

## **XXVI Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología**

Sesión: Sesión de comunicaciones A

Sala: Menor; Día: viernes 8; Hora: 15:30-16:15

---

### **C-1: ¿Qué nos aporta la resonancia magnética nuclear antes de la prostatectomía radical robótica?**

Salvatierra Salvatierra, J.; Umpiérrez Estupiñán, Z. C; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustin, J. A.; Gómez Aristizabal, A. L.; Alonso Bragado, J.; Herrero Garrido, M.; Martín Parada, A.; Herrero Polo; M.; Lorenzo Gómez; M. F.

*Servicio Urología Hospital Universitario de Salamanca.*

### **C-2: SELECCIÓN DE CANDIDATO IDÓNEO PARA ESTUDIO GENÉTICO DE MUTACIONES ASOCIADAS A CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA**

Tapia Herrero, A.M.; Ferrer López, A.I.; Portilla Mediavilla, L.; Gala Solana; L.; Mediavilla Díez, E.; Pascual Fernández, A.; Romaní Castro, R.; Sánchez Estébanez, E.; Moreno Arias, M.; Campanario Pérez, F.

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia*

### **C-3: Evaluación inicial de la calidad de vida y la adherencia terapéutica en pacientes tratados con Relugolix en nuestro centro**

López Sierra, A; Sánchez Rodríguez, A; Armisén Jiménez, C; China Arriaga, E; Portella Fontana, P; Polvorinos García, L; Rodríguez Cruz, I; Díaz Romero, J.M.; Prieto Nogal, S.B.; Martín Hernández, M

*Complejo Asistencial de Ávila*

### **C-4: PRIMEROS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE AVANZADO EN TRATAMIENTO CON RELUGOLIX EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN**

García Santos, J.J.; García Sanz, M.; Rodríguez Lozano, L.; Vallecillo Encinas, P.; Cividanes Uhagón, I.; Lorenzo Sanz, M.; Fernández-Samos Fernández, D.; Palacios Mena, E.; De Arriba Alonso, M.; Alonso Prieto, M.A.

*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.*

### **C-5: Resultados funcionales de RS-RARP frente a S-RARP en pacientes con cáncer de próstata**

Carrasco García F; Pérez Pérez A; Diaconu MG; Hernández García JM; Vaquero Caballero PJ; Boyero Polo P; Olivos Bayeto DA; Camprubí Polo C; Gutiérrez Mínguez E

*HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS*

### **C-6: ¿Conocemos lo que tratamos? Análisis de los factores relacionados con el tratamiento del cáncer de próstata y su evolución en un hospital de cuarto nivel.**

Arqued Sanagustín, J.A.; Gabriel Mateos, A.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizabal, A.L.; Sánchez Sánchez, P.; Cubillo Jiménez, J.; Herrero Polo, M.; Polo López; C.A.; Diego García, V.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca*

---

**V-7: PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE RETZIUS Y REIMPLANTE DE MEGAUÉRTER ECTÓPICO**

Boyero Polo, P.; Diaconu, M.G.; Montero Torres, J.; Pérez Pérez, Á.; Vaquero Caballero, P.J.; Carrasco García, F.; Olivos Bayeto, D.A.; Serrano Bartolomé, J.M.; Blanco Martín, E.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

**¿Qué nos aporta la resonancia magnética nuclear antes de la prostatectomía radical robótica?**

Salvatierra Salvatierra, J.; Umpiérrez Estupiñán, Z. C; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustin, J. A.; Gómez Aristizabal, A. L.; Alonso Bragado, J.; Herrero Garrido, M.; Martín Parada, A.; Herrero Polo, M.; Lorenzo Gómez, M. F.  
*Servicio Urología Hospital Universitario de Salamanca.*

