

XXVI Congreso de la Asociación de Castellano-Leonesa de Urología

Sesión: Exposición permanente

Sala: Exposición permanente; Día: viernes 8 y sábado 9; Hora: permanente

P-28: ¿Son eficaces y seguras las inyecciones de toxina botulínica para el tratamiento de la vejiga hiperactiva refractaria en pacientes añasas? Análisis comparativo según grupo de edad.

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Valsero Herguedas, E.; Gutiérrez Ruiz, C.B; Cepeda Delgado, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

P-29: Análisis de los factores relacionados con la incontinencia urinaria tras prostatectomía radical.

Alonso Bragado, J.; Pérez García, S.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Salvatierra Salvatierra, J.; Martín Parada, A.; Palacios Hernández, A.; Eguíluz Lumbreras, P.; Lorenzo Gómez, M.F.
Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

P-30: Papel del ácido hialurónico endovesical en las ITUs de repetición.

Gómez Aristizábal, A.L.; Martín Luxen, P.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Sánchez Sánchez, P.; Sánchez Moyano, C.; Salvatierra Salvatierra, J.; Domínguez Fernández, M.H.; Márquez Sánchez, M.T.; Lorenzo Gómez, M.F.
Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

P-31: Resultados oncológicos, perioperatorios y funcionales de la nefrectomía parcial robótica para el tratamiento de masas renales complejas. Experiencia en nuestro centro.

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Manso Aparicio, C.; Valverde Martínez, L.S.; Cepeda Delgado, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

P-32: MANEJO MÉDICO DE LA PROSTATITIS CRÓNICA Y PERFIL DE LOS PACIENTES.

Herrero Garrido, M.; García Jiménez, E.; Arqued Sanagustín, J.A.; Urrea Serna, C.; Gómez Aristizabal, A.L; Cubillo Jiménez, J; Sánchez Sánchez, P.; Polo López, C.A.; Diego García, V.; Lorenzo Gómez, M.F.
Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

P-33: Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata con tratamiento médico en un área de Salud de Salamanca

Urrea Serna, C.; Márquez Sánchez, G.A.; Sánchez Sánchez, P.; Márquez Sánchez, M.T.; Szczesniewski Dudzik, J.J.; Arqued Sanagustín, J.A.; Cubillo Jiménez, J.; Gómez Aristizábal, A.L.; Herrero Polo, M.; Lorenzo Gómez, M.F.
Hospital Universitario de Salamanca.

P-34: NEFRECTOMÍA PARCIAL CON ABORDAJE TRANSVERSAL TRANSPERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT - NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.

Diaconu, M.G.; Boyero Polo, P.; Blanco Martin, E.; Hernandez García, J.M.; Vesga Molina, F.; Perez Perez, A.; Vaquero Caballero, P.; Carrasco García, F.; Serrano Bartolomé, J.M.; Gutierrez Minguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

P-35: Nefrectomía parcial robótica en el Hospital de León: caracterización demográfica, complicaciones y resultados oncológicos.

Vallecillo Encinas, P.; García Santos, JJ.; Rodríguez Lozano, L.; Cividanes Uhagón, I.; Lorenzo Sanz, M.; García Sanz, M.; Alonso Prieto, MA.

Complejo Asistencial Universitario de León

P-36: Infarto Testicular Segmentario

Verónica Gómez Sanz; Alejandro Reviriego Barrus; María Sendros Gálvez; Wilmer Gerardo Martínez Pinilla; Carmen Marfil Peña; Mari Cruz Marrón Penon; Carlos Eduardo Guinda Sevillano; Jose Félix Arnaiz Esteban

Hospital Universitario Santa Bárbara

P-37: ¿Es la movilidad uretral factor clave para el resultado del tratamiento de la incontinencia de esfuerzo mediante inyecciones de Bulkamid?

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Valsero Herguedas, E.; Gutiérrez Ruiz, C.B.; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

P-38: Diagnóstico incidental de ectopia renal cruzada fusionada en un paciente con hemospermia: implicaciones clínicas y revisión de la literatura

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

Complejo Asistencial de Ávila

P-39: Infarto renal, patología encubierta

Sendrós Gálvez, M.; Reviriego Barrus, A.; Gómez Sanz, V.; Martínez Pinilla, W.G.; Marfil Peña, C.; Marrón Penon, M.C.; Guinda Sevillano, C.E; Arnaiz Esteban, J.F

Hospital Universitario Santa Bárbara

P-40: Miniperc: ¿Cuál es el calibre óptimo para un rango litiásico entre 10-25mm?

Aderghal Chikhaoui, A.; González Martín, E.; Manso Aparicio, C.; Sánchez Estébanez, E; Macarro López, G.; Valverde Martínez, S; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

P-41: TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL: DILATACIÓN CON BALÓN OPTILUME VERSUS URETROPLASTIA PRIMARIA TERMINO-TERMINAL

Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustin, J. A; Gómez Aristizábal, A.L.; Salvatierra Salvatierra, J.; Heredero Zorzo, O.; Martín Parada, A; Palacios Hernandez, A.; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca

P-42: TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL: DILATACIÓN CON BALÓN OPTILUME VERSUS URETROTOMÍA INTERNA: ALTERNATIVA MÁS COSTE-EFECTIVA

Sánchez Sánchez P.; Cubillo Jiménez J.; Urrea Serna C.; Arqued Sanagustín J.A.; Gómez Aristizábal A.L.; Sánchez Moyano, C.; Heredero Zorzo, Ó.; Palacios Hernández, A.; Polo López, C.A.; Lorenzo Gómez M.F.

