib en 2ª línea. Edad media es 63,3 ± 2,6 años. Todos tienen nefrectomía, aunque en 2 de ellos se inicia el tratamiento con TKI antes de la nefrectomía. El 92% tiene un Karnofsky PS >80%, y tipo histológico células claras. El 67% tienen una sola localización metastásica y la localización más frecuente es el pulmón (75%). El 58,3% de los pacientes son de riesgo favorable.

El tiempo medio hasta la RC tras el inicio de TKI es de  $4,1 \pm 0,8$  meses y la duración de la RC de  $17,8 \pm 5,3$  meses. El 92% de los pacientes están vivos y en RC con un seguimiento de  $24,8 \pm 5,6$  meses desde el inicio de la primera línea de tratamiento con TKI. Un paciente continua en RC después de 12 meses sin tratamiento. En el 50% de los pacientes se reduce la dosis de TKI.

- **Conclusiones**

En nuestra serie de CCRm con CR a TKIs, todos los pacientes han sido nefrectomizados y la mayoría de ellos tienen con buen PS y una única localización metastásica. Como en otros estudios publicados la CR sucede tanto en pacientes que reciben tratamiento con TKI solo, como en combinación con tratamiento local; en todos los grupos pronósticos y en distintas localizaciones metastásicas. La discontinuación del tratamiento o la reducción de dosis de TKI parece una alternativa razonable.

Paciente	Género	TNM al diagnóstico e Histología	Grado de Fuhrman	Grupo Pronóstico	Tiempo a metástasis (meses)	Número de Metástasis (localización)	Metastasectomía	TKI (Duración CR en meses)
1	H	T4N1M0 Células claras	2	Favorable	34	1 (ganglionar)	Yes (adenopatias retroperitoneales Células claras)	Sunitinib (47) Axitinib (9)
2	M	T3aN2M1 Células claras	2	Intermedio	0	2 (pulmón, cerebro)	Yes (cerebral)	Sunitinib (44)
3	M	T2bN0M0 Células claras	3	Favorable	84	2 (hígado, ganglionar)	Yes (adenopatias retroperitoneales)	Sunitinib (30)
4	H	T3aN0M1 Células claras	4	Malo	0	1 (pulmón)	No	Sunitinib (27)
5	M	T2bN0M0 Clear cells	2	Favorable	7	1 (ganglionar)	No	Sunitinib (26)
6	H	T3aN0M0 Células claras	4	Favorable	24	1 (pulmón)	Yes (pulmonar)	Pazopanib (8)
7	H	T2aN0M0 Células claras	3	Favorable	17	1 (pulmón)	No	Axitinib (2)
8	H	T3aN0M0 Papilar	1	Favorable	65	2 (pulmón, ganglionar)	Yes (adenopatias retroperitoneales)	Sunitinib (5)
9	H	T3aN0M0 Células claras	4	Intermedio	5	1 (pulmón)	No	Sunitinib (9)
10	M	T3bN0M1 Células claras	3	Intermedio	0	1 (pulmón)	No	Sunitinib (5)
11	H	T3aN0M0 Células claras	3	Favorable	25	2 (lung)	No	Sunitinib (3)
12	M	T3bN0M1 Células claras	4	Intermedio	0	1 (pulmón)	No	Sunitinib (2)

Table 1. Características clínico-patológicas y datos relacionados con el tratamiento con TKIs en pacientes con respuesta completa(CR), (n=12).

- **OTRAS NEOPLASIAS**

**COMUNICACIÓN POSTER 14: RARO TUMOR CUTÁNEO CON IMPLICACIÓN UROLÓGICA: LEIOMIOSARCOMA DÉRMICO DE ESCROTO.**

*Merino Salas S, Abad Vivas-Pérez JI, Piedra Lara JD, Benavides Ortiz F\*, Sánchez Tamayo J. CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. \* Servicio de Dermatología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

El leiomioma dérmico es una rara entidad que se origina en la musculatura lisa de la piel (músculo piloerector y, en caso de genitales, en el dartos). Hay pocos casos descritos y su agresividad puede ser variable, aunque con tendencia a la recurrencia local. Existe un subtipo, el leiomioma subcutáneo, que se origina en las células musculares lisas de los vasos sanguíneos, más agresivo.

Presentamos un caso de un leiomioma de escroto, multicéntrico, en un hombre de 81 años.

- **Material y métodos**

Paciente de 81 años, exfumador desde hace 28 años, bebedor de 1 vaso de vino al día, con antecedentes de EPOC, colecistectomía, endoscopia digestiva por pólipo gástrico, que acude a la consulta por lesión cutánea desde hace algunos meses en rafe medio escrotal, que genera prurito ocasional y sangrado al roce ocasionalmente. Se sigue en otro centro por PSA alto, con biopsias negativas, en tratamiento con acetato de ciproterona y tamsulosina. A la exploración se aprecia una lesión esférica, de 1cm aproximadamente, bien delimitada, de aspecto benigno. Se decide cirugía, extirpando lesión por completo con márgenes de seguridad.

La anatomía patológica informa de leiomioma polipoide y ulcerado, ubicado en dermis, de patrón nodular y 1cm de tamaño máximo. No se evidencian imágenes de embolización neoplásica linfovascular. La tumoración se encuentra extirpada en su totalidad, comprende márgenes quirúrgicos libres y dista del límite más cercano (uno lateral) 0.8cm.

Se decide ampliar bordes en superficie y en profundidad, y se solicita TAC toracoabdominopélvico como estudio de extensión. Se reseca una elipse cutánea de unos 4cm en escroto, reseca en profundidad hasta túnica vaginal.

El TAC resulta negativo y la nueva anatomía patológica informa de un foco milimétrico en dermis superficial, que dista del margen de resección más cercano (lateral cutáneo) 1 cm.

Se da por extirpada la lesión completa, el paciente lleva 4 meses en seguimiento.

- **Conclusiones**

El leiomiosarcoma de dermis es una rara entidad, existiendo escasas series y pocos casos publicados en la literatura. Tiene dos modas de edad, en la mediana de la vida y en pacientes añosos, siendo más frecuente en el sexo masculino.

Puede tener aspecto benigno, como es el caso. La resección con amplios bordes (2-3cm) y en profundidad suele ser el tratamiento. La recidiva local puede llegar al 40%. El seguimiento debe hacerse a largo plazo, ya que pueden existir recurrencias tardías. Las metástasis son menos frecuentes aunque se describen casos metastásicos en el momento del diagnóstico".

**COMUNICACIÓN POSTER 32: LEIOMIOMA VESICAL INTRAMURAL. CLAVES PARA SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

*Díez Farto S; Navarro Serrato JC; Ramírez Chamorro F; Revelo Cadena I; Saucedo Gimenez I; Sánchez Bernal C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Puerto Real*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

El leiomioma es una neoplasia benigna, de origen mesenquimal, que aparece en tejido genitourinario, fuera del útero en contadas ocasiones. Su etiología no es bien conocida pero parece no guardar relación con género ni edad.

- **Material y métodos**

Presentamos el caso de un paciente de 42 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta de urología por presentar clínica miccional de varios meses de evolución. Presenta urgencia miccional y polaquiuria, tanto diurna como nocturna. El paciente refiere que la clínica es tan acusada que su calidad de vida se ve afectada de manera importante. No presenta incontinencia, disuria ni hematuria.

En consulta se realiza una exploración abdominal sin hallazgos de interés y una ecografía renovesical en la que se observa una imagen de masa en cara anterior de la vejiga. En el mismo acto médico se realiza una cistoscopia en la que encontramos una masa en cúpula vesical que comprime la vejiga de forma externa, permaneciendo la mucosa vesical indemne.

Tras este hallazgo se solicita un estudio completo que incluye TAC abdominopélvico, analítica general, sedimento urinario y cultivo de orina. Todos los resultados son normales excepto el TAC en el que se observa una masa de 44x59x65 mm, de aspecto sólido que capta contraste. Es

dependiente de la pared anterior de la vejiga, protuye hacia el interior de la misma y sobrepasa su cara externa.

Ante el resultado de una masa vesical no filiada decidimos realizar PAAF de la lesión, con resultado anatomopatológico de proliferación fusocelular constituida por células de citoplasma amplio, eosinófilo, con núcleo pequeño, alargado y positivo para actina y desmina. Por lo que el diagnóstico histológico es de Leiomioma vesical.

Aunque el Leiomioma es una tumoración benigna, el paciente presenta un cuadro de clínica miccional que afecta a su vida diaria de forma importante por lo que tras valorar el caso en sesión clínica se decide intervención quirúrgica mediante laparotomía y exéresis de la masa.

La intervención cursa sin incidencias realizando una enucleación completa de la masa con apertura vesical.

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica es de proliferación mesenquimal benigna de patrón estoriforme, compatible con leiomioma.

Tres meses después de la intervención, el paciente continúa con clínica de urgencia miccional. Tras realizar una nueva ecografía vesical y una nueva cistoscopia se objetiva como secuela quirúrgica una vejiga de poca capacidad por lo que se decide derivar al paciente a consulta de suelo pélvico para comenzar reeducación vesical.

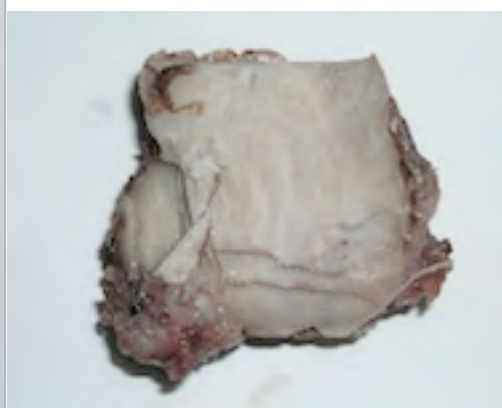
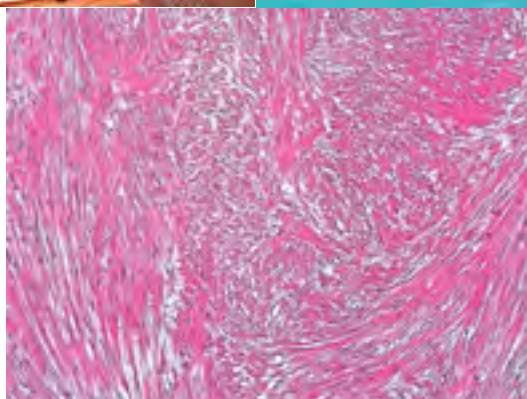
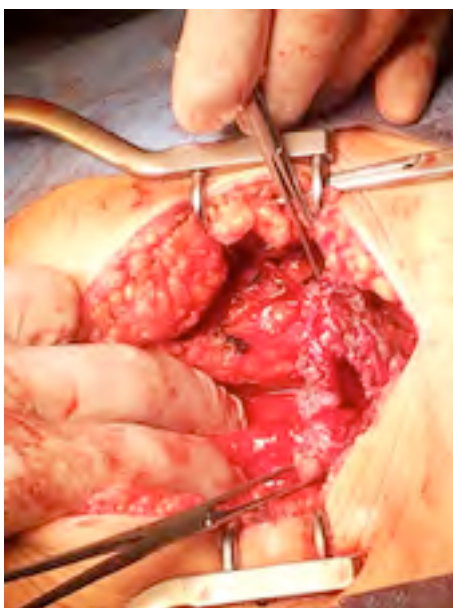
### • Conclusiones

El leiomioma vesical es una patología en ocasiones asintomática, que también puede manifestarse mediante síntomas irritativos, y de forma menos frecuente con clínica obstructiva y hematuria. La intensidad de estos síntomas está en relación con el tamaño y localización de la lesión.

El diagnóstico del leiomioma es fundamentalmente histopatológico por lo que es necesaria una biopsia para poder catalogar el tumor y realizar un diagnóstico diferencial con otras neoplasias como el leiomiosarcoma.

Al ser una patología benigna puede ser subsidiaria de vigilancia activa, siempre y cuando el paciente permanezca asintomático.





## **COMUNICACIÓN POSTER 53: TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PRÓSTATA.**

*Euceda Cerna, LM; Sequeira García del Moral, J; García Galisteo, E; Rivero Esteban, JA; Molina Díaz, P; Soler Martínez, J; Bautista Vidal, JC; Gómez Lechuga, PL; Sánchez Martínez, N; Flores Sirvent L; Beneto Alduci, B; Baena González, V.*  
*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Regional de Málaga*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El tumor fibroso solitario de la próstata es una neoplasia rara, de crecimiento lento, habitualmente benigna. Su localización más frecuente es la pleura, seguida de cabeza y cuello y en tercer lugar de la cavidad abdominal.

- **Material y métodos**

Se trata de un paciente varón de 55 años, derivado por aumento del PSA y STUI, iniciándose estudio en consulta y tratamiento con tamsulosina. Al examen físico, tacto rectal próstata no sospechosa. Durante el seguimiento se objetiva elevación del PSA 3,26 con cociente libre/total 0.26. Posteriormente hace varios episodios de RAO, requiriendo sondaje permanente y un ingreso por ITU. En consulta se realiza ecografía, en la cual se observa próstata aumentada de tamaño con contenido quístico, por lo que se solicita TAC de abdomen evidenciando próstata de 10 cm con áreas de licuefacción y vejiga comprimida por masa prostática, se decide drenaje/biopsia de la colección sin valor diagnóstico en la anatomía patológica. Al seguimiento se realiza RMN con los mismos hallazgos de LOE en hemipróstata izquierda con doble componente sólido y quístico con restos hemorrágicos.

Tras presentar el caso en sesión clínica se plantea PRR, la cual fue dificultosa, por el tamaño de la próstata, con un tiempo operatorio de 5 h y sangrado estimado de 2000 ml. El paciente es dado de alta sin incidencias al 5º día PO. El resultado de AP fue tumor fibroso solitario de 9 cm, bien delimitado, que ocupaba prácticamente la mitad del parénquima prostático, con zonas de necrosis, hemorragia y alto índice mitótico y celularidad.

Durante el seguimiento el paciente se encuentra asintomático, con PSA 0 y estudios con TAC toraco-abdominal y RMN con cambios postquirúrgicos sin otros hallazgos.

- **Discusión**

El tumor fibroso solitario suele ser asintomático hasta que alcanza tamaño suficiente para comprimir órganos vecinos. El diagnóstico de este tumor en la histología es inmunohistoquímico.

La mayoría de los casos de tumor fibroso solitario cursan de forma benigna, aunque han sido documentados variantes malignas de esta enfermedad. La tasa de malignización del tumor fibroso solitario es del 23%. El tratamiento



quirúrgico se realiza cuando aparecen síntomas o cuando no se tenga un diagnóstico claro y se sospeche una neoplasia maligna.

### **COMUNICACIÓN POSTER 115: QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR.**

*del Río González S., Cantero Mellado J.A., Yáñez Gálvez A., Carmona Sánchez E., García del Pino M.J., Castillo Gallardo E., Sáez Barranquero F., Herrera Imbroda B., Machuca Santa-Cruz J.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Las lesiones intratesticulares presentan un pico de incidencia entre los 20-40 años, más del 95% de ellas son malignas y conllevan una actitud quirúrgica radical. Los quistes epidermoides testiculares, sin embargo, son una entidad de comportamiento benigno y tan solo constituyen un 1% de las neoformaciones testiculares.

- **Material y métodos**

Presentamos a dos pacientes de 18 y 20 años que consultan por nódulo testicular firme e indoloro a la exploración física. Se solicita analítica con marcadores tumorales (alfafetoproteína y betaHGC) cuyo resultado es normal, y ecografía escroto-testicular que muestra una lesión nodular intraparenquimatosa. Ante la sospecha de malignidad se plantea la realización de una orquiectomía radical. El análisis anatomopatológico posterior nos da el diagnóstico de quiste epidermoide testicular en sendas piezas quirúrgicas.

- **Discusión**

La ecografía y la RNM constituyen las pruebas de imagen más utilizadas para caracterizar este tipo de lesiones, si bien la más ampliamente utilizada es la ecografía, cuyos resultados son muy sugerentes (aunque no patognomónicos) de tal modo que permite tanto la detección de lesiones como determinar la composición sólida o quística de la misma, de un modo barato, reproducible y rápido. En los casos clínicos presentados, las imágenes ecográficas fueron sugerentes pero el doppler mostró flujo arterial intraparenquimatoso, por lo que ante la duda diagnóstica se optó por la cirugía radical.

El diagnóstico definitivo se establecerá, finalmente, en base al análisis anatomopatológico.

- **Conclusiones**

Los quistes epidermoides a nivel testicular son una patología infrecuente y benigna, por lo que ante la sospecha de esta entidad se podría plantear una cirugía conservadora de parénquima testicular. Si bien en caso de duda es recomendable la realización de la cirugía radical.

### **COMUNICACIÓN POSTER 101: SCHWANNOMA O NEURILEMOMA PÉLVICO.**

*del Río González S., Cantero Mellado J.A., Yáñez Gálvez A., Carmona Sánchez E., García del Pino M.J., Castillo Gallardo E., Sáez Barranquero F., Herrera Imbroda B., Machuca Santa-Cruz J.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Los schwannomas o neurilemomas, son neoplasias benignas procedentes de las células de Schwann formadoras de las fibras miélicas del sistema nervioso. Aunque la mayoría de estos tumores se localizan en cabeza y cuello (40-50%), pueden presentarse en cualquier localización. La pélvica supone tan solo un 1-3% de la totalidad. Describimos la aparición de una masa neoformada en área prevesical y diagnosticada como Schwannoma en un paciente joven sin Neurofibromatosis Tipo 1, principal factor de riesgo conocido para desarrollar el tumor en esta extraña localización.