**INTRODUCCIÓN:**

La resonancia magnética de próstata (RMN) ha emergido como una herramienta fundamental en la evaluación y tratamiento del cáncer de próstata, proporcionando información que mejora la selección de pacientes para prostatectomía radical robótica (PRR). Esta técnica no solo optimiza la detección y localización de lesiones, sino que también se asocia con mejores resultados quirúrgicos y pronósticos, así como minimiza complicaciones. Los objetivos del estudio son averiguar si la categorización PIRADS influye en los resultados quirúrgicos y en el pronóstico de la enfermedad en pacientes intervenidos de PRR.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio multicéntrico prospectivo observacional. N: 1136 pacientes intervenidos de PRR, en el Hospital Universitario de Salamanca y Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid entre Enero de 2011 y Septiembre de 2022. Grupos de estudio según resultado oncológico: Grupo success (GS) con resultados de curación y Grupo recurrence (GR) con resultados de no curación. Variables más relevantes: Edad, IMC, PSA pre-tratamiento, volumen prostático, PSA primer mes tras cirugía, porcentaje de volumen afectado, URO RMN, estadiaje con RMN, PIRADS, complicaciones quirúrgicas, estadio tumoral TNM, Gleason score, afectación de márgenes. Estadística descriptiva y análisis multivariante de regresión logística. Significación estadística para  $p < 0,05$ .

**RESULTADOS:**

Edad media de 63,37 años. Análisis multivariante: a menor estadios tumorales T3, mayor éxito en la cirugía ( $p < 0,05$ ); a menor presencia de estadio T3 en RMN y de conversión a cirugía abierta, menor probabilidad de recidiva ( $p < 0,05$ ); a menor presencia de estadio T3, menor probabilidad de PIRADS 4-5 ( $p < 0,05$ ); a menor incontinencia, menor probabilidad de PIRADS 4-5; a mayor PSA, mayor probabilidad de PIRADS 4-5.

**CONCLUSIONES:**

La categorización PIRADS de la RMN influye en el manejo del cáncer de próstata y ayuda a la mejora de los resultados de la prostatectomía radical robótica. PIRADS 3 se asocia con más éxito en la curación. PIRADS 4 y 5 implica un menor tiempo entre la biopsia diagnóstica y la PRR y se asocia a estadio tumoral T3.

**PALABRAS CLAVES.** Prostatectomía radical robótica (PRR), Resonancia magnética nuclear (RMN).

**SELECCIÓN DE CANDIDATO IDÓNEO PARA ESTUDIO GENÉTICO DE MUTACIONES ASOCIADAS A CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE PALENCIA**

Tapia Herrero, A.M.; Ferrer López, A.I.; Portilla Mediavilla, L.; Gala Solana; L.; Mediavilla Díez, E.; Pascual Fernández, A.; Romaní Castro, R.; Sánchez Estébanez, E.; Moreno Arias, M.; Campanario Pérez, F.

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia*

**Introducción**

El asesoramiento genético en pacientes con cáncer de próstata (CaP) busca identificar a los pacientes portadores de mutaciones heredadas que puedan influir en el futuro manejo de su cáncer o que puedan asociarse con otros tumores adicionales, así como en el cribado de cáncer en otros miembros de la familia. El objetivo de nuestro estudio es detectar qué candidato puede ser el mejor probando para realizar el estudio genético.

**Material y métodos**

Pacientes con diagnóstico de CaP y alguno de los siguientes criterios: menos de 60 años, CaP de alto, muy alto riesgo o metastásico, con patrón cribiforme y/o al menos 2 familiares con antecedentes oncológicos o afectación BRCA1-2 conocido. Los pacientes aportan un árbol genealógico incluyendo 2 generaciones de ascendientes y descendientes, donde se definen quienes son los familiares afectos de cáncer de cualquier tipo, edad, edad al diagnóstico, fallecimiento y causa de fallecimiento, si procede. Dentro de los criterios para determinar al candidato como probando óptimo se incluyen el diagnóstico de CaP u otros tipos de cánceres asociados, la presencia de 1 o más cánceres concomitantes y la edad del candidato.

**Resultados**

Los 20 pacientes analizados desde agosto de 2023 hasta la actualidad presentan una media de 6,5 afectados de cáncer en la familia (+/- 3,15 DS). En 13 de los casos, de 1 a 4 familiares compartían el diagnóstico del mismo tipo de cáncer. En 7 casos, de 1 a 5 familiares estaban afectados por otro tipo de cáncer de forma concomitante. De los posibles candidatos entre los familiares, en 18 casos éstos presentan una edad superior a la del paciente. De los 2 casos con edad inferior a la del paciente, sólo 1 de ellos estaba vivo en el momento de realizar el estudio, por lo que, el 95 % de los posibles probandos coinciden con el paciente que consulta.

**Conclusión**

En la mayoría de los casos, el paciente resulta ser el mejor probando para realizar el estudio genético, aunque se deben tener en cuenta las limitaciones legales que impiden optar por otros familiares.