Hospital Universitario de Salamanca

P-43: IMPACTO DE LA URETEROSCOPIA SOBRE LA RECURRENCIA DEL TUMOR VESICAL EN PACIENTES SOMETIDOS A NEFROURETERECTOMÍA POR TUMOR DE VÍA URINARIA

López Rojo, S.; Martín Martín, S.; Torrecilla-García Ripoll, J.R.; Núñez Carranque, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martín, N.; D`angelo, M.G.; Marmolar Herrera, P.; Calleja Escudero, J.

Hospital clínico universitario de valladolid

P-44: EMBOLIZACION EN EL TRAUMATISMO RENAL

D'ANGELO, M.G; BEDATE NUÑEZ, M.; ALONSO VILLALBA, A.; MARTIN MARTIN , S; HERRANZ ARRIERO A; SIERRASESUMAGA MARTIN, N; LOPEZ ROJO, S; MAMOLAR HERRERA, P; CONDE REDONDO, C.; CALLEJA ESCUDERO, J

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALLADOLID

P-45: Análisis oncológico de pacientes sometidos prostatectomía radical con linfadenectomía en nuestro centro.

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Martínez Rodríguez, R.H.; Rodríguez Tesedo, V.; Poza del Val, M.; Manso Aparicio, C.; Valverde Martínez, L.S.; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

P-46: ANALISIS RETROSPECTIVO DE 77 PACIENTES INTERVENIDOS DE URETROPLASTIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Sierrasesumaga Martin, N.; Pascual Samaniego, M.; Cuellar Martin, L.; Alonso Villalba, A.; Valsero Herguedas, M. E.; Herranz Arriero, A.; D Angelo, M. G.; López Rojo, S.; Mamolar Herrera, P.; Calleja Escudero, J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

P-47: Bacteriuria asintomática y las complicaciones post RTUv: Nuestros pacientes

Cuellar Martin, L.A.; Martin Martin, S.; Torrecilla Garcia-Ripoll, J.R.; Ruano Mayo, A.; Zamora Horcajada, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martin, N.; D Angelo, M.G.; Lopez Rojo, S.; Calleja Escudero, J.

Hospital Medina del Campo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

P-48: RESULTADOS DEL USO DE ENDOPRÓTESIS EN LA ESTENOSIS URETERAL COMPLEJA DEL TRASPLANTE RENAL

Herranz Arriero, A.; Ruano Mayo, A.; Martín Martín, S.; Torrecilla García-Ripoll, J.R.; Pesquera Ortega, L.; Sierrasesúmaga Martín, N.; D' Angelo, M.G.; López Rojo, S.; Mamolar Herrera P.; Calleja Escudero, J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

P-49: Tratamiento retrogrado de litiasis renal en paciente con derivación urinaria tipo Bricker

Cuellar Martin, L.A.; Martin Martin, S.; Torrecilla Garcia-Ripoll, J.R.; Ruano Mayo, A.; Zamora Horcajada, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martin, N.; D Angelo, M.G.; Lopez Rojo, S.; Calleja Escudero, J.

Hospital Medina del Campo - Hospital Clínico Universitario de Valladolid

P-50: NEFRECTOMIA URGENTE EN LA ACTUALIDAD. REVISIÓN DE INDICACIONES A RAIZ DE 3 CASOS CLÍNICOS EN 2024.

Mas Lucas, Rafael María; Porcel Martin, Francisco Javier; Yagüe Barrado, Marta; Rodriguez Cuevas, Oscar Omar; Díaz Naranjo, Sara Isabel; Moya Villalvilla, Israel; Herrero López, Lara; Gallego Matey, Ángel; Bermúdez Villaverde, Raúl; Sanz Sacristán, Francisco Javier.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA

¿Son eficaces y seguras las inyecciones de toxina botulínica para el tratamiento de la vejiga hiperactiva refractaria en pacientes añosas? Análisis comparativo según grupo de edad.

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Valsero Herguedas, E.; Gutiérrez Ruiz, C.B; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

INTRODUCCION

La vejiga hiperactiva es una entidad cuya prevalencia aumenta con la edad. La primera escala terapéutica está basada en fármacos detrusolíticos, reservando la inyección de toxina botulínica para casos refractarios. Son conocidos los efectos deletéreos del tratamiento anticolinérgico, aunque no está claramente establecido cuál es el perfil de eficacia y seguridad de la toxina botulínica.

OBJETIVO

Realizar un análisis comparativo de la eficacia, seguridad y adherencia al tratamiento con toxina botulínica en pacientes mujeres afectas de vejiga hiperactiva en función de la edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un análisis retrospectivo y comparativo de mujeres con vejiga hiperactiva refractaria tratadas, por primera vez, con inyección de 100 UI de toxina botulínica A desde enero 2019 a marzo 2023. Se excluyeron pacientes con antecedentes neurológicos y reinyecciones. Las pacientes fueron evaluadas preoperatoriamente con diario miccional y estudio urodinámico.

Definimos como grupo 1 a las pacientes ≤ 75 años y grupo 2 a las pacientes con edad ≥ 76 años.

RESULTADOS

Se analizan 74 pacientes con una media de edad de 65 ± 14 años. Ambos grupos son comparables en cuanto a IMC, frecuencia miccional diurna y nocturna, número de pads e índice de Charlson.

Tras la inyección, 50 pacientes del primer grupo reportaron respuesta al tratamiento (95%) mientras que del grupo 2, 16 pacientes (74%). La disminución en el número de micciones diurnas fue similar en ambos grupos (2.5 vs 2), pero las pacientes añosas presentaron menor disminución en el número de micciones nocturnas (1.4 vs 0.6) y número de pads utilizados (2.2 vs 1) .

No se observaron diferencias entre ambos grupos en cuanto a la tasa de ITU post inyección ni volumen de RPM.