- **Material y métodos**

Varón de 42 años con hallazgo incidental de masa extraperitoneal por TC entre cara anterior derecha de la vejiga y la pared abdominal, sin infiltración. Focos de realce tras inyección de contraste. Los hallazgos plantean una neoformación mesenquimal estudiada posteriormente mediante ecografía abdominal y doppler, RNM y B.A.G, reforzando todos ellos nuestra sospecha pero sin aportar diagnóstico definitivo. Se procede a la exéresis diagnóstico/terapéutica de la masa prevesical mediante abordaje laparoscópico transperitoneal, obteniendo una pieza polilobulada de diámetros 9x5x3 cm, blanda y de aspecto heterogéneo con histología definitiva de schwannoma polimórfico ocupando toda la pieza. Las revisiones posteriores mediante TC fueron normales, quedando libre de enfermedad y siendo dado de alta sin incidencias de interés.

- **Conclusiones**

El schwannoma es una formación caracterizada por un crecimiento lento y que la mayoría de veces es detectada incidentalmente. Generalmente tiene un comportamiento benigno, pero podría degenerar en malignidad si estuviese asociado con la enfermedad de Von Recklinghausen. Su localización en pelvis es extremadamente rara y su diagnóstico preoperatorio muy difícil

ya que no disponemos de signos patognomónicos a través de pruebas de imagen, y la biopsia por aspiración es a menudo inconcluyente. Por tanto, la resección quirúrgica es el método más preciso en la evaluación de un schwannoma pélvico y la técnica laparoscópica un método seguro y preciso para llevarla a cabo. Tendrá finalidad tanto terapéutica como diagnóstica dado lo patognomónico de su histología y anatomía patológica.

### **COMUNICACIÓN POSTER 102: ADECARCINOMA DE URACO.**

*Caballero Cobos R, Pujadas Martínez M, Bel Rincón J, Rodríguez Rincón P, Domínguez Molinero JF, García Valverde A, Jiménez López I, Barahona Centeno KA, García Ramos JB, Pedrajas de Torres G, Funes Padilla C, Déniz Cubas A, Gómez Velázquez M, Linares Armada RM*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología Complejo Hospitalario Huelva*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El uraco es un vestigio embriológico, de estructura fibrosa tubular, que discurre por la línea media, y se extiende desde el ombligo hasta la cúpula vesical. El adenocarcinoma de uraco es un tumor extremadamente raro, con una incidencia de 0.01% de todos los tumores de vejiga, más en varones con una relación 4/1, y de muy mal pronóstico. Se localizan principalmente en cúpula vesical, dando escasa sintomatología, y por lo tanto retrasando su diagnóstico y limitando actitud terapéutica.

- **Objetivo**

Manejo de un caso clínico en nuestro centro y revisión de la literatura al respecto.

- **Material, métodos y resultados**

Mujer de 32 años, sin antecedentes personales de interés, que realiza seguimiento en consultas de Ginecología, por formación anexial derecha heterogénea de 66x63mm, en ecografía vaginal y CEA 5.56. Se decide extirpación laparoscópica, apareciendo como hallazgo intraoperatorio, una neoformación prevesical de contenido mucinoso adherido a cara peritoneal anterior y teniendo como resultado histopatológico: Neoplasia mucinosa de origen genitourinario con CK 7 y CK20 positivos. Se realizan pruebas de imagen, para estudio del tumor y repercusiones a distancia mediante, TAC tórax y abdomen: Engrosamiento focal de 3,7 x 2,2cm, de la pared anterolateral derecha de la vejiga, de baja densidad, compatible con posible recidiva o restos tumorales locales, sin evidencia de alteraciones a distancia; y Exploración cistoscópica: Área de edema localizada en región de cúpula vesical, tomando biopsia, teniendo ésta como resultado, adenocarcinoma con alto índice mitótico. Ante dichos resultados, se realiza Intervención Quirúrgica: Cistectomía parcial de región anterolateral e izquierda vesical,

con extirpación de resto uracal desde ombligo a cúpula vesical, y apendicectomía.

La paciente actualmente, está libre de enfermedad, descartándose afectación intestinal y tratamiento adyuvante al tener un buen pronóstico, márgenes negativos en pieza y ganglios no significativos.

- **Conclusiones**

Es un tumor excepcional, de diagnóstico, a menudo, incidental y prácticamente asintomático, cuyo tratamiento consistirá en una cistectomía parcial con extensión a la pared anterior del peritoneo y restos uracales. Respecto al tratamiento quimioterápico neo y adyuvante, podría estar indicado en los pacientes con peor pronóstico.

Los principales factores pronósticos son el grado de diferenciación tumoral y los márgenes libres de la pieza quirúrgica.

## **COMUNICACIÓN POSTER 93: MELANOMA MALIGNO METASTÁSICO DE VEJIGA URINARIA.**

*Revelo Cadena, Ivan; Diez Farto, Sara; Navarro Serrato, Jose Carlos.  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Puerto Real*

### **RESUMEN:**

- **Material y métodos**

Paciente varón de 82 años con antecedentes de hipertensión arterial, y extirpación de melanoma maligno en pared abdominal nivel IV de Clark y 8.5mm de escala de Breslow cuatro años antes, con estudio de extensión negativo. Se desconocen más detalles de la enfermedad neoplásica y de su evolución posterior. Consulta en el servicio de urgencias por presentar cuadro de hematuria macroscópica monosintomática de varias semanas de evolución. Durante la exploración física no se palparon masas abdominales ni adenopatías inguinales o axilares. El análisis de sangre mostró anemia microcítica y el de orina demostró hematuria. El paciente fue ingresado a cargo del servicio de Urología donde se completó el estudio con tomografía que evidenció múltiples nódulos pulmonares compatibles con metástasis y un engrosamiento difuso de la pared vesical junto con una neoformación localizada en cúpula. Se confirmaron dichos hallazgos con una cistoscopia. Se decidió intervenir mediante resección transureteral de urgencia por sangrado activo, resecando en profundidad hasta capa muscular una masa de 5cm en la localización descrita de aspecto infiltrante. El análisis microscópico posterior encontró una neoplasia sólida compuesta por células epitelioides dispuestos en sábana con escaso estroma y frecuentes focos de necrosis, se realizaron técnicas inmunohistoquímicas Melan -A y CK-7 que fueron positivas por lo que se concluyó que se trataba de un melanoma metastásico vesical que infiltra extensamente a la capa muscular. El

paciente pasó a cargo del servicio de oncología los cuales decidieron cuidados paliativos por su estadio clínico y patológico, falleció 6 meses después en su domicilio.

- **Discusión**

El origen del melanoma radica en la transformación maligna de los melanocitos, células derivadas de la cresta neural, razón por la cual pueden afectar a distintos órganos distintos a la piel, en este caso al urotelio vesical. Las lesiones metastásicas de este tipo de neoplasia suelen afectar muy infrecuentemente a la vejiga, recogiendo pocos casos en la literatura, además rara vez son sintomáticas aunque cuando aparecen síntomas lo más común suele ser la hematuria. El tratamiento de esta condición es aún controversial, enfocado al alivio sintomático, como en este caso.

### **COMUNICACIÓN POSTER 92: QUISTE MULTIOCLAR. INDICACIONES DE TRATAMIENTO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA TRAS DOS CASOS.**

*Merino Salas S, Abad Vivas-Pérez JI, Roig Álvaro JM\*, Martínez Portillo F.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. \*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Poniente. El Ejido, Almería.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Las lesiones multiquísticas unilaterales localizadas suelen generar controversia con el tratamiento. Pueden esconder tumores malignos. Presentamos dos casos con indicación quirúrgica y repasamos la bibliografía al respecto.

- **Material y métodos**

#### **CASO 1:**

Varón, hipertenso, colecistectomizado, que a los 44 años se diagnostica casualmente de quiste complejo renal derecho, con realce de contraste, localizado en valva anteroinferior, Bosniak III. Se realiza nefrectomía parcial con toma de biopsias del lecho resultando Quiste multilocular con foco de carcinoma de células claras de potencial maligno incierto, márgenes sin tumor. 5 años después se encuentra sin recidiva.

#### **CASO 2:**

Mujer, 14 años, sin antecedentes, en seguimiento por pediatría desde años antes, por quistes corticomedulares agrupados, de menos de 3cm, sin realce de contraste, septos o calcificaciones en hemirriñón superior izquierdo. Aquejaba desde hacía meses dolor en flanco izquierdo, sin otra causa, por lo que se opta por tratamiento quirúrgico. Tras nefrectomía laparoscópica, el estudio patológico informa de Quiste multilocular con discretos signos de tipo compresivo en parénquima renal anexo.

- **Conclusiones**

El quiste multilocular se presenta generalmente en mujeres, entre los 4-20 años y los 40-60 años. Suele ser asintomático.

El diagnóstico histológico se hace desde 1951 con los criterios de Powell (lesión única, unilateral, con múltiples quistes no comunicantes, revestidos de epitelio y separados por septos fibrosos sin parénquima) y una modificación posterior (pudiendo contener restos embrionarios pero nunca nefronas).

Existe controversia con el llamado nefroma quístico, ya que hay quien los difiere si llevan o no tejido estromal entre quistes, y quien lo identifica (Srigley, Am J Surg Pathol, 2013), llamándolo tumor mixto epitelial y estromal cuando existe dicho tejido, aunque ambos son benignos. Es por eso que el tratamiento quirúrgico debe ofrecerse en caso de complicaciones o sintomatología.

El diagnóstico diferencial debe hacerse fundamentalmente con el carcinoma renal quístico de células claras. Es donde las pruebas radiológicas son fundamentales, ya que estas lesiones suelen clasificarse como Bosniak III. Generalmente suele ser de bajo potencial maligno, aunque el tratamiento debe ser quirúrgico.

- **TRASPLANTE**

### **COMUNICACIÓN POSTER 39: VALIDEZ DE INJERTOS RENALES DE DONANTES MAASTRICHT TIPO III**

*Díez Farto S; Revelo Cadena I; Saucedo Giménez I; Navarro Serrato JC; Ramírez Chamorro F; Sánchez Bernal C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Puerto Real*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La reducción de la mortalidad por tráfico y enfermedad cerebrovascular, unida a cambios en la atención al paciente crítico, está determinando un descenso progresivo en la donación en muerte encefálica en nuestro país. Sin embargo, el trasplante renal con riñones de donantes fallecidos en parada cardíaca está creciendo. La mayoría procede de donantes con criterios de Maastricht tipo II, pero en los últimos años el donante fallecido tras limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV) (Maastricht tipo III) va en aumento.

- **Material y métodos**

Realizamos un estudio descriptivo de una serie de casos de donantes fallecidos tras LTSV en el hospital universitario de Puerto Real.

En todos los casos de donación en asistolia declaramos la muerte del donante tras 5 minutos de parada ardiordespiratoria (PCR) sin reanimación cardiopulmonar (RCP). La perfusión-enfriamiento de los riñones se realizó con solución preservadora de órganos para a continuación proceder a la extracción renal con técnica quirúrgica rápida por lo que no usamos ninguna técnica de preservación. La validación de los riñones se produjo tras evaluar los tiempos totales del procedimiento, macroscopia renal y anatomía patológica de cuña renal extraída.

Las variables analizadas fueron edad, sexo, número de días de ingreso previo en UCI, causa de la muerte, duración desde el inicio de la PCR hasta el inicio de la perfusión, tiempo de isquemia fría y evolución de los riñones.

- **Resultados**

Presentamos un total de 7 donantes, todos con criterios de Maastricht tipo III, con un rango de edad entre 46 y 63 años. 72% hombre y 28% mujeres. En relación al diagnóstico principal, el 57% falleció por ACVA isquémico, el 28,5% por PCR/anoxia y el 14% presentó IAM. La estancia media en UCI previa al fallecimiento fue de 5 días. La isquemia caliente osciló entre 10 y 45 minutos (media: 29,5 minutos) y el tiempo medio de isquemia fría fue de 180 minutos con un rango entre 2,5 y 6 horas. El 100% de los riñones fueron válidos y trasplantados. Sólo un caso presentó una evolución desfavorable.

- **Conclusiones**

Según nuestra experiencia, los donantes Maastricht tipo III seleccionados criterios estrictos, proporcionan riñones válidos para trasplante si conseguimos un tiempo de PCR corto y extraemos los órganos rápidamente.

### **COMUNICACIÓN ORAL 43: RESULTADOS INICIALES DEL TRASPLANTE RENAL PROCEDENTE DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA TIPO MAASTRICHT III.**

*Campos Hernández,JP; Márquez López,FJ; Salmeron Rodríguez,MD\*;Ruiz García,J; Carrasco Valiente,J;Anglada Curado,FJ; Leva Vallejo,ME; Prieto Castro,R; Regueiro López,JC; Navarro Cabello,ML\*; Requena Tapia, MJ.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La disponibilidad de donantes es un factor limitante para el trasplante renal. El donante en asistolia (DAS) controlado tras limitación de técnicas de

soporte vital (LTSV) o tipo III de Maastricht constituye una alternativa aún por desarrollar de forma sistemática.

Revisamos los resultados obtenidos del trasplante renal con riñones procedentes de donante fallecido Maastricht tipo III en nuestro hospital.

- **Material y métodos**

Análisis descriptivo de los resultados iniciales del programa de trasplante renal de donantes en asistolia controlada iniciado en Septiembre de 2013 en nuestro Hospital.

Previamente se diseñó un protocolo multidisciplinar de extracción y manejo del trasplante.

La técnica de elección de la extracción de órganos fue mediante canulación aortica postmortem (técnica super-rápida). Se establece un tiempo de isquemia caliente verdadero máximo de 60 minutos para aceptar los riñones. Se analizan las características de los donantes y receptores, datos de la extracción, y el resultado en la función inicial del injerto renal.

- **Resultados**

Se incluyen los datos de los 8 primeros casos de trasplante renal con órganos procedentes de 6 DAS tipo III de Maastricht con una edad media 59 años (54-64) con LTSV por accidente cerebrovascular agudo (3), intoxicación por monóxido de carbono (1) y hemorragia subaracnoidea (2). Se descartaron 3 riñones, 1 de un donante por trombosis de la arteria y la pareja de riñones de otro por arteriosclerosis.

Los tiempos registrados fueron: isquemia caliente verdadera de 22 minutos (16-29), con un tiempo de canulación aortica de 5:00 minutos (2:30-11:00 min) y una isquemia fría de 6 horas (4-9).

Los receptores tenían 60 años (42-73), con distintas etiologías (3 poliquistosis, 1 nefropatía tubulointersticial, 1 nefroangioesclerosis, 1 por diabetes mellitus y 2 no filiada) y llevaban en hemodiálisis 22 meses (2-76). Para todos era su primer injerto y ninguno fue hiperinmunizado. Hubo un exitus postoperatorio al tercer día por muerte súbita secundaria a aneurisma de aorta disecante.

De los 7 receptores restantes, 5 precisaron alguna sesión de diálisis. La creatinina (Cr) al mes del trasplante fue de 1,58 mg/dl (1,2-3,1). Un paciente presentó una fistula urinaria a la semana postrasplante, resuelta mediante colocación de nefrostomía.



- **Conclusiones**

Con las limitaciones de un estudio preliminar, el uso de este tipo de injertos presenta una evolución favorable a corto plazo. La utilización de este tipo de donante puede ayudar a reducir el tiempo de espera para un trasplante.

**COMUNICACIÓN POSTER 54: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DOPPLER INMEDIATA EN LA EVALUACIÓN DEL INJERTO RENAL DE DONANTE VIVO.**

*Román-Martín, AA; Corchuelo-Maíllo, C; Cuevas-Palomino, A; León-Dueñas, E; Osman-García-I; Martínez-Rodríguez, J; Leal-Arenas, JS, Medina-López, RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

**RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

Las complicaciones vasculares en el trasplante de riñón son una causa importante de pérdida del injerto en el postoperatorio temprano. La Ecografía Doppler (ED) con valoración del Índice de Resistencia (IR) se emplea habitualmente para hacer una valoración del status hemodinámico del injerto. Nuestro objetivo es valorar la utilidad de la ED inmediata y el IR en la identificación precoz de problemas vasculares del injerto, así como en la función renal a largo plazo.

- **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de 70 trasplantes renales de donante vivo realizados en nuestro centro entre 2009-2013. Se analizaron variables clínicas, analíticas y radiológicas, así como el curso del injerto a lo largo del seguimiento. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 22.0.

- **Resultados**

En 60 pacientes se realizó ED postrasplante inmediato ( 0,8), y en 4 de ellos se sospechó una complicación vascular aguda siendo revisadas quirúrgicamente de forma inmediata. Se confirmaron los hallazgos en 3 de los 4 casos (dos trombosis arteriales, una venosa y una cirugía en blanco). En nuestra serie la sensibilidad de la técnica fue del 100%, la especificidad del 91,2%, el valor predictivo positivo 37,5% y el valor predictivo negativo del 100%. La presencia de un IR elevado se asoció significativamente a la pérdida del injerto 25% vs 1,9% (p=0,004; OR 17), a la necesidad de hemodiálisis en el postoperatorio inmediato 37,5% vs 3,8% (p=0,014; OR 15) y a una mayor proporción de ERC-3T o superior en el seguimiento 50% vs 9,6% (p=0,01; OR 9,4); no así con el número ni tipo (Clasificación de Clavien) de complicaciones.