**Evaluación inicial de la calidad de vida y la adherencia terapéutica en pacientes tratados con Relugolix en nuestro centro**

López Sierra, A; Sánchez Rodríguez, A; Armisen Jiménez, C; Chinea Arriaga, E; Portella Fontana, P; Polvorinos García, L; Rodríguez Cruz, I; Díaz Romero, J.M.; Prieto Nogal, S.B.; Martín Hernández, M

*Complejo Asistencial de Ávila*

**INTRODUCCIÓN:**

Tradicionalmente, los análogos inyectables de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), como la leuprolida, han sido el estándar de tratamiento en la supresión androgénica. Sin embargo, estudios recientes, como el HERO, respaldan el uso de relugolix (antagonista de GnRH) vía oral, mostrando una supresión de testosterona superior a la leuprolida, con menor incidencia de efectos vasculares y mayor recuperación de testosterona tras la discontinuación del tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

El objetivo principal del estudio es evaluar la tolerancia y adherencia terapéutica al relugolix en 12 pacientes diagnosticados de cáncer de próstata, en seguimiento en las consultas de urología del Complejo Asistencial de Ávila. Además, se busca valorar el impacto del tratamiento en la calidad de vida mediante cuestionarios específicos.

Para ello, se lleva a cabo un estudio observacional longitudinal. La calidad de vida se evalúa con el cuestionario Aging Male Symptoms Scale (AMSS), mientras que la adherencia terapéutica se determina con el Cuestionario de Morisky de 4 ítems (MMAS-4), ambos utilizados a los 3 y 6 meses de seguimiento.

**RESULTADOS:**

La media de edad de nuestros pacientes es de 87,16 años, con un estado funcional aceptable, evidenciado por un ECOG medio de 1.8. Ocho pacientes presentan polifarmacia, y el 100% tiene al menos una patología relacionada con el síndrome metabólico. El 66,66% de la muestra cuenta con un diagnóstico clínico de cáncer de próstata, y el PSA medio al diagnóstico es de 37,66 ng/mL. Todos los pacientes alcanzan niveles de castración de testosterona a los 3 y 6 meses.

La puntuación media del cuestionario AMSS es de 36,08, lo que indica una adecuada tolerancia al tratamiento, mientras que el 100% de los pacientes muestra alta adherencia, según el cuestionario validado MMAS-4. Ninguno de ellos abandona el tratamiento, y 3 reportan efectos adversos, siendo el sofoco el más frecuente. La satisfacción global se evalúa con una mediana de 8 puntos sobre 10

**CONCLUSIÓN:**

En base a nuestros resultados, el relugolix oral demuestra ser una terapia bien tolerada y con alta adherencia en pacientes de avanzada edad, lo que respalda su uso y su impacto positivo en la calidad de vida.

**PRIMEROS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE AVANZADO EN TRATAMIENTO CON RELUGOLIX EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LEÓN**

García Santos, J.J.; García Sanz, M.; Rodríguez Lozano, L.; Vallecillo Encinas, P.; Cividanes Uhagón, I.; Lorenzo Sanz, M.; Fernández-Samos Fernández, D.; Palacios Mena, E.; De Arriba Alonso, M.; Alonso Prieto, M.A.

*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN.*

**INTRODUCCIÓN:** Relugolix es un fármaco aprobado recientemente en España para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de próstata hormonosensible avanzado. Se trata de un antagonista del receptor de la GnRH que actúa a nivel hipofisario, impidiendo la secreción de las hormonas luteinizante (LH) y folículo estimulante (FSH) y con ello, reduce los niveles de testosterona por debajo de las concentraciones fisiológicas. Su administración es oral: 120 mg cada 24 horas, con una dosis de carga el primer día de 360 mg. El objetivo de este trabajo es estudiar el comportamiento clínico-analítico de los pacientes durante los primeros meses de tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** en una muestra de 26 pacientes bajo este tratamiento desde febrero hasta septiembre de 2024, se analizan al mes y a los tres meses, datos bioquímicos, percepción de dolor oncológico, calidad de vida y efectos secundarios.