El tiempo de respuesta fue mayor en el grupo 2 (10.3 vs 15.6), presentando ambos grupos la misma tasa de reinyecciones (53.8 vs 54%).

CONCLUSIONES:

La inyección de toxina botulínica es una técnica segura en pacientes añosas.

Deberíamos advertir peores resultados a este grupo de pacientes comparadas con pacientes de menor edad.

Análisis de los factores relacionados con la incontinencia urinaria tras prostatectomía radical.

Alonso Bragado, J.; Pérez García, S.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Gómez Aristizábal, A.L.; Salvatierra Salvatierra, J.; Martín Parada, A.; Palacios Hernández, A.; Eguíluz Lumbreras, P.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es la primera neoplasia más frecuencia en varones en España. Entre sus múltiples opciones terapéuticas, se encuentra la prostatectomía radical (PR). Dicha técnica quirúrgica, tiene efectos adversos como la incontinencia urinaria (IU), con una prevalencia variable según las series entre el 25-50% aproximadamente, siendo la causa más frecuente de IU de esfuerzo en el varón y teniendo un fuerte impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. Este estudio pretende analizar la implicación de diferentes factores en la aparición de IU postquirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional con N=1136 pacientes, clasificados según la presencia de IU post PR. Se dividieron en GNoUI (n=982); sin IU y GUI (n=154); con IU. Las variables analizadas fueron score Gleason, clasificación TNM, presencia de complicaciones post PR, evaluación prequirúrgica ASA y la presencia de comorbilidades asociadas. Estadística descriptiva y análisis multivariante de regresión múltiple. Se consideró significativo $p < 0.05$.

RESULTADOS: se observó IU post PR en el 13.55% de los pacientes. En GNoUI la tasa de complicaciones quirúrgicas fue menor (2.85%), siendo las dos más frecuentes en ambos grupos lesión vesical (1.41%) y sangrado (1.06%). Hasta el 20% de pacientes GNoUI presentaron estadio T2a, siendo el T más frecuente en ambos T2c (36.44%) y relacionándose este estadio con 44.07 mayor probabilidad de IU ($p=0.045$). En GUI un 9.09% tuvieron Gleason 8(4+4), siendo en general el más frecuente Gleason 7 (3+4) (32.92%). Las enfermedades concomitantes fueron ninguna (42.34%), HTA (33.36%) e HTA+DM (4.84%). Los pacientes con ASA III-IV presentaron mayor incontinencia ($p=0.047$), así como los pacientes con hipercolesterolemia ($p=0.0001$) y lesión vesical ($p=0.045$).

CONCLUSIONES: El perfil del paciente que se somete a cirugía encontramos menor comorbilidades por lo general, no obstante, la presencia de comorbilidades se relaciona con mayores tasas de incontinencia urinaria, remarcando la hipercolesterolemia, HTA y DM. También se relacionó la IU con la técnica quirúrgica, siendo mayor en pacientes con lesión vesical intraoperatoria. Destacar la influencia de las características del tumor con la tasa de IU postoperatoria, relacionándose con mayor estadio T y mayor Gleason.

Papel del ácido hialurónico endovesical en las ITUs de repetición.

Gómez Aristizábal, A.L.; Martín Luxen, P.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustín, J.A.; Sánchez Sánchez, P.; Sánchez Moyano, C.; Salvatierra Salvatierra, J.; Domínguez Fernández, M.H.; Márquez Sánchez, M.T.; Lorenzo Gómez, M.F.
Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

Introducción: La infección del tracto urinario de repetición (ITUR), la cistitis hemorrágica post-radioterápica y la cistopatía intersticial son entidades que cursan con una disfunción de la capa de glucosaminoglicanos (GAG). Los GAG forman parte del urotelio y entre ellos se encuentra el ácido hialurónico (AH).

El ácido hialurónico es un heteropolisacárido, su aplicación intravesical puede promover la reparación de la capa de GAG.

Objetivos: Determinar la proporción de pacientes en los que se negativiza el urocultivo y se mejora la calidad de vida al emplear un tratamiento endovesical a base de ácido hialurónico.

Determinar la eficacia del esquema de 12 instilaciones vesicales semanales de AH frente al esquema clásico de 4 instilaciones semanales, 4 quincenales y 4 mensuales.

Material y método: Estudio prospectivo de 126 pacientes que presentaban como síntoma principal cistitis (bien por ITUR, cistitis hemorrágica post-radioterápica o cistopatía intersticial) tratados con instilaciones de AH endovesical en el Hospital universitario de Salamanca. Grupos de estudio según la composición y esquema del tratamiento que recibieron.

Variables: edad, sexo, tiempo de seguimiento y libre de enfermedad, condiciones del suelo pélvico, enfermedades concomitantes, antecedentes quirúrgicos, hábitos tóxicos, urocultivos positivos, episodios de ITU y calidad de vida relacionada con el cuestionario SF-36.

Resultados: Edad media fue 62,80 años. Tiempo medio de seguimiento 368.96 días, media del tiempo libre de enfermedad fue de 305,7 días. 122 mujeres (96,83%) y cuatro varones (3.17%).

Negativización del urocultivo en el 69.05% de los pacientes tratados con GHC. Mejoría en el estado final de salud a mayor tratamiento con GAG endovesical de 12 instilaciones semanales consecutivas.

Conclusiones: El tratamiento con AH endovesical consigue negativizar los urocultivos en el 69,05% de los pacientes. Mejora la calidad de vida en el 76,19% y 77,78% de los pacientes al mes y al año de terminar el tratamiento. El esquema de 12 instilaciones semanales de AH es más eficaz frente al esquema clásico.