- **Conclusiones**

La ED inmediata postrasplante es una técnica accesible y segura que permite la identificación precoz de fenómenos vasculares que pueden comprometer la supervivencia del injerto. No obstante, dada la cada vez menor incidencia de problemas vasculares agudos, y con ello menor valor predictivo positivo de la prueba, es preciso valorar los resultados de la misma y del IR en el contexto clínico e individualizado del paciente en pro de evitar intervenciones innecesarias.

**COMUNICACIÓN ORAL 56: TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE.**

*Román-Martín, AA; Olmo-Ruiz, M; Corchuelo-Maíllo, C; León-Dueñas, E; Osman-García, I; Martínez-Rodríguez, J; Leal-Arenas, JS; Medina-López, RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

El Trasplante Renal de Donante Vivo (TRDV) ofrece ventajas sobre el donante cadáver con resultados mejores de supervivencia del injerto y del paciente.

En el presente estudio se analizan las características, resultados y factores pronósticos de supervivencia del injerto de nuestra serie de TRDV.

- **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de una cohorte de 98 parejas de TRDV realizados entre 2002 y 2013 en nuestro Hospital. Se han analizado variables clínicas, analíticas, radiológicas, quirúrgicas y la evolución del receptor y del injerto en el seguimiento. Para el procesamiento de los datos se ha empleado SPSS 22.0. Nivel de significación p

- **Resultados**

Se realizaron 98 TRDV (26 infantiles). La mediana de seguimiento fue de 35,5 meses. La mediana de edad del donante fue 45,5 años y la del receptor fue, 11 años en infantiles y 40,5 en adultos. Más de la mitad de los pacientes presentaban ERCT secundaria a glomerulonefritis y NIC. El 40,8% de los trasplantes fueron anticipados; el resto estuvieron una mediana de 17,4 meses en TRS (48% HD). En el 22,7% de los donantes se produjo algún tipo de complicación, de las cuales el 9,3 % fueron  $\geq$  Clavien III. El 25,8% de los receptores presentaron al menos una complicación  $\geq$  Clavien III (36,3% del total). Las principales fueron: hematoma (5), fuga urinaria (5), linfocele (4), estenosis de vía (3), trombosis venosa (2), trombosis arterial (2), estenosis arterial (2), sangrado activo (2)

En el análisis univariado el sexo mujer, donante > 60 años, tiempo en diálisis >24 meses, enfermedad sistémica como causa de ERCT, segundos trasplantes, complicaciones  $\geq$ Clavien III y la función renal retrasada (FRR) se asoció de manera significativa a un peor pronóstico del injerto. El análisis multivariado sólo seleccionó la FRR, donante > 60 años y enfermedad sistémica como factores pronósticos independientes. La supervivencia del receptor al año fue del 100% y a los 5 años de 97,6%; la del injerto de 95,6% al año y 93,3% a los 5 años.

- **Conclusiones**

El TRDV supone una alternativa eficaz y segura tanto para el donante como para el receptor, con una supervivencia del injerto superior al 90% a los 5 años en nuestra serie.

**COMUNICACIÓN POSTER 67: SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA SOMETIDOS A NEFRECTOMÍA DE RIÑÓN NATIVO PRETRASPLANTE.**

*García-Rubio, J.H.; Campos Hernández, J.P.; Carrasco Valiente, J.; Gonzalez Alfaro, A.; Alonso Carrillo, A.; Reguerio López, J.C.; Prieto Castro, R.; Márquez López, J.; Requena Tapia, M.J.*

*CENTRO DE TRABAJO: HURS*

**RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

La enfermedad poliquística autosómica dominante ( ERPA) supone de un 5 a un 10% de las causas de insuficiencia renal en estadio terminal. Sin embargo, el manejo de estos pacientes en términos de realizar o no nefrectomía y en que momento, sigue siendo controvertido. El objetivo de nuestro análisis es evaluar la supervivencia del injerto renal en aquellos pacientes con ERPA en los que realizamos nefrectomía pretrasplante comparados con los que no se intervienen.

- **Material y métodos**

Estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados renales secundariamente a ERPA en nuestro servicio entre Enero de 2000 a Diciembre de 2012. Se indicó nefrectomía de riñón nativo pretrasplante en los casos de necesidad de espacio o por complicaciones repetidas. Comparamos la función inicial y la supervivencia del injerto entre los grupos pacientes con ERPA trasplantados con o sin realización de nefrectomía previa.

- **Resultados**

En el periodo de estudio 87 pacientes fueron trasplantados por ERPA [ 54 (62,6%) varones y 33 (37,4%) mujeres]. Un total de 27 (29,6%) pacientes

fueron sometidos a Nefrectomía pretrasplante de riñones nativos. Posterior al trasplante 4 pacientes precisaron nefrectomía por complicación del riñón nativo. En cuanto a la función del injerto de manera precoz (Cr a los 3 y a los 6 meses) el grupo de pacientes nefrectomizados presentó unas cifras de 1,56 mg/dL y 1,50mg/dL mientras que en el grupo sin nefrectomía fueron de 2,05mg/dL y 1,84mg/dL respectivamente siendo diferencias no significativas ( $p=0,058$  y  $p=0,278$ ). en cuanto a la supervivencia del injerto en el grupo nefrectomizado se vio una pérdida del injerto en 5 pacientes de 29, mientras que en el grupo sin nefrectomía se vio una pérdida de 18 de 44 pacientes, no encontrándose diferencias significativas ( $p=0,212$ ).

- **Conclusiones**

Nefrectomía previa al trasplante es una intervención segura tanto en términos de morbilidad al paciente como de supervivencia del injerto. Por tanto nosotros realizamos nefrectomía pretrasplante en pacientes con IRC terminal por Poliquistosis cuando esté indicado.

### **COMUNICACIÓN POSTER 70: TRASPLANTE RENAL CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES EN PARADA CARDIACA, MAASTRICHT TIPO III**

*Bautista-Vidal, JC; Gómez-Lechuga, P; Flores Sirvent, L; Soler Martínez, J; Sanchez-Martínez, N; Sequeira García Del Moral, J; Molina Díaz, P; CENTRO DE TRABAJO: Hospital Carlos Haya, Málaga*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

En los últimos años se aprecia una tendencia al descenso de fallecidos por muerte encefálica, influenciada por un menor número de traumatismos craneoencefálicos y tratamientos más agresivos de ACV. A su vez, existe un aumento en las unidades de cuidados intensivos de pacientes con lesiones neurológicas con daño cerebral grave con pronóstico ominoso y que no cumplen criterios de muerte encefálica y que de forma consensuada con la familia se decide limitación de tratamientos de soporte vital (LTSV).

- **Material y métodos**

Presentamos una serie de 20 trasplantes de riñón obtenidos de donantes Maastricht tipo III como consecuencia de LTSV. Recogemos los datos relacionados con los pacientes (edad y comorbilidades), de la cirugía (tiempos de isquemia fría y caliente así como complicaciones intraoperatorias) y de seguimiento (complicaciones durante postoperatorio inmediato, aclaramiento de creatinina).

La función renal fue recogida según fórmula MDRD-4 de aclaramiento renal.

- **Resultados**

La edad media de receptor es de 58 años (34-76). Los tiempos recogidos de isquemia fría son de 12 horas (5-19 horas ) y de isquemia caliente de 33 minutos (24- 50 min). En todos los casos hubo retraso funcional del injerto con una media de ingresos en días de 17,5 días (7-41 días). No se observaron complicaciones en un 37, 5 % de los pacientes, alcanzando Clavien II un 31,3 %.

Los niveles de aclaramiento en el primer mes fue de 32.03 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, sexto mes 39.7 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, al año 44.8 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y 18 meses 60.82 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

- **Discusión**

La tendencia hacia mayor número de donantes en PC compensan el descenso de donantes procedentes de ME, con una tasa de complicaciones aceptable. Existe una mayor incidencia en el retraso en la función renal del injerto, alcanzando creatininas séricas estables a partir del sexto mes, que en nuestra serie ronda 2 mg/dl.

### **COMUNICACIÓN POSTER 61: EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL DE LA AEU EN NUESTRA UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL.**

*Cienfuegos-Belmonte, I; Román-Martín, AA; Lama-Paniego, JR; León Dueñas, E; Osman-García, I, Martínez-Rodríguez, J; Leal-Arenas, JS; Medina-López, RA.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología y Nefrología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Los indicadores son instrumentos de medida que muestran la presencia de un fenómeno y su intensidad, basándose en un sistema de medidas cuantitativas repetidas denominado "monitorización". Evalúan el nivel de calidad alcanzado por un equipo, identificando situaciones de mejora potencial o desviaciones en la práctica asistencial.

El objetivo de nuestro trabajo es evaluar los Indicadores de Calidad Asistencial del año 2013 del área de Trasplante dentro de nuestro servicio.

- **Material y métodos**

Revisión de 88 trasplantes renales y 47 extracciones realizados en nuestro Centro durante 2013. Evaluamos los Indicadores de Calidad Asistencial en Urología elaborados por miembros de los Grupos de Trabajo de la Asociación Española de Urología, recogiendo datos a través de historia clínica digitalizada, y analizándolos con el programa estadístico SPSS v 21.0.

- **Resultados**

En 2013 se realizaron en nuestro Centro 88 trasplantes renales, de los cuales 13 eran de donante vivo y el resto donante cadáver (8 de ellos de donante en asistolia).

El tiempo de isquemia fría (TIF) medio fue 14,96 horas (2-27), siendo el porcentaje de riñones de donante cadáver trasplantados con TIF  $\leq$  18 horas del 55,2 % (estándar  $\geq$  90%). La tasa de fístula urinaria precoz relevante fue del 1,14% (estándar  $\leq$  10%); y la tasa de trasplantectomía precoz por complicación vascular del 3,41% (estándar  $\leq$  4%).

La supervivencia global del paciente al primer año fue del 100% (estándar  $\geq$  95%); con supervivencia de injerto al primer año del 95% (estándar  $\geq$  83%). El porcentaje de trasplante renal de donante vivo fue 14,77% (estándar  $\geq$  10%), siendo el 92,31% de las extracciones laparoscópicas (estándar  $\geq$  60%).

Los médicos en formación participaron como primer cirujano en el 17,7% de los trasplantes y extracciones renales (estándar  $\geq$  10%).

- **Conclusiones**

Durante 2013 se cumplieron todos los estándares de calidad asistencial evaluados en el área de Trasplante Renal, salvo el referido a TIF.

La cuantificación de estos indicadores es un medio para la mejora de la calidad asistencial, siendo un camino para trabajar sobre los puntos débiles detectados.

## **COMUNICACIÓN POSTER 73: SERIE DE CASOS DE CARCINOMA RENAL DE NOVO SOBRE INJERTO RENAL.**

*Cienfuegos Belmonte, I; Román Martín, A.A; León Dueñas, E; Martínez Rodríguez, J; Medina López, R.A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El carcinoma renal de novo en el trasplante renal es una situación poco frecuente pero no excepcional, de mucha trascendencia por la potencial mortalidad del receptor o pérdida del injerto. El objetivo de nuestro trabajo es conocer el manejo y evolución de estos tumores en nuestra Unidad de Trasplante Renal.

- **Material y métodos**

Analizamos los casos de tumor renal de novo entre los pacientes trasplantados de riñón de los últimos 17 años en nuestra Unidad de Trasplante Renal. Se detectaron 3 casos de carcinoma de células claras y un caso de carcinoma papilar sobre el injerto. Recopilamos datos de los

pacientes mediante historia clínica digitalizada. Se realizó seguimiento desde el punto de vista oncológico y funcional renal, y se analizó la respuesta a cambios en la inmunosupresión.

- **Resultados**

Todos los pacientes fueron manejados quirúrgicamente mediante tumorectomía, realizándose además en el paciente con carcinoma papilar trasplantectomía posteriormente. En ningún caso hubo complicaciones quirúrgicas relevantes (Clavien I-II).

Además se procedió a cambio en la inmunosupresión, con conversión a un inhibidor de señales de proliferación (ISP) y retirada completa de anticalcineurínicos.

La cirugía conservadora en ningún caso afectó marcadamente al aclaramiento de creatinina. Tras la conversión a ISP en un único caso apareció proteinuria significativa que requirió cambiar a anticalcineurínicos, con resolución completa de la alteración.

Con un seguimiento medio de 47 meses (52-43), los tres pacientes con carcinoma de células claras sobreviven con buena función del injerto (creatininas actuales de 0,67; 1,19 y 1,08 mg/dl respectivamente) y sin datos de recidiva tumoral. El paciente con carcinoma papilar realiza actualmente seguimiento en otro centro hospitalario.

- **Conclusiones**

La cirugía conservadora junto con la conversión a un ISP parecen ser una opción segura para el tratamiento de tumores primarios en injerto renal, pudiendo ofrecer buenos resultados a corto y medio plazo en cuanto a función renal y desde el punto de vista oncológico.

- **URETRA**

## **COMUNICACIÓN VIDEO 24: TÉCNICAS DE AVANCE EN LA URETROPLASTIA TERMINO-TERMINAL.**

*Castiñeiras Fernández, J; Ramírez Zambrana, A; Saiz Marenco, R; Cuaresma Díaz, A; Marenco Jiménez, JL; González Cáliz, C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica. Servicio de Urología. Fundación "Joaquín Albarrán". Departamento de Cirugía. H. U. "Virgen Macarena". Universidad de Sevilla.*

### **RESUMEN:**

La escisión del segmento de uretra patológico y de la espongiofibrosis asociada seguida de la aproximación de los bordes, para la realización de una anastomosis primaria, es una opción de reconstrucción bien tolerada. Los datos publicados en la literatura especializada demuestran los buenos

resultados logrados en las estenosis de la uretra bulbar y bulbo membranosa, de longitud corta y en pacientes con una fibrosis limitada.

Con una adecuada selección se pueden obtener unos buenos resultados de hasta el 95 %. El fracaso de este método fiable se debe a la escisión insuficiente de la estenosis uretral y a la inmovilización incompleta de la uretra, que conlleva una tensión excesiva en la anastomosis.

La escisión de la estenosis con anastomosis primaria (EEAP) ha tenido distintas épocas. El primero en realizar este procedimiento fue Heusner, en 1883, y sus resultados fueron muy desfavorables. En 1908, Watson y Cunningham llevaron a cabo esta técnica en quince pacientes.

Después de un año de seguimiento los resultados fueron satisfactorios en cinco de ellos. En 1912, Marion, y, diez años más tarde, en 1922, Heitz-Boyer, llevan a cabo una escisión del segmento uretra/lesionado y anastomosis término-terminal, con una cistostomía suprapúbica asociada. Con la realización de esta derivación comprobaron que sus resultados habían mejorado.

En el presente video hacemos referencia y analizamos las denominadas "Técnicas de avance en la uretrorráfia" (Anastomosis Término-Terminal) tras la escisión del segmento patológico. Estas técnicas están apoyadas en cuatro procedimientos:

- 1.- La amplia disección y movilización de la uretra distal a la estenosis.
- 2.- La separación de los cuerpos cavernosos.
- 3.- La pubectomía parcial
- 4.- La transposición de la uretra por detrás de uno de los cuerpos cavernosos.

Nuestra experiencia en la clínica y en el cadáver nos permite respaldar los dos primeros procedimientos de avance (La disección de la uretra a nivel distal y la separación de los cuerpos cavernosos). Con estas maniobras se consiguen aproximadamente 3-4 cm (De 1.5 -2 cm con cada una de ellas).

En relación con el tercer procedimiento de "avance", la pubectomía parcial, hemos podido demostrar en el cadáver que no es viable. Para que este procedimiento fuera efectivo, y con ello "avanzáramos" los 2 cm a los que se hace referencia en algunos artículos, en el transcurso de la sección del pubis se lesionaría el esfínter estriado externo. El cuarto procedimiento, la transposición retrocruval de la uretra, está aceptado que no aporta avance alguno.

La evaluación de los pacientes apropiados para la escisión de la estenosis con anastomosis primaria requiere una evaluación completa con exploración física, endoscópica y estudios radiológicos.



El arqueamiento natural de la uretra bulbar y su separación de los cuerpos cavernosos cuando se dividen en el periné permite una uretrectomía segmentaria con una suficiente movilización.

Para que la reparación tenga buenos resultados es necesario la escisión completa del tejido lesionado (La espongiofibrosis y el segmento uretral estenosado).

Las consideraciones anatómicas a la hora de llevar a cabo una escisión de la estenosis con anastomosis primaria están basadas en la naturaleza de la estenosis y en las características anatómicas de la uretra. La longitud de la uretra es relativamente constante en el segmento peneano. En la uretra bulbar no existe esta limitación.

## **COMUNICACIÓN POSTER 29: DIVERTÍCULO URETRAL CONGÉNITO: DESCRIBIENDO GRÁFICAMENTE DOS CASOS.**

*Merino Salas S, Abad Vivas-Pérez JJ, Piedra Lara JD, Martínez Portillo F, Sánchez Tamayo J. CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El divertículo uretral es poco frecuente, frecuentemente asociado a otras patologías uretrales y sus tratamientos, como estenosis, válvulas, traumatismos e infecciones. También se describen congénitos, por obstrucción de glándulas de Cowper, como parecen nuestros casos.

La clínica fundamental suele ser el goteo postmiccional, y el tratamiento quirúrgico el único eficaz. Las imágenes presentadas, tanto diagnósticas como del procedimiento, pueden ser ejemplo en esta patología.