**RESULTADOS:** la edad media de la muestra es de 76 años y la mediana de PSA se sitúa en 17,7 ng/ml. Al mes, este valor descendió hasta 2,6 ng/ml con una mediana de testosterona de 0,135 ng/ml. Tras una mediana de seguimiento de 3,76 meses, la mediana de PSA descendió hasta 1,28 ng/ml con una mediana de testosterona de 0,105 ng/ml, junto a un mantenimiento de la calidad de vida según la escala ECOG y una mejoría en la percepción de dolor oncológico según la escala EVA de al menos un punto en hasta un 34%. No se objetivaron efectos adversos graves (grado  $\geq 3$ ) según la clasificación CTCAE.

**CONCLUSIONES:** Relugolix es un novedoso antagonista del receptor de la GnRH vía oral, que consigue una supresión rápida y sostenida de testosterona sin incremento inicial de la misma. Asocia una reducción precoz de PSA con estabilidad o incluso mejoría de la calidad de vida y percepción de dolor oncológico en los primeros meses. Se necesita un mayor tamaño muestral y un tiempo seguimiento más prolongado para estudiar parámetros de progresión de la enfermedad y supervivencia, en comparación con los análogos de LHRH.

**Resultados funcionales de RS-RARP frente a S-RARP en pacientes con cáncer de próstata**

Carrasco García F; Pérez Pérez A; Diaconu MG; Hernández García JM; Vaquero Caballero PJ; Boyero Polo P; Olivos Bayeto DA; Camprubí Polo C; Gutiérrez Mínguez E

*HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS*

**Introducción y objetivos:**

La prostatectomía radical robótica con preservación de Retzius (RS-RARP) descrita por Galfano et al. preserva estructuras importantes para la continencia y función sexual. Diversos estudios han mostrado resultados oncológicos similares asociados a mejoría de la continencia urinaria precoz respecto a la técnica estándar (S-RARP). La evidencia sobre la mejora de la continencia a largo plazo sigue siendo controvertida. Por ello, se pretende evaluar la continencia urinaria al mes, seis y doce meses, en pacientes intervenidos por la técnica RS-RARP respecto a la técnica S-RARP. Como objetivos secundarios está investigar si la RS-RARP tiene mejor función sexual, mayor riesgo de márgenes quirúrgicos positivos (PSM) y mayor recidiva bioquímica al año.

**Metodología:**

Se realiza un estudio observacional analítico retrospectivo realizado en el Hospital Universitario de Burgos. Para ello, se han recogido las variables de interés de 59 pacientes con cáncer de próstata intervenidos mediante RARP desde noviembre del 2022 hasta noviembre del 2023, seguidos durante un año. Se ha realizado tanto un análisis descriptivo como un análisis de asociación de los resultados funcionales según intervención.

**Resultados:**

El 45,8% de los pacientes fue sometido a RS-RARP. La continencia urinaria completa o casi total al mes fue del 92,3% de pacientes intervenidos de RS-RARP frente al 46,9% de los intervenidos de S-RARP. A los seis meses la continencia fue del 96,15% en RS-RARP y 75% en S-RARP respectivamente. La diferencia fue estadísticamente significativa al mes y seis meses, perdiéndose la significación a los doce meses. Asimismo, se objetivaron diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a los PSM. No se observaron diferencias en lo que respecta a la función sexual y a la recidiva bioquímica.

**Conclusiones:**

La RS-RARP parece mejorar la continencia urinaria precoz hasta los seis meses desde la intervención, respecto a la técnica S-RARP. No se ha podido confirmar que la RS-RARP mejore la continencia urinaria a los 12 meses ni la función sexual durante el primer año. La RS-RARP puede elevar el riesgo de PSM respecto a la técnica estándar.

**Palabras clave:** cáncer de próstata, prostatectomía radical asistida por robot, preservación de Retzius, márgenes quirúrgicos, continencia urinaria.

**¿Conocemos lo que tratamos? Análisis de los factores relacionados con el tratamiento del cáncer de próstata y su evolución en un hospital de cuarto nivel.**

Arqued Sanagustín, J.A.; Gabriel Mateos, A.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizabal, A.L; Sánchez Sánchez, P.; Cubillo Jiménez, J.; Herrero Polo, M.; Polo López; C.A.; Diego García, V.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca*

**Introducción:**

El cáncer de próstata es el segundo en incidencia en nuestro medio y el cuarto en cuanto a mortalidad cáncer-específica. La investigación en dicho campo aumenta de forma exponencial y con ello la posibilidad de tratamientos. Objetivo. Valorar las variables relacionadas con los tratamientos del cáncer de próstata y su evolución.

**Material y método:**

Estudio observacional prospectivo de 394 pacientes tratados de ADC de próstata en el Hospital de Salamanca.