La estenosis de uretra que ocasiona obstrucción al tracto de salida urinario, la osteoartritis, el prolapso pelviano, el tabaquismo activo, la patología neurológica central concomitante o antecedente de cinta suburetral transobturatriz se asocian con peor respuesta al tratamiento.

Resultados oncológicos, perioperatorios y funcionales de la nefrectomía parcial robótica para el tratamiento de masas renales complejas. Experiencia en nuestro centro.

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Manso Aparicio, C.; Valverde Martínez, L.S.; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

Introducción

La nefrectomía parcial (NP) para masas renales pequeñas (T1a) es la primera opción de tratamiento. Actualmente, existe controversia en el tratamiento de las masas renales T1b o mayores, donde la nefrectomía radical es el más estandarizado. La llegada de la cirugía robótica ha hecho posible que la NP sea una opción factible incluso para masas renales muy complejas. Para estratificar los grupos de complejidad, se han introducido varios métodos de puntuación, uno de los cuales es el RENAL score.

El objetivo de nuestro trabajo es analizar nuestra experiencia en nefrectomía parcial robótica para masas renales complejas, definidas como RENAL ≥ 7 .

Material y métodos

Estudio retrospectivo y descriptivo, en pacientes sometidos a nefrectomía parcial robótica en nuestro centro, en el periodo de 2018 a 2023. Se excluyen las neoformaciones renales cuya puntuación RENAL es ≤ 6 . La cirugía se realiza mediante robot Da Vinci X, con abordaje transabdominal o retroperitoneoscópico. Se analizan resultados funcionales, postoperatorios y oncológicos.

Resultados

De los pacientes sometidos a nefrectomía parcial robótica (95), 62 pacientes tenían un RENAL ≥ 7 . De estos, 19 pacientes (30,7%) eran de alta complejidad (RENAL 10-12). La media de edad fue de 59 años (23-88). El tamaño medio fue de 5,4cm (2- 13). El tiempo quirúrgico medio fue de 214 minutos (85-310). El tiempo medio de isquemia fue de 23,2 minutos (10-38). El aumento medio de cifras de creatinina fue de 0,12 (0,01-1,23). En 13 pacientes (20,1%) hubo complicaciones Clavien III o mayor, de las cuales la más frecuente fue el hematoma perirrenal que requirió embolización en 4 casos (30,7%). La mediana de estancia hospitalaria de 3 días (2-24). El 96% presentó márgenes negativos. A día de hoy, no existe evidencia de recidiva local o a distancia.

Conclusión

El tratamiento mediante nefrectomía parcial robótica para masas renales de complejidad moderada y alta se asocia con resultados perioperatorios aceptables, sin comprometer su viabilidad oncológica y funcional; respetando así, el principio del trifecta con márgenes quirúrgicos negativos, pérdida de la función renal $< 10\%$ y ausencia de complicaciones postoperatorias importantes.

Palabras clave: Nefrectomía parcial, RENAL.

MANEJO MÉDICO DE LA PROSTATITIS CRÓNICA Y PERFIL DE LOS PACIENTES.

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

Servicio de Urología del Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN: La prostatitis crónica es una inflamación de la próstata caracterizada por síntomas del tracto urinario inferior (STUI), dolor perineal y micción disfuncional, afectando la calidad de vida. Tiene una prevalencia de un 15-20%. Se divide en dos grandes categorías: prostatitis crónica bacteriana y abacteriana o síndrome de dolor pélvico crónico, siendo esta última mucho más frecuente. No tiene un tratamiento específico curativo, requiriendo un enfoque individualizado y multimodal. Por ello, el objetivo principal del tratamiento es la paliación de los síntomas. Realizamos un estudio para recoger las diversas terapias utilizadas en un hospital de cuarto nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Grupo de trabajo: 106 pacientes diagnosticados de prostatitis crónica en el Hospital Universitario de Salamanca. Se analizaron las siguientes variables: edad, PSA, tiempo de seguimiento, enfermedades concomitantes, tratamientos crónicos concomitantes generales y tratamientos crónicos para la prostatitis. Para ello, se usó estadística descriptiva con significación estadística con una $p < 0.05$

RESULTADOS: La edad media fue de 59.08 años (37-79). Los tratamientos más frecuentes para la prostatitis crónica fueron los antagonistas del receptor adrenérgico alfa (40.57%), ninguno (31.13%), analgésicos de primer nivel no AINEs (29.25%), inhibidores de la 5-alfa reductasa (18.87%), benzodiazepinas (16.98%), analgésicos de segundo y tercer nivel (9.43%) y antidepresivos (8.49%). La enfermedad concomitante más frecuente es la HBP (25%), seguida de la depresión (17%).

CONCLUSIÓN:

- La prostatitis crónica es una patología que cursa con cuadros clínicos y síntomas muy diferentes. Es importante individualizar el tratamiento de los pacientes según la clínica y las enfermedades concomitantes.
- Los fármacos más utilizados fueron los antagonistas del receptor adrenérgico alfa, debido al predominio de los STUI obstructivos y su asociación a la HBP.
- Destacan en el tratamiento analgésico paracetamol y metamizol sobre los AINEs y analgésicos de segundo y tercer nivel debido al carácter crónico de la patología.
- Los antidepresivos se asocian a una mejoría en la calidad de vida.

Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata con tratamiento médico en un área de Salud de Salamanca

Urrea Serna, C.; Márquez Sánchez, G.A.; Sánchez Sánchez, P.; Márquez Sánchez, M.T.; Szczesniewski Dudzik, J.J.; Arqued Sanagustín, J.A.; Cubillo Jiménez, J.; Gómez Aristizábal, A.L.; Herrero Polo, M.; Lorenzo Gómez, M.F.
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El tratamiento del Cáncer de Próstata (CaP) influye en la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes. El nivel de afectación en la calidad de vida dependerá de la terapia elegida.