- **Material y métodos**

#### CASO I:

Varón, 29 años, magrebí, que consulta por síntomas irritativos miccionales y de llenado, pero sobre todo por goteo postmiccional importante que puede durar 10 minutos. Refiere traumatismo perineal con leve uretrorragia dos años antes, aunque los síntomas son más antiguos, sobre todo el goteo. No comentaba relación sexual de riesgo pero se trata primero como uretritis, tras ello con fitoterapia y después con anticolinérgicos, sin mejoría. Se solicita uretroscopia, apreciando un orificio en uretra bulbar, en su vertiente inferior izquierda (5 horarias), a través del cual se pasa cistoscopio flexible unos 3-4 cm. El roce con el esfínter estriado, hiperémico y edematoso, es doloroso. Se comprueba que es un divertículo uretral con uretrografía retrógrada y miccional.

Se plantea tratamiento quirúrgico, realizándose exéresis del divertículo, y tras retirada de sonda, se aprecia una disminución importante del tamaño

del divertículo, hasta ser clínicamente insignificante, con el paciente sin goteo postmiccional y muy satisfecho.

#### CASO II:

Varón, 33 años, sin antecedentes, magrebí, sin relación con el anterior, que acude por goteo postmiccional varios meses después. Comenzó tras expulsión de tapón mucoso por uretra aunque niega relación sexual de riesgo, traumatismo o manipulación uretral. Se extrae exudado que es negativo y se solicita uretroscopia, apreciando un orificio de entrada a las 5 horarias, con varias cavidades en su interior. Se confirma con uretrografía la presencia de divertículo. Está pendiente de corrección quirúrgica del mismo.

- **Conclusiones**

El divertículo congénito de uretra es poco frecuente y asintomático. Se puede descubrir casualmente en uretroscopia o, como nuestros casos, tras una clínica de goteo postmiccional importante en jóvenes. Descartar traumatismos e infecciones es fundamental.

El tratamiento es variado, desde expectante, hasta la exéresis y cierre quirúrgico con o sin uretroplastia, según las características del mismo.

Las fotos presentadas pueden representar esta patología. La coincidencia en tiempo y espacio de estos dos casos obliga a descartar asociación entre ambos."

### **COMUNICACIÓN POSTER 75: URETROPLASTIA DE FOSA NAVICULAR CON MUCOSA ORAL. TRATAMIENTO DE 18 CASOS DE LIQUEN ESCLEROATRÓFICO.**

*Cantero Mellado JA, Yáñez Gálvez A, Carmona Sánchez E, García del Pino MJ, Del Río Rodríguez S, Castillo Gallardo E, Sáez Barranquero F, Herrera Imbroda B, Julve Villalta E, Marchal Escalona C, Bonilla Parrilla R, Machuca Santa-Cruz FJ.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El liquen escleroatrófico es una patología cuya fisiopatología sigue siendo poco conocida y su manifestación clínica más significativa radica en la producción de estenosis de uretra distal con mayor o menor afectación del resto de uretra proximal.

- **Material y métodos**

Presentamos una serie de 18 casos en los que se realizó tratamiento de la estenosis de uretra distal mediante uretroplastia de sustitución o ampliación con injerto de mucosa oral. Se tuvieron en cuenta los tratamientos previos, los valores flujométricos y el estudio radiológico de la uretra. Algunos procedimientos se realizaron en dos tiempos y otros en uno sólo. En todos

los casos se extrajo mucosa yugal como fuente del injerto. Se revisó a los pacientes a los 3, 6 y 12 meses con estudio flujométrico. Se ha analizado la necesidad de tratamiento posterior y la relación entre la longitud del injerto y la necesidad de reintervención.

- **Resultados**

En 7 casos la uretroplastia con mucosa oral fue el primero de los tratamientos recibidos; sin embargo el resto de paciente habían recibido los siguientes tratamientos: 9 pacientes tuvieron dilataciones periódicas, y 3 meatotomías. En el diagnóstico preoperatorio se observó que sólo en el 8 casos la estenosis era evidenciable en las uretrografías. La longitud media del injerto utilizado fue de 4 cm con un rango entre 2 y 6 cm. Se realizó el procedimiento de meatoplastia y tubulización en un solo tiempo en 11 casos. Las flujometrías posteriores mostraron un flujo medio de 16,7 ml/s con una diferencia media significativa de 9.1 ml/s respecto al preoperatorio ( $p=0,001$ ) y 14 pacientes (77,7%) no requirieron otro tratamiento posterior. La relación entre la longitud del injerto y la necesidad de reintervención mostró una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.002$ ) con peor resultado en los injertos más largos. No se observó relación entre la decisión de cirugía en dos tiempos y el fracaso o éxito de la cirugía  $p= (0,27)$

- **Conclusiones**

En las variables analizadas se comprobó que la longitud del injerto se comportó negativamente en el resultado final, probablemente por tratarse de estenosis más complejas. Igualmente, no hubo influencia en el resultado por haber recibido tratamientos previos o por realizar el procedimiento en dos tiempos.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 85: URETROPLASTIA TERMINO-TERMINAL EN ROTURA TRAUMÁTICA DE URETRA BULBO-MEMBRANOSA: TÉCNICAS Y OPCIONES QUIRÚRGICAS.**

*Cantero Mellado JA, Yáñez Gálvez A, Carmona Sánchez E, García del Pino MJ, Del Río González S, Castillo Gallardo E, Sáez Barranquero F, Herrera Imbroda B, Julve Villalta E, Machuca Santa-Cruz FJ.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga)*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Presentamos, principalmente, el caso de un varón de 46 años con el antecedente de una rotura total de uretra bulbo-membranosa de origen traumático a consecuencia de un politraumatismo por atropello con resultado de fractura pélvica compleja y amputación supracondílea del M.I.I. El paciente es portador de sondaje suprapúbico y presenta una disfunción eréctil severa con mala respuesta a fármacos orales e intracavernosos. En

las uretrografías combinadas se evidencia una separación total de cabos uretrales a nivel bulbo-membranoso con una distancia estimada entre ellos de unos 2.5 cm.

- **Material y métodos**

Mediante un acceso perineal y utilizando el separador de Turner-Warwick, se realizó la exposición de la uretra y la identificación de la uretra traumatizada mediante calibre uretral retrógrado y anterógrado con Beniqué. Tras la sección completa del callo uretral y la liberación y espatulación de los extremos anastomóticos, mostramos las principales opciones quirúrgicas para conseguir la aproximación de los extremos y la anastomosis termino-terminal sin tensión: liberación uretral distal, separación de cuerpos cavernosos a nivel de la crura, sinfisectomía inferior y transposición de cuerpo cavernoso.

- **Resultados**

La aproximación de los extremos se realizó mediante liberación uretral sin requerir maniobras adicionales. La anastomosis se realizó mediante sutura en 5 puntos, en distribución circunferencial, de tipo termino-terminal bulbo-prostática. Posteriormente se realizó fijación del bloque uretral a los cuerpos cavernosos para disminuir tracciones y cizallamientos. Tras el cierre, apostamos por el vendaje compresivo en "X" y el mantenimiento del sondaje suprapúbico de seguridad temporalmente.

Tras la retirada de sonda, el resultado funcional ha sido muy satisfactorio con excelente calidad miccional y buena continencia.

- **Conclusiones**

La uretroplastia anastomótica termino-terminal es la técnica que mejor resultado ofrece en estenosis cortas de uretra proximal. El objetivo de este video es mostrar nuestro convencimiento de su utilidad en estenosis largas de origen traumático y los recursos quirúrgicos de que disponemos para solventar las dificultades técnicas que puedan plantearse.

- **UROLOGÍA FUNCIONAL**

**COMUNICACIÓN POSTER 7: FUNCIONALIDAD DE ESFÍNTERES URINARIOS AMS-800: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS.**

*Parra López, L.; Cuevas Palomino, A.; Rodríguez Pérez, A.; García Sánchez, C.; Pena Outeriño, J.M.; Medina López, R.A.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La incontinencia urinaria en pacientes con vejiga neurógena, prostatectomizados o adenomectomizados es un problema no infrecuente que genera gran impacto en la calidad de vida. El esfínter urinario artificial en estos casos se plantea como una buena opción terapéutica aunque no exenta de complicaciones.

El objetivo es evaluar el estado funcional de nuestra serie de esfínteres urinarios artificiales así como analizar las complicaciones postoperatorias detectadas.

- **Material y métodos**

Estudio descriptivo de 92 pacientes sometidos a implantación de esfínter urinario artificial AMS - 800 por incontinencia urinaria secundaria a incompetencia esfinteriana entre Enero de 1993 y Septiembre de 2013. Analizamos los datos de los 38 pacientes que completaron el seguimiento en nuestro centro.

Analizamos características del paciente preimplantación, etiología de la incontinencia, localización del manguito, duración del esfínter y complicaciones postoperatorias.

Evaluamos la funcionalidad del esfínter mediante curva de Kaplan-Meier utilizando el programa estadístico SPSS 20.0

- **Resultados**

Muestra de 38 pacientes, 2 mujeres y 36 hombres, con edad media de 33,65 (9-72 años). Respecto a la etiología de la incontinencia se observaron: Vejigas neurógenas 40.4%, Cirugía prostática benigna 18,8%, Prostatectomía radical 36.8%, malformación congénita y traumatismos 2.6%, respectivamente.

La colocación del manguito fue mayoritariamente en uretra bulbar(73.7%).

La tasa de complicaciones fue del 52.6%, siendo la extrusión la más frecuente (40%). La tasa de reintervención sin retirada del esfínter fue de 31.6%, siendo los cambios de elementos la causa más frecuente (66.7%).

La tasa de retirada del esfínter fue de 40.4% (93% extrusión).

La mediana de tiempo de seguimiento fue de 35 meses (0,5-144 meses). La mediana de duración del esfínter fue de 25 meses (1-61 meses). La

funcionalidad al año fue del 86.3%, del 75.7% a los dos años y 43.4% a los 3 años. El 56,6% de los esfínteres dejan de funcionar en los primeros 3 años.

- **Conclusiones**

La tasa de complicaciones obtenida en nuestra serie es elevada sin embargo, es comparable a las observadas en la literatura.

Existe un "periodo crítico" a los tres años, a partir del cual se estabiliza el número de pérdidas.

### **COMUNICACIÓN ORAL 17: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. RESULTADOS FUNCIONALES Y COMPLICACIONES.**

*Cuaresma Díaz, A; El Khoury Moreno, R; Domínguez Domínguez, M; Saiz Marengo, R; Ortiz Gámiz, A; Castiñeiras Fernández, J*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Fundación "Joaquín Albarrán". Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Desde hace años el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo se ha realizado con el uso de slings suburetrales con distintas variantes de la técnica. Presentamos nuestra serie de pacientes intervenidas, resultados y complicaciones.

- **Material y métodos**

Se han realizado en nuestro servicio 301 intervenciones por IUE sin Prolapso de Órganos Pélvicos entre Enero de 2004 y Mayo de 2013, colocando cabestrillos suburetrales libres de tensión. Las pacientes han sido estudiadas realizando siempre anamnesis detallada, exploración uroginecológica, urocultivo y flujometría con residuo postmiccional. El estudio urodinámico únicamente se hizo en las pacientes con flujometría patológica. Se revisó a los pacientes al mes, tres meses y al año tras la cirugía. Se analizan los resultados funcionales, complicaciones y resolución de las mismas. Se define como "eliminación de los escapes" la completa corrección de IUE y "mejoría de la sintomatología" la disminución de los episodios de IUE.

- **Resultados**

Se objetivó eliminación de los escapes en el 76%(228) pacientes y mejoría de la sintomatología en un 13%(39) pacientes. La estancia hospitalaria no superó las 48 horas en ningún caso. Se presentaron complicaciones de algún tipo en 33%(102) pacientes.

COMPLICACIÓN	PACIENTES	RESOLUCIÓN
Hiperactividad Vesical	19%(57)	Anticolinérgicos
Dolor Residual	5%(16)	AINES
Extrusión de malla	3%(9)	Tratamiento local con estrógenos / Resección malla extruida
ITU repetición	3%(9)	Antibióterapia
RAO	2%(7)	Sondaje / Resección malla
Lesión uretral	0,7%(2)	Resección de malla
Hematoma pélvico	0,7%(2)	Actitud expectante

- **Conclusiones**

- Nuestros resultados son equiparables a otras series.
- La tasa de complicaciones de cabestrillos suburetrales es baja y la mayor parte de las veces no requiere un tratamiento invasivo.

### **COMUNICACIÓN ORAL 18: NUESTRA EXPERIENCIA EN CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PROLAPSO DE COMPARTIMENTO ANTERIOR MEDIANTE TÉCNICAS CON MALLA.**

*Cuaresma Díaz, A; El Khoury Moreno, R; Domínguez Domínguez, M; Saiz Marengo, R; Ortiz Gámiz, A; Castiñeiras Fernández, J*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Fundación "Joaquín Albarrán". Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Presentamos nuestros casos de cistocelos corregidos con malla de polipropileno monofilamento transvaginal con técnica libre de tensión. Presentamos nuestra experiencia en la corrección de cistocelos mediante colocación de mallas de polipropileno monofilamento comerciales y, últimamente, de diseño propio. Así mismo se presentan las complicaciones y resolución de las mismas.

- **Material y métodos**

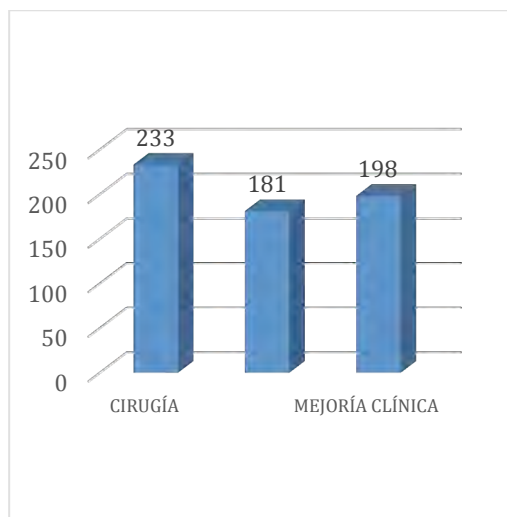
Desde Enero de 2004 a Mayo de 2013 se intervinieron 233 pacientes con cistocelos grado II-IV La mediana de edad fue 61 años. La paridad media fue de 2 hijos. En todas las pacientes se realizó anamnesis, exploración uroginecológica, urocultivo, ecografía abdominal y flujometría con residuo postmiccional. El estudio urodinámico se realizó sólo en casos de flujometría

anómala. Se valoró a las pacientes al mes, a los tres meses y al año tras cirugía. Se definió como mejoría anatómica la reducción del prolapso en dos grados y mejoría clínica cuando mejoraron los síntomas y valores flujométricos en los casos asociados a obstrucción.

• **Resultados**

La mejoría clínica fue levemente superior en todos los grupos. La mejoría anatómica media fue del 78% de las pacientes. La mejoría clínica media del 84%. Todas las pacientes obstruidas con residuo postmiccional previo a cirugía mejoraron del mismo. Las complicaciones y resolución se refieren en la tabla.

Dolor vaginal	8%	Desaparición espontánea
RAO	5%	Autocatereterismo (RPM > 50% V V)
Extrusión malla	7,7%	Exéresis/Expectante
Parestesias 48 h.	1,5%	Desaparición espontánea
Hemorragia vaginal	3	Taponamiento vaginal
Parestesias al mes	0.5%	Vigilancia/Desaparición
Perforación vesical	0	



• **Conclusiones**

La corrección de cistocelos con malla en casos bien seleccionados se realiza con una tasa de recidivas baja y sin complicaciones importantes. Se objetivó una mejoría clínica levemente superior a la anatómica.



## **COMUNICACIÓN ORAL 19: TRABECULACION VESICAL Y CISTOCELE. VALOR DE LA FLUJOMETRÍA Y CISTOGRAFÍA EN EL DIAGNOSTICO DE OBSTRUCCIÓN.**

*Saiz Marengo, R; Domínguez Domínguez, M; El Khoury Moreno, R; Cuaresma Díaz, A; Ortiz Gámiz, A; Castiñeiras Fernández, J*

*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Fundación "Joaquín Albarrán". Sevilla*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Presentamos nuestros hallazgos al realizar cistoscopia en mujeres con cistoceles grado II-IV. Hemos comparado la presencia de trabeculación con los hallazgos flujométricos y cistográficos.

- **Material y métodos**

Hemos incluido en el estudio a 20 pacientes con diagnóstico de cistocele grado II-IV a las que por diferentes motivos, ajenos a su prolapso, se les realizó cistoscopia y se encontró trabeculación vesical. Todas estas pacientes fueron remitidas a consulta de urodinámica donde se les realizó flujometría y cistografía para medir el grado de trabeculación. Se midieron como valores flujométricos el volumen miccional, Qmax y volumen de orina postmiccional. Para la cistografía retrógrada y miccional se definió el Grado 0(**A**) (no trabeculación), grado 1(**B**) (trabeculación < de 5mm y <1/2 area vesical), grado 2(**C**) (trabéculas > o igual a 5 y <10mm con >1/2 area vesical, grado 3(**D**) (con trabéculas >10mm y >1/2 area vesical, (**E**) reflujo vesicoureteral, (**F**) fuga uretral y (**G**) divertículo vesical.

- **Resultados**

En 14 pacientes la flujometría fue normal, presentando un Qmax entre 12-15 ml/s sin residuo postmiccional. De éstas, 8 pacientes presentaron un grado 1 de trabeculación, 4 pacientes un grado 2 y 2 pacientes un grado 3. En un caso se objetivó divertículo vesical, y sólo en éste coincidió con flujometría anómala.