Grupo early treatment (GE) tiempo diagnóstico-tratamiento <30 días (n=199); grupo delayed treatment (GD) tiempo diagnóstico-tratamiento >30 días (n=195).

Variables: edad, características del tumor y paciente, tratamiento recibido, PSA, IMC, evolución oncológica, supervivencia y tiempo de evolución. Estadística descriptiva y análisis multivariante, significación para  $p < 0,05$ .

**Resultados:**

Media de edad 75 años SD+/- 9años. IMC promedio 26,3 SD+/-3,6. Mediana de PSA pretratamiento 9ng/ml (rango 0,01 a 86ng/ml). Mediana de tiempo entre diagnóstico y tratamiento 30 días (rango 1 - 2206días). El 94,92% de los pacientes seguían vivos y un 6,08% exitus, sin diferencia entre grupos. Un 43% de los pacientes de GE tenían enfermedad activa frente a un 21% de enfermedad activa en GD, debido a que el tratamiento que con TDA se iniciaba más precozmente que la cirugía.

Para Gleason 6(3+3) mayor tiempo entre diagnóstico al tratamiento ( $p=0,009$ ). Tratamiento con TDA 8,2 mayor probabilidad de peor evolución ( $p=0,02$ ). A mayor presencia de Gleason 8(4+4) y estadio M1b mayor mortalidad cáncer específica.

A menor tratamiento inicial con radioterapia externa, los pacientes tienen 0.19 mayor probabilidad de estatus vivo ( $p=0.008$ ), es decir, a mayor tratamiento inicial con radioterapia externa, mayor es el exitus.

**Conclusiones:**

1. La supervivencia global cáncer-específica del adenocarcinoma de próstata en nuestro centro es del 94.92%, con una mortalidad cáncer específica del 4.31%.
2. El 50.5% de los paciente diagnosticados de novo recibe tratamiento antes de 30 días. El tratamiento más precoz es la hormonoterapia y el más tardío la cirugía, sin diferencias en el pronóstico entre grupos.
3. Los pacientes tratados con radioterapia como primera opción, presentaban un peor pronóstico frente a los tratados con prostatectomía radical.



**PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE RETZIUS Y REIMPLANTE DE MEGAURÉTER ECTÓPICO**

Boyero Polo, P.; Diaconu, M.G.; Montero Torres, J.; Pérez Pérez, Á.; Vaquero Caballero, P.J.; Carrasco García, F.; Olivos Bayeto, D.A.; Serrano Bartolomé, J.M.; Blanco Martín, E.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

**INTRODUCCIÓN:**

La prostatectomía radical con preservación de Retzius representa una técnica que destaca mayoritariamente por los buenos resultados funcionales, especialmente en la continencia urinaria inmediata y precoz. Permite resolución de patologías concomitantes como diverticulectomías y reimplantes ureterales por la misma vía de abordaje.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos un caso de prostatectomía radical con preservación de Retzius sobre una próstata de 90cm<sup>3</sup>, duplicidad ureteral derecha completa y megauréter que desemboca a nivel de la uretra prostática.

**RESULTADOS:**

La cirugía se llevó a cabo mediante el sistema da Vinci X, con colocación transversal convencional de los trócares. Iniciamos con la disección de las vesículas seminales por el fondo de saco de Douglas seguido de la liberación del megauréter derecho que se desinserta en su punto más caudal (uretra prostática a nivel de cuello vesical). Se concluye con la prostatectomía radical con preservación de Retzius, y una vez realizada la anastomosis pertinente se lleva a cabo el reimplante directo a vejiga del megauréter. El tiempo quirúrgico fue de 210 minutos y el sangrado estimado de 500 mL. Se retiró la sonda vesical tras 14 días de la intervención. La estancia hospitalaria fue de 3 días, sin complicaciones postoperatorias. En el seguimiento posterior el paciente presenta buena continencia precoz y ausencia de sintomatología urinaria derivada del reimplante ureteral, mostrando niveles de PSA indetectables. La anatomía patológica reveló un pT2 G2 R1.

**CONCLUSIÓN:**

La prostatectomía radical con preservación de Retzius asistida por robot permite abordar próstatas de gran volumen con buena conservación de cuello y tratar patologías concomitantes (como divertículos, reimplantes ureterales, etc.) en el mismo acto y por la misma vía posterior.