Material y método: Estudio prospectivo observacional de 478 pacientes tratados de cáncer de próstata con tratamiento hormonal en el área de salud de Salamanca. Código CEIm: PI 2021 10 888. Se valoró la calidad de vida de los pacientes antes y después de iniciar tratamiento médico según el cuestionario SF-36. Grupos: Buena evolución (GG): pacientes con mejora de calidad de vida. Mala evolución (GB): pacientes con empeoramiento en calidad de vida.

Resultados: 401 (83%) presentaron buena evolución (GG) y 77 (17%) mala evolución (GB). Edad media 75,52 años, IMC 27,92 kg/m², sin diferencias ($p=0,924$ y $p=0,896$). PSA pretratamiento 31,11 ng/ml ($p=0,064$) y 7,52 ng/ml postratamiento, mayor en GG ($p=0,001$). Tiempo medio entre diagnóstico y tratamiento 133,65 días. Seguimiento medio 1037,69 días. Apalutamida 12 pacientes en GG y 4 en GB ($p=0,3050$). Enzalutamida 6 pacientes en GG y 0 en GB ($p=0,5958$). Abiraterona 17 pacientes en GG y 4 en GB ($p=0,7600$). Resultados cuestionario SF-36 pretratamiento 42,86 y 64,89 postratamiento. 2 pacientes con apalutamida con reacción adversa cutáneo mucosa tratados con esteroides tópicos. Palpitaciones en 3 pacientes con enzalutamida resueltas con reducción de dosis durante 2 meses.

Análisis multivariante: variables asociadas con mayor probabilidad de buena evolución: mayor puntuación en dimensión salud mental del SF-36 pretratamiento. Variables asociadas con mayor probabilidad de mala evolución: vigilancia activa, ecografía transrectal patológica, tratamiento con hipolipemiantes, tratamiento inicial o actual con bicalutamida, presencia de enfermedad activa, incontinencia urinaria, mayor puntuación en dimensión dolor corporal del SF-36 pretratamiento, analgésicos del tercer nivel, Gleason 4+4, 4+5 o 5+5, estadio M1b. Variables correlacionadas con mayor puntaje en SF-36 postratamiento: tratamiento en último control con abiraterona, radioterapia, prostatectomía radical. Variables correlacionadas con menor puntaje en SF-36 postratamiento: tratamiento inicial con abiraterona, analgésicos de primer y tercer nivel.

Conclusiones: El tratamiento médico del cáncer de próstata con antiandrógenos de segunda generación mejora la calidad de vida de los pacientes, con efectos adversos controlables.

NEFRECTOMÍA PARCIAL CON ABORDAJE TRANSVERSAL TRANSPERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT - NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.

Diaconu, M.G.; Boyero Polo, P.; Blanco Martin, E.; Hernandez García, J.M.; Vesga Molina, F.; Perez Perez, A.; Vaquero Caballero, P.; Carrasco García, F.; Serrano Bartolomé, J.M.; Gutierrez Minguez, E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

INTRODUCCIÓN

La técnica estándar de nefrectomía parcial transperitoneal asistida por robot normalmente replica el abordaje por laparoscopia clásica (colocación longitudinal pararectal de los trocares). La realización de nefrectomía parcial asistida por robot de los tumores posteriores y de polo superior representan un reto técnico y la técnica de elección es el abordaje por vía retroperitoneal (con colocación transversal de los trocares) con los inconvenientes de trabajar en un espacio reducido.

El objetivo es describir el abordaje transperitoneal pero con colocación transversal de los trocares y los resultados operatorios con esta técnica.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de los primeros casos con esta vía de abordaje desde diciembre de 2023 hasta septiembre de 2024 en Hospital Universitario de Burgos y Hospital Recoletas Burgos.

RESULTADOS

Desde diciembre de 2023 hasta septiembre de 2024 se han realizado 8 casos de tumores posteriores y polo superior posterior a través de este abordaje. Siete del lado derecho y uno del lado izquierdo. RENAL/PADUA score con una mediana de 9, mediana de tamaño 3,8 cm (2-5 cm), mediana de tiempo quirúrgico 118 min (90-180 min), mediana de tiempo de isquemia 18 min (0-36 min), todos los casos con márgenes negativos. La anatomía patológica relevó 5 casos de CCR célula clara, 2 de oncocitoma y uno de metástasis de sarcoma uterino. No han habido complicaciones en el postoperatorio, ningún paciente requirió transfusión y la mediana de ingreso hospitalario fue de 3 días (rango 2-5 días).

CONCLUSIONES

La nefrectomía parcial transperitoneal asistida por robot con colocación transversal de los trocares es un técnica reproducible, segura, sumando las ventajas del abordaje retroperitoneal con la comodidad de realizar la cirugía transperitoneal en los casos complejos de cara posterior y sobre todo de polo superior posterior.

Nefrectomía parcial robótica en el Hospital de León: caracterización demográfica, complicaciones y resultados oncológicos.

Vallecillo Encinas, P.; García Santos, JJ.; Rodríguez Lozano, L.; Cividanes Uhagón, I.; Lorenzo Sanz, M.; García Sanz, M.; Alonso Prieto, MA.

Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción: La nefrectomía parcial asistida por robot (NPR) se ha consolidado como una técnica menos invasiva en comparación con la cirugía abierta, aportando beneficios como menor dolor postoperatorio y reducción de la estancia hospitalaria. Frente a la laparoscopia convencional, la asistencia robótica ofrece una precisión superior en la disección del riñón, lo que facilita una cirugía más controlada y minuciosa.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de todas las NPR llevadas a cabo en nuestro servicio entre mayo de 2018 y mayo de 2023. Se registraron variables como características generales de los pacientes, particularidades del tumor (localización, estadio TNM, clasificación RPN), hallazgos anatomopatológicos, márgenes quirúrgicos, tiempo de isquemia, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias, y la evolución clínica de los pacientes, incluidas la recurrencia y la supervivencia.

Resultados: En un período de 5 años se realizaron 59 NPR, con un seguimiento promedio de $37 \pm 16,79$ meses. La edad media fue de $65,32 \pm 10,93$ años, siendo 42 (71,20%) hombres. El 50,85% de los tumores estaban localizados en el riñón derecho, y el 89,83% correspondían a un estadio T1a, con un tamaño promedio de $32,95 \pm 14,47$ mm y un puntaje RPN promedio de $1,53 \pm 1,22$ puntos. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en el 76,27% de los casos. El tiempo medio de isquemia fue de $6,17 \pm 9,54$ minutos, con solo cuatro (6,78%) casos de isquemia superior a 25 minutos. En cuanto a complicaciones, el 15,24% de los pacientes experimentaron complicaciones tempranas, siendo la mayoría de ellas de grado Clavien I. Tres pacientes (5,08%) presentaron recurrencia o persistencia a largo plazo. Al cierre del estudio, el 94,92% de los pacientes seguían con vida, sin fallecimientos atribuibles al tumor renal.

Conclusiones: La nefrectomía parcial asistida por robot es una opción quirúrgica segura, con excelentes resultados oncológicos y un perfil de complicaciones bajo, tanto a corto como a largo plazo.

Infarto Testicular Segmentario

Verónica Gómez Sanz; Alejandro Reviriego Barrus; María Sendros Gálvez; Wilmer Gerardo Martínez Pinilla; Carmen Marfil Peña; Mari Cruz Marrón Penon; Carlos Eduardo Guinda Sevillano; Jose Félix Arnaiz Esteban

Hospital Universitario Santa Bárbara

El ITS es una entidad poco frecuente pero a tener en cuenta dentro del diagnostico diferencial de escroto agudo.

RESULTADOS

-Suele ser **unilateral** (más frecuentemente derecho)

-Pacientes de **30-40 años**

-La mayoría son **idiopáticos**

-Otras causas: trastornos hematológicos, tras epididimoorquítis, varicocelelectomía o vasectomía, pacientes con vasculitis (PAN) o Lupus (LES)

-Clínica de **escroto agudo** (lo más frecuente) y aparición de **masa testicular indurada** (con los días)

-Diagnóstico: historia clínica, exploración física, **ecografía Doppler (área con ausencia de flujo)**, RNM en caso de dudas

-**Diagnostico diferencial** con torsión testicular, epididimorquítis, tumor testicular, absceso escrotal

-En ocasiones es necesaria escrototomía exploradora y envío de muestras a Anatomía Patológica (diagnóstico definitivo)

-El **tratamiento** en la mayoría de casos es **conservador** con analgesia y medidas físicas pero en los casos que no responden puede ser necesaria la exploración quirúrgica

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de la literatura existente sobre el infarto testicular segmentario

CONCLUSIONES:

-Entidad rara y con frecuencia idiopática

-Escroto agudo + masa testicular indurada

-La ecografía Doppler es fundamental junto con marcadores tumorales negativos

-Ante dudas diagnósticas puede recurrirse a RNM y la exploración quirúrgica

-El manejo es conservador

¿Es la movilidad uretral factor clave para el resultado del tratamiento de la incontinencia de esfuerzo mediante inyecciones de Bulkamid?

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Temprano Prada, L.; Valsero Herguedas, E.; Gutiérrez Ruiz, C.B; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

Introducción

La inyección intrauretral de gel de poliacrilamida (Bulkamid®) está aprobado desde 2020 para el tratamiento de la incontinencia por insuficiencia esfinteriana intrínseca. Existe escasa evidencia sobre los resultados en pacientes con incontinencia por hipermovilidad uretral

Objetivo

Evaluar comparativamente los resultados mediante inyecciones de Bulkamid para el tratamiento de la incontinencia urinaria en pacientes con uretra fija versus hiper móvil.

Material y métodos

Se realizó un análisis retrospectivo de la eficacia del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante inyección de Bulkamid desde diciembre 2019 a octubre 2023 en función de la movilidad uretral. Definimos uretra fija como aquella que presente movilidad $\leq 30^\circ$ en Qtip test (Grupo 1) y uretra hiper móvil como $>30^\circ$ durante la exploración física (Grupo 2). En todas las pacientes el procedimiento se realizó ambulatoriamente mediante la creación de 3 habones submucosos a 1 cm del cuello vesical . Los resultados funcionales se evaluaron mediante cuestionario de calidad de vida ICIQ-SF, número de absorbentes y grado subjetivo de satisfacción (GRA: 0-10) .

Definimos curación como mejoría subjetiva ≥ 7 puntos sobre 10, y mejoría clínica en las pacientes que puntuaron ≥ 5 y ≤ 7 .

Se realizó análisis estadístico mediante IBM® SPSS® v.22.0 . Las variables pre y postoperatorias se compararon mediante la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas.

Resultados

Se analizan 31 pacientes con una mediana de edad de 72 años (46-91) con un seguimiento medio de 18 meses (6-25). No existen diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al porcentaje de obesas (IMC >30), pacientes reoperadas (40%) ni número de absorbentes preIQ(4,5 vs 4).