- **Conclusiones**

Hemos encontrado que valores flujométricos normales no se corresponden siempre con ausencia de algún grado de obstrucción. En el estudio de cistoceles solicitamos siempre flujometría pero no siempre estudio urodinámico. Nos planteamos la necesidad de incluir de manera estandarizada la realización de estudios cistomanométricos y de presión-flujo.

## **COMUNICACIÓN VIDEO 23: TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA MEDIANTE DISPOSITIVO ESFINTERIANO REGULABLE.**

*Castiñeiras, J.; Ramírez Zambrana, A.; Soria, F\*.; Saiz Marengo, R; Cuaresma Díaz, A*  
*CENTRO DE TRABAJO: Departamento de Cirugía. Servicio de Urología. H.U. "Virgen Macarena", Sevilla. \*Centro de Cirugía de Mínima Invasión "Jesús Usón", Cáceres.*

### **RESUMEN:**

Las aseguradoras de todo el mundo definen la Incontinencia Urinaria en General como: "Cualquier pérdida involuntaria de orina, que origine un problema higiénico y/ o psicosocial, y que se pueda demostrar objetivamente".

En cambio, la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca un aumento de la presión abdominal. Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral.

Howard Kelly, Profesor de Ginecología en la Johns Hopkins University, describe en 1914 la colporrafia anterior. El alto porcentaje de fracasos, obliga a diseñar otras técnicas. En 1949, Víctor Marshall, urólogo y Andrew Marchetti, ginecólogo en el Hospital Cornell de N. Y.; y, Kermit Krantz, también ginecólogo, en el Hospital Universitario de Kansas, publicaron una nueva técnica para la Incontiencia Urinaria Femenina de Esfuerzo (IUFE). Dicha técnica se conocía y se sigue conociendo como Técnica de "Marshall-Marchetti- Krantz", en honor a su autores.

Burch, en 1961, en el Servicio de Ginecología de la Facultad de Medicina de Nashville, describe su técnica. Esta es muy similar a la de "Marsha/1-Marchetti- Krantz" (M-M-K). La diferencia entre ambas, es el lugar donde se hace la fijación. Su objetivo es elevar el ángulo uretra-vesical, fijando la fascia vaginal al ligamento ileopectineo, descrito Cooper. Recientemente, DeLancey, Profesor de la Universidad de Michigan, describe la "Teoría de la hamaca". Sobre dicha teoría se diseñan una serie de dispositivos que se emplean en la actualidad. Ulmsten, en 1995, aporta el TVT(Tension-Free-Vaginal-Tape); Delorme, en 2001, diseña el TOT(Trans-Obturator- Tape); y, De Leva/, en 2003, diseña el TVT-0 (Trans-Vaginal-TapeObturator).

En 2006, se patenta el TVT-SECUR y, en 2007, el MiniAre.

El dispositivo que presentamos (Dispositivo Esfinteriano regulable para la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Femenina (IUFE) se trata de un manguito regulable, que se diseña a partir de una cinta de polipropileno, monofilamento, macroporo y bajo peso, que tiene incorporado un reservorio. En los esquemas que mostramos en el video describimos las distintas etapas para la implantación del procedimiento:

- 1.- Orientación de la uretra mediante una sonda de Foley.
- 2.- Colpotomía suburetral.
- 3.- Disección de la uretra.
- 4.- Colocación de la cinta.

A continuación describimos nuestra experiencia con el dispositivo que hemos diseñado en colaboración con un Grupo Investigador Israelí, el Centro de Cirugía de Mínima Invasión "Jesús Usón" (CCMIJU) y el Servicio de Urología del H.U. "Virgen Macarena" de Sevilla. El dispositivo ha sido implantado en catorce ovejas de raza merina, de cincuenta kilos de peso medio y dos años de edad.

El estudio corresponde a la fase previa del ensayo clínico.

### **COMUNICACIÓN POSTER 51: ALTERACIONES FUNCIONALES EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RT EXTERNA TRAS RECIDIVA BIOQUÍMICA SECUNDARIA A PROSTATECTOMIA RADICAL (PR).**

*Molina Díaz, P; Rivero Esteban, J.A; García Galisteo, Emilio; Euceda Cerna, L.M; Sequeira García del Moral, J; Baena González, V.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Regional de Málaga.*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La continencia es uno de los factores que más afectan a la calidad de vida de los pacientes sometidos a PR, con una tasa al año entre el 80-95% según series. Dependiendo del grado y estadio existe un porcentaje de pacientes que presentan subida del PSA hasta niveles considerados como recidiva bioquímica. La mayoría de éstos se someten a RT del lecho como tratamiento de rescate. Aunque la RT se da a dosis menores que en los tratamientos radicales no deja de presentar efectos 2ª, sobre todo de empeoramiento de la continencia.

En este trabajo pretendemos ver en grado empeora la continencia en estos pacientes y cuanto tiempo tardan en recuperarla.

- **Objetivo**

Cuantificar los cambios en la sintomatología urológica (grado de incontinencia y tiempo en recuperar estado funcional previo) tras la RT externa como tratamiento para la recidiva bioquímica (RB) tras la prostatectomía radical (PR).

- **Material y métodos**

Se revisan las historias incluidas en la base de datos de nuestro hospital, de pacientes sometidos a PR robótica, identificando a aquellos que presentan

una RB, según los criterios de la EAU. Se registran las variables preoperatorias (edad, PSA, volumen, Gleason..) y postoperatorias (PSA nadir, pT, márgenes...) más relevantes. Por último, se analiza la continencia previa a la RT (ICIQ-SF, nº de compresas o pérdidas en cc), valorando el cambio funcional (empeoramiento o no empeoramiento) y el tiempo en su recuperación, si la ha habido.

- **Resultados**

De los 33 pacientes tratados con RT de rescate, el 51.5% eran de bajo riesgo, presentando un estadio <pT2c el 78%, márgenes negativos el 51% y conservación de bandeletas bilateral el 93%. De éstos, el 84% de pacientes usaron 0 compresas o una de protección previo a la RT, manteniendo el mismo número tras la RT el 80% de ellos. Al relacionarlo con el ICIQ-SF, se encuentra una puntuación media de 5 y 6 en los que requieren 0 o 1 compresa respectivamente. Asimismo, 23 pacientes refieren encontrarse igual o mejor a los 3 años posRT, empeorando solo 3.

- **Conclusiones**

La incontinencia urinaria es un efecto adverso poco frecuente tras la RT de rescate, así como su exacerbación en caso de presentarse previamente. Sin embargo, debido a su importante impacto en la calidad de vida, es fundamental identificar a los pacientes con más riesgo de desarrollarla. Para ello es necesario un consenso para el uso de cuestionarios y escalas adecuadas.

### **COMUNICACIÓN POSTER 114: BANDAS SUBURETRALES (ADVANCE): EFICACIA Y SEGURIDAD EN NUESTRA SERIE.**

*Carmona Sánchez E, Cantero Mellado JA, Yáñez Gálvez A, García del Pino MJ, Del Río González S, Castillo Gallardo E, Marchal Muñoz M (UCAM-Murcia), Sáez Barranquero F, Herrera Imbroda B, Marchal Escalona C, Antuña Calle F, Machuca Santa-Cruz FJ.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).*

#### **RESUMEN:**

- **Objetivo**

Determinar la eficacia del dispositivo Advance, en nuestra serie de casos de incontinencia urinaria post-prostatectomía, así como la tasa de complicaciones encontradas, e intentar correlacionar con posibles factores que pudieran influir en la aparición de la misma.

- **Material y métodos**

Se analizaron los datos pertenecientes a nuestra serie de 16 pacientes con IU leve-moderada (pad-Test < 300 ml) post-prostatectomía radical, a los

cuales se les intervino para colocación de banda suburetral (tipo advance) entre Febrero 2010 a Junio 2014.

- **Resultados**

**Edad** media de 65,69 años.

**Seguimiento** medio de 13,13 meses.

**Comorbilidades:** El 87.5% no tenían comorbilidad y el 12,5% (2 pacientes) presentaban arteriopatía periférica, uno de los cuales asociaba DM de forma concomitante.

**Eficacia:** un 87.5% (14 pac) continentes totales (No uso de compresas o un salvaslip de seguridad/día), un 12.5% (2 pac) de IU moderada-grave (uso de > 2 compresas/día), ambos con necesidad de colocación de Esfinter urinario AMS- 800. De estos dos fracasos, hay que decir que uno de ellos se debió a la realización de ejercicio intenso durante el primer mes posterior a la intervención, y el otro es el primer caso de nuestra serie. Añadir que en los tres primeros casos de nuestra serie, no se realizaron sección completa del tendón conjunto y sí en el resto.

**Complicaciones intra-operatorias:** en un 87.5% (14 pac) no existieron complicaciones, en un 6.3% (1pac) hubo perforación uretral y en otro 6.3% (1 pac) hemorragia/hematoma inguino-escrotal importante en post-operatorio inmediato, ambas complicaciones no precisaron cirugía correctora y fueron resueltas de forma conservadora.

**Complicaciones en el post-operatorio inmediato:** en un 87.3% (13 pacientes) no presentaron complicaciones tempranas, un 12.5% (2 paciente) presentaron dolor perineal/inguinal resuelto con analgesia de primer escalón y un 6.3% (1 pac) alteración en la cicatrización.

**Complicaciones tardías:** en un 87.5% (13 pacientes) no se han presentado, en un 12.5% (2 pacientes), desarrollaron IUU de novo. En ningún caso se ha presentado extrusión de malla.

No se ha encontrado que de las comorbilidades analizadas (tabaquismo, DM o arteriopatía periférica), o la edad, se comporten como factor predictor directo de complicaciones.

En cuanto al uso de la Técnica modificada (sección del tendón conjunto hasta diafragma urogenital) hay que añadir que existe significación estadística ( $p < 0.05$ ), existiendo mayor tasa de éxitos en aquellos casos en los que se realizó dicha modificación.

- **Conclusiones**

La colocación de una banda suburetral tipo ADVANCE, es una técnica, por tanto, que en nuestra serie presenta una seguridad y eficacia similar a las publicadas por otros grupos. Respecto a la eficacia se ha visto que la disección completa del tendón conjunto hasta diafragma urogenital, mejora de forma clara los resultados.

**COMUNICACIÓN ORAL 117: RESULTADOS DE LA CORRECCION DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO TRAS PROSTATECTOMIA RADICAL MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT.**

*Abad Vivas-Pérez, JI; Merino, S; Piedra Lara, JD; Collado A\*; Martinez Portillo, F; Sanchez Tamayo, J; Gomez Jimenez, J.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital de Poniente, Almería. Fundacion IVO, Valencia\*.*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La Prostatectomía Radical (PR) en el tratamiento del Ca Próstata conlleva en un pequeño porcentaje de pacientes la aparición de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), en muchos casos moderada pero que limitan de forma importante la calidad de vida. El desarrollo de dispositivos suburetrales (InVance, Advance, ATOMS..) permiten la corrección de dicha IUE.

- **Objetivo**

Presentar resultados de nuestra experiencia en la corrección de la IUE moderada mediante mallas suburetral tipo AdvanceXP. Explicar los criterios de selección e indicación.

- **Material y métodos**

Desde 09/2012 hasta 06/2014 hemos realizado 8 procedimientos. En todos hemos colocado mallas tipo AdvanceXP. La edad media ha sido 65 años. A todos se les había realizado PR entre 3 y 10 años antes, con buen control de su Ca Próstata. En 2 pacientes, se había realizado Cervicotomía previa. A 2 se les realizó E. Urodinámico por clínica de inestabilidad vesical, demostrando en 1 caso una Vejiga Hiperactiva, con IUMixta. A todos se les realizó un cuestionario ICIQ-IU SF, un pad-test 24 h (al menos 2 ocasiones, entre 80 - 400 cc), y Cistoscopia Flexible (juego esfinteriano conservado). Técnica: incisión perineal, disección m. bulboesponjoso y sección, ramas isquiopubiana/bulbo uretral donde se recepciona las agujas, pasadas con referencia al tendón m. aductor mayor. Colocación malla con movilización bulbo uretral aprox. 2 cm.

- **Resultados**

Mediana 5 meses, 6 pacientes curados (75%), 2 pacientes mejoría importante (paciente con v. hiperactiva mejoría). No hubo complicaciones intraoperatorias. Dos presentaron retención urinaria aguda en postoperatorio, resueltas con sondaje (1 día y 7 días). Controles Flujiometría y Residuos ecograficos satisfactorios.

- **Conclusiones**

En nuestra corta experiencia, AdvanceXp es una técnica segura, reproducible y eficaz en el tratamiento de la IUE tras PR. Es muy importante la selección de pacientes, una correcta valoración preoperatoria. Pacientes con IUE severa deben ser orientados a otras técnicas como confirman la literatura.

### **COMUNICACIÓN POSTER 98: CORRECCION DEL PROLAPSO DEL COMPARTIMENTO POSTERIOR CON MALLA VIA TRANSVAGINAL: EFICACIA Y SEGURIDAD EN NUESTRA SERIE.**

*Yáñez A; Cantero JA; Carmona EI; García MJ; Del Río S; Castillo E; Sáez F; Herrera B; Galacho A; Machuca FJ.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario Virgen de la Victoria*

#### **RESUMEN:**

- **Objetivo**

Presentar nuestra experiencia en la corrección del prolapso del compartimento posterior con malla por vía vaginal, evaluando la eficacia y seguridad, así como los factores que pudiesen influir en ellas.

- **Material y métodos**

Se analizan los datos de 54 pacientes con corrección del prolapso del compartimento posterior con malla de polipropileno monofilamento por vía transvaginal con doble anclaje transobturador, intervenidas entre 2009 y 2014.

- Se evaluó la eficacia mediante la presencia de recidiva anatómica y/o funcional y el cuestionario PGI-I (Patient Global Impression of Improvement).
- Se recogieron el número y tipo de complicaciones para determinar la seguridad.
- Se correlacionaron los resultados con la edad, IMC, nº de partos y la cirugía previa.
- Se definió el éxito como ausencia de recidiva funcional y recidiva anatómica.

- **Resultados**

- La edad media fue de 63'5 años, con IMC medio de 31'5 y 3 partos vaginales como promedio. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 30 meses. El 61'1% de las pacientes tenía cirugía previa de otro compartimento.
- Valoración subjetiva mediante PGI-I: 92'5% referían encontrarse mejor o muchísimo mejor, con una puntuación media del test de 2'2.
- Se objetivó recidiva anatómica en el 7'4% de los casos y funcional en el 1'9%, con una tasa global de éxito ha sido del 90'7%.
- La edad y el nº de partos han mostrado relación estadísticamente significativa con la eficacia.
- La tasa global de complicaciones fue del 16'7%: 7'4% hematoma, 5'6% erosión, 3'7% dolor. Sólo un caso requirió la retirada de la malla por dolor.

- **Conclusiones**

En nuestra serie, la corrección del compartimento posterior con malla vía transvaginal se ha mostrado como una técnica segura y eficaz.

## **COMUNICACIÓN ORAL 72: EFICACIA DE LA ESTIMULACIÓN DEL NERVILO TIBIAL POSTERIOR EN PACIENTES CON SDP/CI REFRACTARIAS A TRATAMIENTO ORAL E INTRAVESICAL. NUESTRA EXPERIENCIA.**

*Vozmediano Chicharro, Raul; Bautista Vidal, Carlos; Gómez Lechuga, Pablo, Sánchez martinez, nestor, Flores Sirvet, Lidia Natalia, Burgos Rodriguez, Rafael*  
CENTRO DE TRABAJO: HRU Carlos Haya. Málaga

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La neuromodulación ha sido usada en pacientes con dolor pelviano crónico. La estimulación percutánea del nervio tibial posterior (NTP) es una técnica mínimamente invasiva que ha demostrado su eficacia en pacientes con vejiga hiperactiva. En nuestra serie evaluamos el resultado en pacientes con SDP/CI.

- **Material y métodos**

Analizamos los resultados en 6 pacientes con SDP/CI refractarios a tratamientos orales e intravesicales. Analizamos la eficacia del tratamiento mediante Escala visual analógica (EVA), Cuestionario PPCP y DM3D al inicio del tratamiento, a las 16 semanas. Posteriormente mantenemos tratamiento



crónico según estabilización de la clínica. La pauta realizada son 8 sesiones semanales, 4 sesiones quincenales.

- **Resultados**

De los 6 pacientes, 5 de ellos respondieron al tratamiento con una disminución en la EVA  $\geq$  50%, se obtuvo una puntuación media pretratamiento de 24,3 el cuestionario BPIC-SS con una disminución del mismo al final del tratamiento con una puntuación media de 16.8. Se obtuvo una FMD (frecuencia miccional diurna) medida de 23 episodios y FMN (frecuencia miccional nocturna) de 7,16 episodios mediante DM3D evidenciando una disminución de 7 episodios de FMD (media de 16 FMD) y de 3,32 episodios de FMN (media de 3,83). De las 5 pacientes que respondieron 2 de ellas deben continuar con tratamientos semanales, y 3 continúan con sesiones quincenales.

- **Conclusiones**

A pesar de las limitaciones de este estudio, la estimulación percutánea del nervio tibial posterior es un técnica mínimamente invasiva con buenos resultados en pacientes refractarios a tratamientos habituales.

- **UROLOGÍA PEDIÁTRICA**

**COMUNICACIÓN POSTER 111: URETEROHIDRONEFROSIS BILATERAL EN VARÓN DE 11 AÑOS POR FIMOSIS FISIOLÓGICA.**

*E. Díaz Convalía, M. Nogueras Ocaña, A. Domínguez Amillo, J. Moreno Nores, J. Tinaut Ranera, M.Pareja Vilches, A. Zuluaga Gómez, N. Canales Casco.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio de Granada*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La fimosis patológica o cicatricial y la balanitis recurrente representan las principales indicaciones de circuncisión en la infancia. En el caso de la fimosis fisiológica infantil se recomienda actitud expectante y, si se prolonga en el tiempo o aparece balanización prepucial, se deben realizar estudios para descartar uropatía obstructiva antes de indicar la circuncisión.

- **Material y métodos**

Paciente varón de 11 años sin antecedentes de interés, derivado de un hospital comarcal donde estaba siendo estudiado por incontinencia diurna por goteo y enuresis nocturna desde hacía 3 meses, con asistencia psicológica de apoyo además de la valoración pediátrica. El urólogo del mismo hospital le realizó ecografía renal y vesical y exploración física, en la

que objetivó una fimosis de aspecto fisiológico con balonización prepucial durante la micción y ureterohidronefrosis bilateral importante en la ecografía, sin otras anomalías. Analíticamente presentaba función renal conservada sin otras alteraciones destacables; al historiar al paciente refería micciones muy largas que solía aplazar, sin antecedentes de ITU. Se decidió practicar circuncisión de urgencia según técnica habitual, que transcurrió sin incidencias.

- **Resultados**

Tras la circuncisión el paciente orina sin dificultad con normalización de la curva en la flujometría. La ecografía de control a los 2 meses objetivó remisión completa de la ureterohidronefrosis bilateral. Clínicamente desapareció la incontinencia diurna y mejoró la enuresis nocturna.

- **Conclusiones**

La fimosis fisiológica no precisa inicialmente circuncisión, ya que no suele asociarse a uropatía obstructiva; sin embargo, como en el caso expuesto, la obstrucción bilateral de la vía urinaria a causa de una fimosis es fisiopatológicamente plausible, por lo que ante una clínica de incontinencia por goteo, balonización prepucial y enuresis asociada, es necesario tener en cuenta esta entidad. Con la realización de una circuncisión se consigue resolver la uropatía obstructiva y la sintomatología urológica.

## **COMUNICACIÓN POSTER 112: RESOLUCIÓN DE LITIASIS URETERAL IZQUIERDA EN NIÑA MONORRENA DE 3 AÑOS CON MEGAURETER.**

*Díaz Convalía E, Nogueras Ocaña M, Domínguez Amillo A, Valderrama Illana P, Canales Casco N, Mijan Ontiz JL, Tinaut Ranera J, Gonzalez Torres S, Zuluaga Gómez A.*  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio de Granada

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

Muchos de los niños derivados al urólogo pediátrico por uropatía obstructiva tienen un megauréter, algunos de los cuales son ya diagnosticados prenatalmente mediante ecografía. Cuando estos niños presentan litiasis ureterales y además son monorrenos hay que tratarlos de forma específica. Entre las opciones terapéuticas disponibles se encuentra la litotricia extracorpórea y la ureterorenoscopia con lasertricia.

- **Material y métodos**

Paciente de 3 años de edad diagnosticada prenatalmente de agenesia renal derecha con ectasia calicial izquierda. Es derivada a nuestro hospital por presentar, durante el seguimiento ecográfico, una litiasis en uréter pelviano de 6-7mm, confirmada mediante urograma, en el contexto de un

megauréter no obstructivo izquierdo en riñón único. Clínicamente la paciente solo había manifestado episodios aislados de macrohematuria indolora autolimitada; en el estudio analítico se detectó hipercalciuria con buena función renal. Se programó para URS con lasertricia y colocación de doble J izquierdo. Debido a la estrechez en la unión vesicoureteral izquierda se decidió realizar dilatación neumática con balón, para posteriormente introducir el ureteroscopio y realizar una lasertricia ureteral dejando doble J izquierdo.

- **Resultados**

Al mes se apreció, mediante Rx abdomen y ecografía abdominal, la presencia de ureterohidronefrosis ya existente con ausencia de litiasis, por lo que se retiró el doble J. En UIV posterior se evidenció buena función renal izquierda, con paso de contraste a vejiga y sin litiasis. Actualmente sigue revisiones periódicas y está en tratamiento con Citrato potásico.

- **Discusión**

Entre las opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de las litiasis ureterales en los niños se encuentra la LEOC y la ureterorrenoscopia con lasertricia. En nuestro caso optamos por emplear la ureterorrenoscopia al tratarse de una paciente monorrena y con megauréter; esto permitió además poder realizar otros tratamientos asociados, como la dilatación de la unión ureterovesical, que facilita el paso del ureteroscopio y permite así tratar la litiasis mediante lasertricia con excelentes resultados.

- **Conclusiones**

El empleo de URS y lasertricia en el tratamiento de la litiasis infantil es una opción alternativa a la LEOC que permite evaluar.

### **COMUNICACIÓN POSTER 83: IMPLANTACIÓN URETERAL ECTÓPICA EN VESÍCULA SEMINAL DE RIÑÓN IZQUIERDO ATRÓFICO ASOCIADO A MEGAUÉRTER OBSTRUCTIVO DERECHO EN LACTANTE DE 8 MESES.**

*Díaz Convalía E, , Noguerras Ocaña M, Valero Rosa, Inmaculada; Martín Rodríguez, J.; Domínguez Amillos A.; Canales Casco N.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El origen superior de la yema ureteral sobre el conducto mesonéfrico origina la implantación ectópica del uréter que en casos extremos no terminan de separarse, en estos casos el uréter queda unido al conducto deferente o a la vesícula seminal, este hecho dificulta el desarrollo del blastema metanéfrico y puede derivar en displasia o agenesia renal.

- **Material y métodos**

Paciente varón con diagnóstico prenatal a partir de la semana 16 de riñón pélvico izquierdo que durante la gestación se hace atrófico y dilatación pielocalicial derecha de 16mm que ingresa a los 20 días del nacimiento por infección urinaria con urocultivo positivo para E. Coli multisensible respondiendo adecuadamente a tratamiento antibiótico y sueroterapia. Durante su ingreso hospitalario se contacta con nuestro Servicio y solicitamos realización de Cistouretrografía miccional seriada y renograma diurético constatando ausencia de reflujo vesico-ureteral y que el riñón derecho desempeña el 100% de la función renal con ausencia de parénquima renal izquierdo funcionante. En la resonancia magnética se aprecia una severa dilatación ureteral derecha con estenosis del trayecto intramural y una imagen paravesical posterior izquierda informada como formaciones venosas anómalas pseudoaneurismáticas de la cadena paravertebral. Se decide realizar reimplantación ureteral derecha mediante la técnica a los 8 meses de edad. Durante el acto quirúrgico se pone de manifiesto una formación quística en torno a la vesícula seminal izquierda que al disecarla se continua con uréter dilatado hasta un rudimento pelviano que Anatomía patológica informa cómo riñón displásico con áreas de displasia multiquística e hidronefrosis.

- **Conclusiones**

El mejor método diagnóstico para valorar la inserción del uréter distal es el TAC y la RNM aunque en un uréter no dilatado puede requerir la inyección de medios de contraste. La urografía no permite esclarecer el diagnóstico en aquellos casos asociados a displasia o atrofia renal.

### **COMUNICACIÓN POSTER 58: DOS ETAPAS (TÉCNICA DE CLOUTIER) EN LA REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS: ¿ES UNA ALTERNATIVA ADECUADA?**

*Román-Martín, AA; Requena-Díaz M; Antón-Eguía, BT; Fernández-Hurtado, M; Valladares-Mendías, JC; Pérez-Bertólez, S; Barrero-Candau, R; García-Merino, F.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología Pediátrica. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La sección y/o extirpación de la placa uretral puede ser necesaria en la reparación de hipospadias severos con grave incurvación. Las técnicas en dos tiempos se han recomendado en estos casos así como en los multioperados.

- **Objetivo**

El objetivo del presente estudio es valorar nuestra experiencia en la reparación de hipospadias severos con grave incurvación con la técnica en dos etapas de MacLeod Cloutier (1962) refinada por Bracka en 1995.

- **Material y métodos**

Estudio descriptivo longitudinal de 36 pacientes con diagnóstico de hipospadias severos con chordee intervenidos mediante técnica de Cloutier en 2 tiempos entre 2002-2008. Se han analizado características clínicas, analíticas, quirúrgicas y de evolución postoperatoria temprana y tardía. Para el procesamiento de datos se ha empleado el programa estadístico SPSS 22.0.

- **Resultados**

Entre 2002 y 2008 se han intervenido en nuestro centro 36 hipospadias (11 distales; 13 medio-proximal, asociados a grave chordee y placa uretral hipoplásica; y 2 multioperados). La edad media del primer tiempo fue de 44 meses (27-160) y del segundo tiempo 57 meses (39-176), con un intervalo medio entre ambos de 12 meses (7-24). No se observaron complicaciones tras el primer tiempo (injerto libre de mucosa prepucial). El 33% presentaron complicaciones tras el segundo tiempo (tubularización del injerto): 2 fístulas tempranas, resolviéndose espontáneamente una de ellas.; 4 fístulas tardías; 6 estenosis a nivel de uretra-neouretra; 1 retracción del meato y 1 deshicencia del grande no corregida con nueva intervención. En ningún caso se realizó técnica de plicatura dorsal para lograr un pene recto, siendo los chordee corregidos por liberación ventral. En todos los casos, excepto en la deshicencia del glande, el resultado estético fue considerado satisfactorio.

- **Conclusiones**

La técnica en dos etapas de Cloutier conlleva un alto índice de procedimientos añadidos para alcanzar resultados satisfactorios. En nuestra experiencia la creemos de utilidad en la corrección de hipospadias proximal con pene pequeño y chordee severo, y en casos reoperados, asegurándose la viabilidad del injerto.

- **UROLOGÍA GENERAL**

**COMUNICACIÓN ORAL 15: LA CALCIFILAXIS DE PENE. PRESENTACION DE 2 CASOS DE ESTA PATOLOGIA POCO FRECUENTE Y REVISION DE LA LITERATURA.**

*Marengo Jiménez, J.L.; Saiz Marengo, R.; Cuaresma Díaz, A.; González Cáliz, C.; González Baena, A.C.; El Khoury Moreno, R.; Ramírez Zambrana, A.; Castiñeiras Fernández J.*  
*CENTRO DE TRABAJO: Unidad de Gestión Clínica de Urología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Fundación "Joaquín Albarrán". Sevilla*

**RESUMEN:**

- **Introducción**

La necrosis de pene asociada a calcifilaxis no es una entidad frecuente en pacientes sometidos a diálisis. Algunos factores de riesgo han sido identificados: un producto Ca- P elevado y un estado de hiperparatiroidismo secundario. También se ha observado una correlación positiva con anticoagulación oral y la diabetes mellitus. Puede tener una elevada mortalidad, llegando hasta más del 50% a los 6 meses.

El tratamiento incluye desde medidas conservadoras hasta la penectomía en función de la evolución clínica de los pacientes.

- **Material y métodos**

Analizamos 2 casos clínicos tratados en nuestro centro y realizamos una revisión de la literatura con sólo 37 casos descritos.

**PACIENTE A:**

Edad: 63 años. En hemodiálisis por IRC.

Debuta con un cuadro de dolor inguinal severo.

En exploración se objetivó lesión necrótica en glande.

Al no controlarse con medidas conservadoras, se realizó resección parcial de glande, comprobando adecuada vascularización proximal.

Evolución posterior tórpida, con progresión proximal de la necrosis, obligando a penectomía parcial 2 semanas después.

En el seguimiento precisó, además, de amputación de dos falanges distales de la mano izquierda debido a necrosis isquémica.

**PACIENTE B:**

Edad: 50 años. IRC en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.

Consulta por cuadro de dolor intenso en pene y supuración uretral.

En exploración del pene: intenso dolor e induración a palpación, áreas necróticas y secreción purulenta uretral.

Tras tratamiento conservador, progresaron las áreas de necrosis; por lo que fue preciso realizar una penectomía parcial.

Durante el seguimiento posterior el paciente presentó hemorragia por recto debido a isquemia intestinal y se sometió, además, a amputación distal de ambos MMII por necrosis isquémica.

- **Conclusiones**

La calcifilaxisa es una etiología de mal pronóstico a medio plazo. Su etiopatogenia es incierta.

Ningún tratamiento ha demostrado una clara eficacia. La mayoría de terapias apuntan a una visión multidisciplinar tratando al mismo tiempo la afección de forma local y corrigiendo de forma sistémica los factores de riesgo que conllevan al desarrollo de la enfermedad

Las principales complicaciones que sufren estos pacientes derivan de necrosis y sobreinfección de tejidos o sangrado digestivo por isquemia intestinal.

### **COMUNICACIÓN ORAL 30: PROSTATITIS CRÓNICA Y SÍNDROME DE DOLOR PÉLVICO CRÓNICO. ANÁLISIS DE LA TERAPÉUTICA ACTUAL.**

*Antonio Jiménez Pacheco, Samuel González Torres, Alfonso López-Luque, Manuel Verdú-Martínez.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología Hospital Santa Motril. Granada; Servicio de Urología H.U San Cecilio, Granada*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La prostatitis crónica/síndrome de dolor pélvico crónico (PC/SDPC) es un patología cuya prevalencia exacta e impacto sobre los pacientes, conocimiento sobre su etiología, fisiopatología y terapia óptima es aún incierta, pasando de ser considerado durante años un proceso infeccioso, a actualmente un síndrome con una variedad de presentaciones, desafíos diagnósticos y terapéuticos.

La terapia médica estándar con anti-inflamatorios no esteroideos, alfa-bloqueantes, antibióticos e inhibidores de la 5-alfa-reductasa no ha sido uniformemente efectiva, probablemente debido a la multifactoriedad en su patogénesis El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia disponible sobre diferentes alternativas terapéuticas en el tratamiento de pacientes con PC/SDPC.

- **Material y métodos**

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica de los artículos publicados en la base de datos Pubmed desde el año 2000 hasta Noviembre del 2013 sobre terapias alternativas en el tratamiento de la PC/SDPC, utilizando las palabras claves, con CP/CPPS incluido: complementary, alternative, integrative,

therapies, interventions, nutrition, phytotherapy, myofascial physical therapy, stress management/cognitive behavioral therapy, biofeedback, extracorporeal shock wave therapy and acupuncture en otras. Hemos rechazado los artículos publicados en idiomas de difícil traducción, que carecían de abstract y no se adaptaban a la definición de dicha patología.

- **Resultados**

Varias de las terapias médicas alternativas existentes para el tratamiento PC/SDPC incluye la dieta y la modificación de los estilos de vida, fitoterapia, extractos bacterianos orales inmunoestimulantes, acupuntura, biofeedback, hipertermia, electroestimulación, ondas de choque extracorpóreas, terapia miofascial y fármacos con acción sobre el sistema nervioso central y periférico. La mayoría de los estudios utilizan como grupo control un placebo o control simulado, mientras otros se comparan con diferentes modalidades o combinaciones de tratamientos directamente.

- **Conclusiones**

La PC/SDPC a menudo requiere un abordaje multimodal debiéndose considerar las terapias alternativas como una opción en los pacientes refractarios a las terapias clásicas. Aunque muchos estudios demuestran a priori una mejoría significativa en las puntuaciones totales y diferentes subpuntuaciones del NIH-CPSI (Índice de síntomas de prostatitis crónica del National Institute of Health), son necesarios más ensayos clínicos controlados y randomizados con el fin de obtener una validación estadísticamente significativa para que muchas de estas técnicas se conviertan en una adecuada opción terapéutica para esta compleja patología.

### **COMUNICACIÓN POSTER 31: CITOMETRÍA DE FLUJO URINARIA EN EL ESTUDIO DE LA MICROHEMATURIA ASINTOMÁTICA.**

*Antonio Jiménez Pacheco, Samuel González Torres, Araceli Jiménez-Pacheco, Manuel Verdú-Martínez, Alfonso López-Luque*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Santa Ana, Motril. Granada. Servicio de Urología. H.U San Cecilio. Granada; Servicio de Rehabilitación. H.U Virgen de las Nieves. Granada*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción y objetivos**

La microhematuria asintomática (MHA) se define como tres o más hematíes por campo de aumento en una muestra de orina recogida adecuadamente en ausencia de una causa benigna obvia. La tira reactiva de orina, es un instrumento diagnóstico básico, utilizado en nuestra práctica clínica diaria, que tiene por finalidad detectar algunos cambios patológicos. Sin embargo, una tira reactiva de orina positiva no define MHA. sedimento urinario.



Actualmente, existen otros mecanismos de detección de anomalías en la orina de los pacientes como es la citometría de flujo (CMF).

El objetivo de este estudio es analizar el valor de la citometría de flujo urinaria en el estudio de la MHA.

- **Material y métodos**

Seleccionamos 21 pacientes mayores de 35 años, diagnosticados de MHA en nuestro servicio. Las variables a estudiar son: sexo, edad, consumo de tabaco, antecedentes personales, exploración, tiempo de evolución, número de hematíes en orina medidos en tira reactiva (hem/ul) y mediante CMF (U/ul), alteraciones analíticas.