Se consideraron curadas 10 pacientes del grupo 1 y 11 pacientes del grupo 2, siendo estas diferencias no significativas (IC 95%) , con una puntuación media en el GRA de 7 vs 7.5 (NS) y una disminución en el número de absorbentes de 2.5 vs 3.

Conclusiones

Aunque se trata de una serie pequeña, no observamos diferencias en cuanto al resultado funcional de la inyección de Bulkamid® para el tratamiento de la incontinencia en función de la movilidad uretral.

Diagnóstico incidental de ectopia renal cruzada fusionada en un paciente con hemospermia: implicaciones clínicas y revisión de la literatura

Chinea Arriaga, E; López Sierra, A; Sánchez Rodríguez, A; Armisen Jiménez, C; Prieto Nogal, S.B; Hernández Sánchez, T; Díaz Romero, J.M; Fontana Portella, P; Rodríguez Cruz, I; Martín Hernández, M
Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:

La ectopia renal cruzada fusionada es una anomalía congénita poco frecuente, caracterizada por el desplazamiento y fusión de un riñón con su homólogo contralateral. Su prevalencia es aproximadamente de 1 por cada 100 nacimientos, diagnosticándose habitualmente de forma incidental. Aunque suele cursar de manera asintomática, puede asociarse a complicaciones como hidronefrosis, infecciones urinarias recurrentes o litiasis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 50 años, diabético tipo 2 en tratamiento con metformina, que consulta por hemospermia ocasional sin otros síntomas urológicos. Después de seguir protocolo diagnóstico con pruebas de imagen y de laboratorio, se evidencia una ectopia renal cruzada. Ante este diagnóstico incidental realizamos una revisión bibliográfica de esta patología.

RESULTADOS:

La exploración física fue normal, excepto por una maniobra de Guyon positiva en el lado izquierdo. Los análisis de laboratorio y la radiografía simple de abdomen no mostraron alteraciones significativas. La ecografía abdominal reveló ectopia renal cruzada fusionada, mostrando el punto de fusión (notch) entre ambos riñones. Se completó el estudio con tomografía computarizada (TC) con contraste, donde se identificó un riñón ectópico derecho fusionado con el riñón izquierdo.

Esta prueba de imagen fue crucial para confirmar el diagnóstico, mostrando la fusión del riñón ectópico derecho en la fosa renal izquierda. El TC también reveló que la vascularización del riñón ectópico provenía de las arterias ilíacas, lo que puede complicar intervenciones quirúrgicas futuras.

Aunque en el momento del diagnóstico la función renal del paciente era normal, la identificación de la ectopia renal cruzada es vital, ya que puede predisponer a complicaciones a largo plazo, como hidronefrosis o infecciones recurrentes.

CONCLUSIÓN:

La ectopia renal cruzada fusionada es una anomalía congénita que, aunque suele ser asintomática, puede asociarse con otras complicaciones urológicas. Este caso subraya la importancia de las técnicas de imagen avanzadas, como la tomografía computarizada con contraste, para el diagnóstico incidental de la ectopia renal cruzada fusionada. A pesar de que esta anomalía no siempre requiere tratamiento específico, es fundamental hacer un seguimiento clínico para seguir su evolución e individualizar el manejo según las complicaciones que puedan aparecer.

Infarto renal, patología encubierta

Sendrós Gálvez, M.; Reviriego Barrus, A.; Gómez Sanz, V.; Martínez Pinilla, W.G.; Marfil Peña, C.; Marrón Penon, M.C.; Guinda Sevillano, C.E; Arnaiz Esteban, J.F

Hospital Universitario Santa Bárbara

INTRODUCCIÓN

El infarto renal es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico, ya que puede ser confundida con un cólico renal o una pielonefritis aguda, al ser su sintomatología muy inespecífica: dolor profundo súbito, náuseas, vómitos y fiebre. En el sedimento urinario es posible encontrar hematuria y proteinuria, y en la analítica elevación de la lactato deshidrogenasa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos nuestra experiencia reciente en esta patología y revisión de la literatura.

RESULTADOS

Caso 1: varón de 43 años, hipertenso, que consulta en Urgencias en dos ocasiones por dolor lumbar derecho de inicio brusco asociado a náuseas y vómitos. En la primera analítica se observa LDH: 424 U/L y sedimento urinario normal.

Caso 2: mujer de 46 años, hipotiroidea, que acude a Urgencias en dos ocasiones también por dolor en flanco izquierdo sin presentar náuseas ni vómitos. En la analítica de urgencias se observa LDH: 307 U/L y presencia de bacterias en el sedimento urinario.

Caso 3: varón de 38 años, fumador de cannabis, valorado en Urgencias por dolor lumbar izquierdo muy intenso con sensación nauseosa, pero sin vómitos. En la primera analítica se observa LDH: 292 U/L y proteinuria de 25 mg/dL con sedimento urinario normal.

Los tres pacientes presentaban mal control del dolor aun con analgésicos del segundo escalón de la OMS por lo que se solicitó TC abdomino-pélvico donde se observó un área de hipocaptación compatible con una zona de hipoperfusión por infarto renal. Los tres pacientes fueron tratados con Enoxaparina e ingresaron en el servicio de Medicina Interna, donde se descartaron patologías protrombóticas, arterioescleróticas o cardiopatías. Por último, los tres fueron dados de alta por buena evolución clínica y cese del dolor con analgesia.

CONCLUSIONES

El infarto renal es una patología infrecuente y de difícil diagnóstico, que debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial del cólico nefrítico con mala respuesta a la analgesia o en pacientes con antecedentes de patología trombogénica. En nuestro caso dos de los tres pacientes estudiados habían sido dados de alta en un primer momento con el diagnóstico de cólico renal.

Miniperc: ¿Cuál es el calibre óptimo para un rango litiásico entre 10-25mm?