A todos los pacientes se realizó primero una tira de orina. Cuando la cantidad de hematíes detectada es mayor o igual de 50 hem/ul, automáticamente se realiza CMF, considerando unos valores normales entre 0-16.5 U/ul

A su vez, se realizó a todos los pacientes en consulta una ecografía urológica y se solicitó una citología urinaria. Posteriormente, se solicitó Cistoscopia y UroTAC siguiendo las recomendaciones de la literatura publicada.

- **Resultados**

El 54.1% eran hombres y el 45.9% mujeres. La media de edad fue de 53.9 años. 11 pacientes son fumadores activos, 3 son ex-fumadores y 7 no fumadores. El 33.3% son hipertensos, y solamente 1 tomaba antiagregantes. La exploración fue anodina en todos los pacientes. El tiempo medio de evolución es de 20 meses. El número de hematíes detectados mediante tira reactiva oscila entre 50-250 hem/ul, siendo la mediana de 150 hem/ul. Por CMF, el número de hematíes osciló entre 7-403 U/ul, siendo la mediana de 31 U/ul. La ecografía y citología fue negativa en todos los casos. En 2 pacientes se detectó en el UroTAC microlitiasis, siendo la cistoscopia negativa en todos los casos.

- **Conclusiones**

En este estudio hemos observado como la CMF, se puede convertir en una opción diagnóstica rápida y eficaz de la MHA

## **COMUNICACIÓN POSTER 41: METAPLASIA NEFROGÉNICA O ADENOMATOSA. ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CUATRO CASOS EN DISTINTAS LOCALIZACIONES DEL APARATO URINARIO.**

*Domínguez Villalón M, Espinosa Olmedo FJ, Leal Lombardo J, Candau Vargas-Zúñiga F, Leanez Jiménez M, Camacho Martínez E.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

### **RESUMEN:**

#### **• Introducción**

La metaplasia nefrogénica o adenomatosa es una patología del urotelio infrecuente que puede afectar a cualquier tramo del aparato urinario aunque preferentemente sea a nivel vesical. Existe en la literatura pocos casos publicados y su origen no es del todo conocido. Existen varias hipótesis en cuanto a su etiología que podrán ser desarrolladas en este trabajo con el análisis de cada uno de nuestros casos.

#### **• Objetivos**

Analizar cuatro casos de nuestro hospital, ocurridos uno en 2003 y tres en 2013, con diagnóstico anatomo-patológico de metaplasia nefrogénica, la cual se ha localizado y aislado en cada uno de los pacientes en distintos segmentos del aparato urinario. Revisar cada caso comparándolo con la literatura publicada más actualizada hasta el momento para así poder poner de manifiesto si existen algunos antecedentes comunes relevantes entre los pacientes diagnosticados, así como aspectos importantes del diagnóstico o tratamiento.

#### **• Material y métodos**

Es un trabajo con diseño descriptivo transversal y bibliográfico basado en la selección de la información de las historias clínicas de cada uno de los pacientes y en el análisis y comparación con los diferentes artículos más actualizados de los últimos diez años sobre la epidemiología, etiología, diagnóstico y tratamiento de los casos de metaplasia nefrogénica publicados.

#### **• Resultados**

Todos los pacientes de nuestra serie presentan antecedentes personales comunes a los datos publicados en la literatura actual, los cuales apoyan la etiología inflamatoria crónica de estas lesiones. Los cuatro son varones, siendo esta patología más frecuente en este sexo, y con antecedentes personales de infecciones urinarias recurrentes. Dos de los pacientes presentaban antecedentes de cirugías previas. Uno de los pacientes era inmunodeprimido con antecedentes de pielonefritis crónica y otro había estado en tratamiento con instilaciones intravesicales con Bacilo de Calmette y Guérin (BCG). Aunque la localización más frecuente es el trígono, en nuestra serie, tan sólo un caso se ha aislado en dicha localización. De los

otros tres casos, uno se aisló en uretra, que es la siguiente en frecuencia, otro en uréter y otro en próstata.

Ninguno de los pacientes han presentado recidivas ni malignización hasta la fecha.

- **Conclusiones**

La metaplasia nefrogénica es una lesión pseudotumoral rara que afecta al urotelio y, por lo general, es de comportamiento benigno. Debido al aspecto macroscópico de estas lesiones, a los antecedentes y a la clínica inespecífica que presentan los pacientes, la mayoría de los casos son tratados quirúrgicamente obteniendo, tras el análisis anatomopatológico de las muestras, el diagnóstico definitivo.

Según varios artículos publicados en los últimos años, se han descrito casos de recidivas e incluso, de malignización a adenocarcinoma de células claras, lo cual hace plantearnos que el seguimiento de estos pacientes deba ser más estrecho y a largo plazo.

## **COMUNICACIÓN POSTER 46: TRATAMIENTO DEL DOLOR POSTOPERATORIO EN LA NEFRECTOMIA MEDIANTE ANALGESIA INTRAVENOSA.**

*Revelo Cadena, I; Ramírez Chamorro, RF; Díez Farto, S; Shub Skorniakov, M; Jiménez Romero, M; Armijos León, S; Rodríguez Rubio, F; Solano Castro, D; Sánchez Bernal, C; González Forte, MJ1; Ortega García, JL1; Neira Reina, F1.*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Urología Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz), 1 U.D.A. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Unidad de Gestión Bloque Quirúrgico. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El dolor es el resultado de un proceso elaborado y complejo, específico de cada persona y variable según sus circunstancias. El dolor agudo se debe habitualmente a un daño tisular, bien somático o visceral que se presenta unido a la producción de la lesión y al periodo de reparación de la misma, desapareciendo al completarse la recuperación de la lesión causal. Una forma de dolor agudo es el dolor agudo postoperatorio, que se define como un dolor agudo secundario a una agresión directa o indirecta producida por un acto quirúrgico. El dolor quirúrgico es predecible y su tratamiento sigue siendo insuficiente a causa principalmente de que el personal sanitario lo considera un problema menor derivado de la intervención quirúrgica, y por tanto de duración limitada que finaliza con la curación de la lesión.

- **Objetivos**

Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia, seguridad y aceptación de la analgesia intravenosa en el tratamiento del dolor postoperatorio de las nefrectomías

- **Material y métodos**

Realizamos un estudio prospectivo de seguimiento en una cohorte de 38 pacientes (P) intervenidos de nefrectomía laparoscópica (34,2%) y por laparotomía (65,8%), siendo el diagnóstico más frecuente: neoplasia renal (60,5%). La edad media+/-ES fue de 57+/-2,6; el 52,6% eran mujeres. Valoramos el tipo de analgesia intravenosa, el dolor dinámico y en reposo según la escala visual analógica (EVA), grado de satisfacción (0-10), descanso nocturno, calidad del sueño, estancia media en la UDA, efectos secundarios y tiempo de estancia en UDA. Utilizamos el paquete estadístico SPSS v.18

- **Resultados**

Los pacientes recibieron analgesia intravenosa con: tramadol+/-metamizol (57,9%), tramadol+/-dexketoprofeno (18,4%), cloruro mórfico (7,9%), cloruro mórfico+/-metamizol (7,9%), cloruro mórfico+/-dexketoprofeno (2,6%), cloruro mórfico+/-paracetamol (2,6%) y Oxycodona+/-metamizol (2,6%). La EVA dinámica fue: 2,73+/-0,25, mientras que la EVA en reposo fue: 1+/-0,18, tiempo de estancia media en UDA: 2,7+/-0,2 días. Grado de satisfacción: 9,16+/-0,15. Duración del descanso nocturno: bueno (86,9%), regular (7,9%) y malo (5,3%). Calidad del sueño: buena (89,5%), regular (5,3%) y mala (5,3%). Efectos secundarios: náuseas (15,9%), vómitos (5,3%), somnolencia (5,3%) y estreñimiento (2,6%)

- **Conclusiones**

La analgesia intravenosa es una alternativa válida y eficaz en el tratamiento del dolor postoperatorio de las nefrectomías, con alto grado de satisfacción por parte de los pacientes. El protocolo analgésico intravenoso más utilizado es la asociación de tramadol con metamizol. Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas.

El seguimiento en planta a través de la enfermera de la UDA permite un control personalizado y directo de las necesidades de cada caso, poniendo rápidamente en marcha las medidas de mejora de la analgesia, así como el tratamiento de efectos adversos y aumentando la satisfacción del paciente.

La analgesia adecuada influye de forma directa en la prevención de la morbilidad quirúrgica, al favorecer la movilización precoz de los pacientes.

Esto contribuye a la disminución de la estancia media y aumenta la puntuación en las encuestas de satisfacción.

## **COMUNICACIÓN POSTER 47: UN ILUSTRE MÉDICO ANDALUZ.**

*Ramírez Chamorro, M.R F.; Shub Skorniakov, M.; Jimenez Romero, M.; Díez Farto , S.; Armijos Leon, S.; Revelo Cadena, I.; Navarro Serrato, J. C.; Saucedo Gimenez, I.; Rodriguez Rubio, F; Solano Castro, D.; Varo Solís, C.; Sánchez Bernal, C.*  
*CENTRO DE TRABAJO: H. U. Puerto Real (Cádiz),UGC Urología*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La figura de D. Federico Rubio y Galí no deja de sorprender a los que hemos profundizado en su biografía. Gaditano de nacimiento (Puerto de Santa María 1827), desempeña la mayor parte de su actividad profesional en Madrid donde se convierte en una figura de renombre dentro del campo de la medicina por sus innovaciones en el campo de las técnicas operatorias así como en el modelo de aprendizaje de las especialidades quirúrgicas, pero que además provoca admiración por su copiosa actividad científico-literaria.

- **Objetivos**

Demostrar que la Revista fundada por el autor permite realizar un análisis de la personalidad del mismo, desde sus propios escritos y los de sus compañeros y alumnos.

- **Material y métodos**

Basándonos en la Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas, fundada por D Federico en 1789, analizamos la personalidad del autor a través de los escritos de sus colaboradores. Es importante la lectura de autores como Laín Entralgo y Antonio Orozco Acuaviva, que dedicaron sus esfuerzos a estudiar la biografía y la importancia de la obra del Maestro.

D. Federico, que estudia Medicina en Cádiz y obtiene en 1850 una plaza en el Hospital Central de Sevilla, oposita a la plaza de primer cirujano de dicho hospital pero no la consigue debido a sus ideas políticas republicanas revolucionarias (a pesar de un brillante ejercicio); su ideología le lleva al exilio en Londres, lo cual influirá de forma decisiva en su vida; conoce al famoso cirujano Sir William Fergusson, con quien aprende técnicas quirúrgicas que eran osadas para la época, poniéndolas en práctica cuando vuelve a España: la ovariectomía (1860), la histerectomía (1861), la nefrectomía (1874), la laringuectomía total (1878). Coloca la cirugía de nuestro país a la altura de la europea. Desde 1875 hasta su muerte en 1902 se dedica a la actividad médica hospitalaria y privada, a la labor de investigación y a la labor publicística.

Funda la ya mencionada "Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas", una de las más importantes en la difusión de los conocimientos médicos en los países de habla hispana en el último tercio del siglo XIX y primero del XX (en palabras de D. Antonio Orozco).

De su vocación docente no hay duda; prueba de ello es la creación del Instituto Rubio (Instituto de Terapéutica Operatoria) en 1880, considerado "núcleo de formación de graduados, núcleo de cristalización del moderno especialismo quirúrgico en España" (Maganto Pavon, Congreso de la AEU de 1997) y la fundación de la Escuela de enfermeras de Santa Isabel de Hungría. Además estuvo ligado a la Institución Libre de Enseñanza de "intención pedagógica y reformadora"(Giner de los Ríos)

- **Conclusiones**

La importancia de D. Federico radica en la diversidad: actividad quirúrgica indiscutible, labor docente médica y enfermera mediante su Instituto, interés por dos disciplinas que comenzaban en el momento (histología y microbiología), preocupación por la sociopatología (carácter social de la medicina) y afán de inculcar en la población española la importancia de la educación de los hijos. Tal como se impulsaba desde la Institución Libre de Enseñanza, la creación de personas cultas que fueran capaces de producir cambios mediante sus ideas.

### **COMUNICACIÓN ORAL 50: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA DE BOLSILLO EN PATOLOGÍA UROLÓGICA.**

*J.L. Soler Soler (c), J. Hortelano Parras (c), G. López LLoret (ab), G. López Martínez (ab), S. López Palmero (ab), C. Ocete Martín (c), F. Diez García (ab)*  
CENTRO DE TRABAJO: Hospital Torrecárdenas

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La comercialización reciente de ecógrafos portátiles, que pueden transportarse en el bolsillo de la bata, permite la realización de ecografías a pie de cama y profundizar en los hallazgos obtenidos con la historia clínica y la exploración física en tiempo real, mejorando la toma de decisiones a la cabecera del paciente. El desarrollo e implantación de esta tecnología puede revolucionar la aproximación médico-paciente en los próximos años. Son particularmente útiles en la identificación de patología obstructiva urológica.

Los nuevos ecógrafos tamaño "de bolsillo" permiten disponer de una tecnología de alta precisión "en el instante" y "en cualquier lugar asistencial". La utilización de dispositivos de ecografía de bolsillo por el clínico (fonendo del Siglo XXI), creemos que aportará importantes ventajas a los pacientes, podrá reducir el número de exploraciones de imagen de rutina, y probablemente permita seleccionar las exploraciones de imagen necesarias (ECO, TAC, RMN), de una forma más eficiente.

- **Material y métodos**

En la realización de las ecografías se ha utilizado un dispositivo portátil con Doppler color, VSCAN de GE. Las principales características de estos ecógrafos de bolsillo son las siguientes: el dispositivo consta de una unidad que incluye la pantalla y las teclas de manejo (135x73x28 mm) y una sonda (120x33x26 mm), con un peso total de 390 gr, permitiendo su transporte en el bolsillo de una bata. La pantalla, orientada en vertical (3:4), de 8,9 cm (diagonal) tiene una resolución de 240 x 320 pixels. El ajuste de ganancia es automático para tres programas definidos (cardíaco, abdominal, ginecológico). La imagen se visualiza en escala de grises y en modo doppler color, pudiendo ajustarse con las teclas del cursor el brillo, profundidad y posición del doppler color. El ancho de banda de la sonda es 1,7 a 3,8 MHz. Con el VSCAN se pueden medir distancias durante la exploración. El aparato dispone de una sonda tipo sectorial y carece de modo M. Se ha utilizado el programa predefinido como abdominal para valoración de abdomen. Las imágenes, tanto fijas como en vídeo (secuencias de corta duración), se han archivado utilizando el programa de software que acompaña al dispositivo para PC (VSCAN Gateway). La edición de vídeo se realizó con Moviemaker (PC), Imovie (Mac) y Adobe Premiere 6 para Mac. Se ha utilizado gel de ecografía convencional aportado por el Servicio de Farmacia Hospitalaria.

Las ecografías se han realizado fundamentalmente en pacientes hospitalizados en Urología, Medicina Interna, Área de consultas y Urgencias, a la cabecera del paciente, en su propia cama. Las ecografías se realizaron durante la exploración física del paciente o inmediatamente después, en particular en aquellos pacientes en los que se detectó algún signo guía como: distensión abdominal, sospecha de ascitis, globo vesical, oligo-anuria, palpación de visceromegalias o masa abdominal. De forma preferente utilizamos el dispositivo de bolsillo en aquellos pacientes con movilidad reducida y en ancianos con mayor dificultad para el traslado a las Unidades de Radiodiagnóstico.

En la mayoría de los casos pudimos comparar los resultados obtenidos con el ecógrafo de bolsillo con las técnicas de imagen convencionales (ecografía abdominal, TAC), permitiendo analizar así la concordancia de los resultados obtenidos con ambas técnicas. Al tratarse de un procedimiento inocuo, no se plantearon contraindicaciones a su uso ni criterios de exclusión salvo la negativa de pacientes o familiares. Se desestimaron aquellas exploraciones que carecían de la calidad mínima necesaria debido a "mala ventana acústica" fundamentalmente por interposición de gas en abdomen con mala transmisión ultrasónica, o la carencia de visualización correcta de al menos dos planos en los cortes. Se informó oportunamente del procedimiento a los pacientes, y se ha guardado en todo momento la confidencialidad y el derecho a la intimidad. Finalmente, se recogieron resultados en relación a la satisfacción del usuario como control de calidad. Los resultados se analizaron con el programa SPSS versión 19. Se utilizó el Índice Kappa (porcentaje de acuerdo por encima del esperado por el azar) como test de concordancia. Se consideró un índice por encima del 80% como muy bueno; del 41 al 80%

como intermedio; y menor o igual al 40% como malo. Para variables continuas se usó la correlación de Spearman. Subdivisión de variables categóricas como: Leve, Moderada y Severa.

- **Resultados**

Durante un periodo de 24 meses, se han realizado exploración de riñón, vías urinarias y vejiga, con ecografía de bolsillo (GE VSCAN) a un total de 810 pacientes ingresados en nuestro hospital, dependientes del Servicio de Medicina Interna, Urología y otros Servicios Médicos y Quirúrgicos. El tiempo medio empleado en la exploración básica abdominal de 5 minutos.

- **Discusión**

En nuestro estudio, con el manejo de esta técnica por Urólogos, Internistas y Médicos de Familia, como un complemento a la exploración física, se obtiene un nivel de concordancia bueno o muy bueno en la mayoría de parámetros evaluados respecto a la ecografía convencional tras un proceso de aprendizaje del explorador. El dispositivo utilizado dispone de una única sonda sectorial, con un programa para abdomen, y a pesar de esta limitación técnica, la exploración con el VSCAN es muy útil en la detección de líquido ascítico, globo vesical y signos de hidronefrosis con una concordancia inferior en el despistaje tumoral y de litiasis renal. Por tanto, a nuestro juicio, es muy útil en una primera valoración del paciente, en urgencias o consulta. En todo caso la utilidad de la ecografía de bolsillo no es sustituir la realización de ecografías o TACs regladas sino añadir otros datos a los obtenidos en la historia y la exploración física de los pacientes, que permitan tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas más correctas y en menor tiempo.

- **Conclusiones**

La ecografía de bolsillo es un instrumento útil en la práctica diaria y la valoración de patología urológica, tanto para el urólogo como el médico generalista. Permite obtener información valiosa para la toma de decisiones, más allá de la exploración física, a pie de cama del paciente. Además es particularmente útil como ayuda en la valoración de hidronefrosis y globo vesical. La calidad de imagen obtenida con la ecografía de bolsillo es buena y suficiente para realizar una primera valoración ecográfica que puede adelantar un diagnóstico y no demorar un tratamiento.



## **COMUNICACIÓN POSTER 105: HIPERTENSIÓN MULTIFACTORIAL DE ETIOLOGÍA NEFROUROLÓGICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

*Koraichi Rabie Senhaji, Zakariae1. Soler Soler, José Luis2. Gonzalez Martínez, Francisco Javier1.*

*CENTRO DE TRABAJO: 1Servicio Nefrología. , 2Servicio Urología , Hospital Torrecárdenas. Almería*

### **RESUMEN:**

#### **• Material y métodos**

Paciente de 44 años, sin antecedentes de interés salvo hipertensión (HTA) de 10 años de evolución. Controlada con tres fármacos. Consulta por presentar, desde hace 4-5 meses, cifras de PA elevadas (160-180/95- 100 mmHg) con crisis hipertensivas frecuentes que motivaban ingreso en Urgencias. No presenta ingesta de antiinflamatorios no esteroideos ni historia de litiasis o infección urinaria, aunque sí dolor inguinal izquierdo crónico que atribuía a dismenorrea y para el que no se realizó ningún estudio. A la exploración destaca: índice de masa corporal 29 kg/m<sup>2</sup>, PA 167/94 mmHg, 87 lpm, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen globuloso y mínimo edema maleolar bilateral.

**Exploraciones complementarias:** ECG: ritmo sinusal 72 lpm; Sokolow < 35 mm; inversión asimétrica de onda T. Ecocardiograma: septo interventricular 12 mm. Rx de tórax normal. Fondo de ojo normal. Ecoabdomen: riñón derecho (RD) 13 cm diferenciación normal; riñón izquierdo (RI) 25 cm hidronefrótico, sin diferenciación cortico- medular.

–Análítica: hemograma y bioquímica básica normal. Actividad de renina plasmática (ARP) 1,35 ng/ml/h (rango normal radioinmunoensayo 0,2- 3,3 ng/ml/h). Orina: 0,11 g/24 h proteinuria, creatinina 161 mg/d, Na 241 mEq/l, excreción fraccional de Na 0,78 %. Sedimento: 5 hematíes/campo, 30 leucos/campo, nitritos negativo; aclaramiento de creatinina 113 ml/min.

–Angio-TAC: litiasis y ureterohidronefrosis izquierda máxima que provoca tracción de la arteria renal ipsilateral (figura 1).

–Gammagrafía-dimercaptosuccínico-tecnecio99: RD 100 %, RI 0 %.

Se diagnostica de HTA grado 2 de riesgo moderado, de etiología en principio renovascular y anulación funcional del RI, y se decide nefrectomía laparoscópica izquierda que cursa sin incidencias. La anatomía patológica de la pieza informó de riñón hidronefrótico de etiología litiásica, pielonefritis crónica en fase de agudización, pielonefritis aguda fibrinohemorrágica, quistes uriníferos y ureteritis crónica erosiva (figura 2).

No presentó deterioro de función renal tras nefrectomía. La PA descendió significativamente. En la actualidad, tras tres años de la intervención, la PA permanece bien controlada (automedida y MAPA) con lecanidipino 20 mg/día (10 mg en verano), y presenta 1,1 mg/dl de creatinina, aclaramiento

de 71 ml/min y proteinuria de 0,09 g/día. No ha vuelto a presentar dolor inguinal.

- **Discusión**

La litiasis renal es una de las causas que conducen al desarrollo de insuficiencia renal crónica. La forma asintomática es más frecuente de lo esperado, alcanzando un 11 % de prevalencia en un estudio realizado a potenciales donantes.

La patofisiología por la que esta paciente desarrolló HTA a los 34 años de edad la entendemos como multifactorial:

- a) el estiramiento de la arteria renal por tracción del riñón hidronefrótico provoca estenosis de esta, y con ello activación del sistema renina angiotensina-aldosterona (RAAS), de forma similar a lo ocurrido en algunos casos de ptosis renal.
- b) la litiasis renal condiciona un estado de uropatía obstructiva y con ello la formación de quistes uriníferos que comprimen el parénquima renal, activando también el RAAS; c) la inflamación intersticial como respuesta inmune a la infección urinaria reduce el área de los capilares peritubulares, dificultando el mecanismo de natriuresis por presión. Se entiende que la ARP de la paciente estaba en rango normal por su supresión en el riñón contralateral, además de que, en la mayoría de los individuos, esta cifra se encuentra normal una vez ya establecida la HTA.

Lo excepcional de nuestro caso es el desarrollo de HTA asociado a conjunción de uropatía obstructiva y al componente mecánico de la estenosis arterial.

### **COMUNICACIÓN ORAL 103: ASCITIS QUILOSA TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL: PREVENCIÓN Y MANEJO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

*Jiménez López I, Caballero Cobos R, Domínguez Molinero JF, García Valverde A, Barahona Centeno K, Pujadas Martínez M, Bel Rincón J, Rodríguez Rincón JP, García Ramos JB, Pedrajas de Torres G, Funes Padilla C, Déniz Cubas A, Gómez Velázquez M, Linares Armada RM*

*CENTRO DE TRABAJO: UGC Intercentros Urología Complejo Hospitalario Huelva*

#### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La ascitis quillosa es una complicación poco frecuente tras la nefrectomía radical que consiste en aparición, precoz o tardía, de aumento del perímetro

abdominal debido al acúmulo de linfa a nivel intraabdominal (de origen torácico o abdominal)

- **Objetivo**

Describir el adecuado diagnóstico precoz y manejo terapéutico de una complicación poco frecuente

- **Material y métodos**

A partir de la aparición de dos casos clínicos se realiza una extensa búsqueda bibliográfica para ampliar conocimiento sobre el adecuado manejo (médico e intervencionista) de dicha complicación, aplicando las recomendaciones de la literatura a nuestros pacientes.

- **Resultados**

Nuestros dos casos evolucionaron de forma satisfactoria con tratamiento médico, sin precisar de intervención quirúrgica, cesando el acúmulo de quilo intraabdominal.

- **Conclusiones**

La ascitis quilosa es una complicación poco frecuente que debemos conocer para poder diagnosticar y tratar de forma adecuada. La mayoría de los pacientes evolucionan de forma satisfactoria con tratamiento médico.

## **COMUNICACIÓN POSTER 96: HEMANGIOMA ANSTOMOSANTE DE RIÑÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

*Rivero Esteban, JA; Molina Díaz, P; Morales Jiménez, P; García Galisteo, E; Soler Martínez, J; Baena González, V.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

El hemangioma anastomosante es una rara entidad recientemente descrita, variante benigna de tumores vasculares, que afecta exclusivamente al tracto genitourinario con una predilección particular por el riñón. La evidencia apoya que se trata de una lesión benigna y que probablemente no es tan inusual.

- **Material y métodos**

Paciente varón de 63 años HTA, DL, asmático y HBP; intervenido de carcinoma basocelular y en tratamiento habitual con antihipertensivos, adiro, lorazepam y terbasmán.

Acude a consulta por sintomatología miccional y dolor en fosa renal derecha de un mes de evolución, asociado a un episodio aislado de hematuria macroscópica, sin otra clínica añadida. Exploración física anodina.

Tras descartar el diagnóstico de ITU y litiasis, se realiza ecografía abdominal, donde se evidencia una tumoración bien delimitada, de 7 x 6 x 6.5 cm, discretamente hiperecogénica con áreas quísticas en su interior. Posteriormente se completa estudio con TC abdomen con contraste, que describe LOE de 10 cm cortical-lateral con crecimiento al espacio perirrenal y en amplio contacto con la fascia, sin afectación vascular, compatible con Tumor renal derecho.

Se decide Nefrectomía radical derecha laparoscópica, enviándose la pieza a anatomía patológica para confirmar el diagnóstico histológico. Durante el postoperatorio el paciente presenta buena evolución, siendo dado de alta al tercer día de ingreso con leve deterioro de creatinina, en cifras de 1.7 mg/dl.

Es revisado en consulta a las 4 semanas, refiriendo únicamente molestias en zona de la herida quirúrgica que presenta buen estado, detectándose discreta mejoría de la función renal (creatinina 1.4 mg/dl) y cifras normales de fosfatasa alcalina.

El resultado anatomopatológico confirma la existencia de "Hemangioma Anastomosante de riñón que no rebasa la cápsula renal, con márgenes quirúrgicos negativos". La inmunohistoquímica es positiva para los marcadores CD31, CD34 y vimentina; y negativa al melan A, HMB45, c-kit, glut-1, KAE1-AE3, D240, actina y desmina. Macroscópicamente se describe como una tumoración binodular de color pardo oscuro con aspecto hemorrágico, que no decapsula.

Dado el carácter benigno de la lesión se decide seguimiento en 6 meses, con analítica de sangre y ecografía abdominal.

- **Discusión**

El hemangioma anastomosante es una rara entidad recientemente descrita, variante benigna de tumores vasculares, que afecta exclusivamente al tracto genitourinario con una predilección particular por el riñón. Existen 19 casos descritos en la literatura, cuya terminología se debe a la presencia microscópica de un patrón sinusoidal similar al parénquima esplénico, que podría confundir con angiosarcoma.

Su histogénesis es incierta, siendo más frecuente en el varón, entre la quinta y sexta década de la vida, desarrollándose en un 37% en el contexto de la enfermedad renal terminal.

En la mayoría de los casos se detecta incidentalmente y su diagnóstico definitivo se basa fundamentalmente en el aspecto histopatológico y características inmunofenotípicas, que confirman su origen endotelial. Dado que comparte la presentación clínica y hallazgos radiológicos de un tumor maligno, es difícil hacer un diagnóstico diferencial antes de la cirugía, siendo la nefrectomía la opción de tratamiento preferida (5).

A pesar de que no existen datos publicados de seguimiento a largo plazo, la evidencia apoya que se trata de una lesión benigna (2,3) y que probablemente no es tan inusual.

- **Conclusiones**

Los Hemangiomas anastomosantes son una entidad benigna poco frecuente de afectación exclusiva del aparato genitourinario con alta predilección por el riñón en la que es difícil hacer un diagnóstico diferencial con respecto a tumores malignos dado que comparte con estos últimos presentación clínica y hallazgos radiológicos. Por tanto el diagnóstico definitivo lo marca el aspecto histopatológico y las características inmunofenotípicas.

## **COMUNICACIÓN POSTER 89: MANEJO QUIRÚRGICO DE LA TROMBOSIS TUMORAL ASOCIADA A PATOLOGÍA URO-ONCOLÓGICA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

*García del Pino, M.J; Cantero Mellado, J.; Yañez Gálvez, A., Carmona Sánchez, E., Del Rio González, S.; Herrera Imbroda, B.; Machuca Santa-Cruz, F.J. CENTRO DE TRABAJO: HUVV. Málaga.*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La trombosis tumoral de vena cava y/o aurícula derecha secundaria a patología renal o testicular maligna es susceptible de tratamiento quirúrgico radical con intención curativa a pesar de su morbimortalidad. Es importante un adecuado estudio preoperatorio y un abordaje multidisciplinar.

- **Objetivos**

Presentar nuestra experiencia quirúrgica en el manejo de la trombosis tumoral de vena cava y/o aurícula derecha asociada a patología tumoral maligna.

- **Material, métodos y resultados**

Análisis y revisión de 17 casos de trombosis tumoral secundaria a cáncer renal y testicular. Se analizan 3 casos de cáncer renal con trombosis de vena cava y aurícula derecha, 2 casos de cáncer renal con trombosis intrahepática, 2 casos de masa retroperitoneal residual postquimioterapia con trombosis de cava infra y suprarrenal y 10 casos de cáncer renal con trombo en vena renal y cava inferior.

Para el abordaje de la trombosis de vena cava inferior con extensión auricular se realizó cirugía extracorpórea en todos los casos. La resolución de los casos de trombosis intrahepática se realizó mediante abordaje transperitoneal, transdiafragmático e intrapericárdico. En los casos de afectación trombotica de la vena cava secundaria a masa residual retroperitoneal, la resolución requirió cavectomía, en los casos de afectación infrarrenal, y abordaje intrapericárdico, en los casos de afectación infra y suprarrenal. En los casos de cáncer renal con afectación trombotica tumoral de vena renal y cava inferior, se realizó una trombectomía con control vascular superior e inferior.

- **Conclusiones**

Para la resolución de la trombosis tumoral asociada a patología tumoral urológica maligna es fundamental una adecuada del abordaje quirúrgico así como un óptimo manejo preoperatorio.

## **COMUNICACIÓN ORAL 86: : REVISIÓN PICTOGRÁFICA DE LA CISTOURETROGRAFÍA MICCIONAL SERIADA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE GRANADA.**

*Díaz Convalía E.; Noguerras Ocaña, M.; Domínguez Amillo A.; Tinaut Ranera, J.; Valderrama Illana, P.; Canales Casco N.*

*CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario San Cecilio (Granada)*

### **RESUMEN:**

- **Introducción**

La cistouretrografía miccional seriada es una prueba de imagen que permite al urólogo diagnosticar gran cantidad de patología propia tanto congénita como adquirida. En esta revisión exponemos el abanico de patología diagnosticada en nuestro centro así como un análisis estadístico descriptivo que relacione la imagen con datos clínicos y epidemiológicos de interés.

- **Material y métodos**

Se ha realizado, con la colaboración del Servicio de Radiodiagnóstico, una búsqueda a través de su programa informático de las peticiones de cistouretrografía miccional seriada realizadas desde el 1 de Mayo de 2012

hasta el 30 de Abril de 2014 y se han agrupado los 138 casos según el diagnóstico por la imagen en 5 grupos: estenosis de uretra, reflujo vesico-ureteral, malformaciones, fístulas y miscelánea. Para todos ellos se recogen variables comunes: sexo, edad, antecedentes urológicos previos ( sondaje vesical/dilatación previa, RTUvesical/prostática y cirugía abierta uretro-vesical) y enfermedades asociadas. Para cada grupo se recogen variables específicas: estenosis de uretra ( número, tipo y longitud,), RVU (tipo y grado), fístulas (número, tipo y cirugía/radioterapia pélvica) y malformaciones ( tipo, número y nivel) que se analizan con el programa estadístico SPSS 21.

- **Resultados**

Se recogen un total de 138 casos de los cuales hay 63 estenosis de uretra (45,5%) con una media edad de 51 años sin antecedentes de instrumentación/ cirugía uretra-vesical en el 62% de los casos. El 77% presenta una sola estenosis, el lugar más frecuente es uretra bulbar (36%) y el 63.4% no rebasan los 2cm de longitud. Hay 56 casos de RVU (40,57%) con una media de edad de 10 y ligeramente más frecuente en el sexo femenino (56%), el 60,71% son unilaterales y el 34% son grado IV. Se recogen 10 casos de fístulas (7,24%) siendo la más frecuente la uretro-rectal (35%), 3 malformaciones y 5 en miscelánea (3,62%).

- **Conclusiones**

Las patologías que con más frecuencia se diagnostican con la cistouretrografía miccional seriada son la estenosis de uretra y el reflujo vesico-ureteral así como las fístulas uretrales sin necesidad de realizar pruebas adicionales por lo que continua siendo una importante herramienta diagnóstica para el urólogo.

## **COMUNICACIÓN POSTER 84: TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE HEMORRAGIAS RENALES TRAUMÁTICAS Y ATRAUMÁTICAS.**

*Soler Soler, J.L.; Molina Hernández, J.M.; Hortelano Parras, J.; López Martínez, L.\*; Díaz Lucas, E.\*; Ocete Martín, C.*

*CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología\* Servicio de Radiología. H. Torrecárdenas. Almería*

### **RESUMEN:**

En los últimos años está incrementándose el tratamiento endovascular de las hemorragias renales tanto de causa traumática como atraumática, como alternativa a la cirugía, principalmente en pacientes inestables hemodinámicamente o con comorbilidad.

En el último año, en nuestro centro, se han realizado 4 de hemorragia renal, de causa traumática en 1 caso y atraumática en 3 (pacientes con lesión renal subyacente).

Se realiza arteriografía con embolización selectiva de las ramas causantes de la hemorragia, respetando así el resto de la vascularización renal.

Existen múltiples materiales de embolización, adaptados al vaso a tratar y a las condiciones clínicas del paciente.

Este tratamiento muestra menor número de complicaciones que la cirugía, con la preservación de la mayor parte del parénquima renal.





**PATRONOS**

---

# Patronos de la Asociación Andaluza de Urología



abbvie



astellas  
Leading Light for Life



gsk  
GlaxoSmithKline



[www.congresoaaau2014.com](http://www.congresoaaau2014.com)