Aderghal Chikhaoui, A.; González Martín, E.; Manso Aparicio, C.; Sánchez Estébanez, E.; Macarro López, G.; Valverde Martínez, S; Cepeda Delgado, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO RIO HORTEGA

Introducción:

La miniaturización del calibre en la nefrolitotomía percutánea ha supuesto un cambio en cuanto al tratamiento efectivo de la litiasis renal con la reducción del riesgo de complicaciones postoperatorias comparado con el calibre convencional. No obstante, entre las críticas realizadas a dicha técnica está el posible mayor tiempo quirúrgico, mayores presiones intrarrenales e incluso menores tasas de stone free.

El objetivo de nuestro trabajo fue comparar la efectividad y seguridad en el tratamiento de litiasis entre 10 y 25mm al emplear un calibre reducido 15Fr vs 16/17.5 Fr en nuestro centro.

Material y método:

Se seleccionan aquellos pacientes con rango litiásico entre 10-25mm sometidos a tratamiento de cirugía percutánea renal empleando el set de Storz MIP M para calibres 15Fr y 16.5/17Fr desde Enero 2014 a Agosto de 2023 en nuestro centro.

Se considera stone free rate la ausencia de fragmentos <3mm con TAC a los 3 meses tras procedimiento.

Resultados:

Se comparan 154 pacientes (60 calibre 15Fr y 96 de calibre 16.5/17.5 Fr). Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, tamaño litiásico y localización de la litiasis. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo quirúrgico (80 ± 27 min vs 84 ± 28 min), complicaciones postoperatorias ni estancia hospitalaria (1.5 días en ambos grupos).

Tampoco se encontraron diferencias en cuanto al tipo de derivación urinaria posterior, en su mayoría tubeless (50 y 60 respectivamente).

Sin embargo la tasa de stone free fue superior para el grupo de mayor calibre (96.9% vs 83.3%) alcanzando significación estadística ($p=0.03$)

Conclusión:

En nuestra experiencia, la reducción de calibre en el acceso percutáneo permite una alta tasa de resolución litiasica en ausencia de complicaciones graves, con mejor efectividad para el calibre 16.5/17Fr

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL: DILATACIÓN CON BALÓN OPTILUME VERSUS URETROPLASTIA PRIMARIA TERMINO-TERMINAL

Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Urrea Serna, C.; Arqued Sanagustin, J. A; Gómez Aristizábal, A.L.; Salvatierra Salvatierra, J.; Heredero Zorzo, O.; Martín Parada, A; Palacios Hernandez, A.; Lorenzo Gómez, M.F.
Hospital Universitario de Salamanca

Introducción

La estenosis uretral es una enfermedad que afecta en torno al 0.2-0.6% de los varones. Esto supone un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y representa un considerable coste sanitario.

El tratamiento de elección de las estenosis uretrales es la uretroplastia. No obstante, supone la realización de una cirugía abierta, técnicamente compleja, bajo anestesia general con una lenta recuperación y riesgo de complicaciones. Otros procedimientos endoscópicos menos invasivos son utilizados habitualmente en el tratamiento de las estenosis uretrales, sin embargo cuentan con resultados más pobres y más tasas de reestenosis.

El balón de dilatación uretral Optilume, es una técnica mínimamente invasiva que combina la dilatación endoscópica con la liberación de paclitaxel, un inhibidor de la fibrogénesis.

Objetivo

Determinar la alternativa de tratamiento de estenosis uretrales cortas más coste-efectiva en el Hospital Universitario de Salamanca.

Material y métodos

Se realiza un análisis coste-efectividad de la uretroplastia versus la dilatación con balón Optilume, tras realizar una revisión bibliográfica de los resultados publicados. Como medida de efectividad se ha utilizado la tasa de supervivencia libre de reestenosis y los costes, aquellos requeridos en el Hospital Universitario de Salamanca.

Resultados

La uretroplastia ha reportado unas tasas de éxito variables entre el 60 al 98% en el primer año de seguimiento. La dilatación con balón de Optilume es del 83.2% el primer año y del 77.8% el segundo año de seguimiento.

El coste de la uretroplastia es superior a la dilatación con balón Optilume en el Hospital Universitario de Salamanca.

Conclusiones

- La dilatación con balón de Optilume es más coste-efectivo que la uretroplastia.
- Los resultados preliminares, teniendo en cuenta como medida de seguimiento la flujometría y la CUMS, son prometedores pero es necesario más tiempo de seguimiento para valorar la efectividad a largo plazo.

TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL: DILATACIÓN CON BALÓN OPTILUME VERSUS URETROTOMÍA INTERNA: ALTERNATIVA MÁS COSTE-EFECTIVA

Sánchez Sánchez P.; Cubillo Jiménez J.; Urrea Serna C.; Arqued Sanagustín J.A.; Gómez Aristizábal A.L.; Sánchez Moyano, C.; Heredero Zorzo, Ó.; Palacios Hernández, A.; Polo López, C.A.; Lorenzo Gómez M.F.

Hospital Universitario de Salamanca

Introducción

La estenosis uretral afecta al 0.2-0.6% de los varones. Esto supone un gran impacto en su calidad de vida y representa un considerable coste sanitario.

El tratamiento de elección es la uretroplastia. Sin embargo, es común el uso de técnicas endoscópicas menos invasivas como la uretrotomía interna o las dilataciones uretrales. Teniendo como inconveniente mayor porcentaje de fallos y necesidad de reintervención.

El balón de dilatación uretral Optilume, es una técnica endoscópica novedosa que combina la dilatación neumática con la liberación de paclitaxel, un inhibidor de la fibrogénesis.

Este trabajo tiene como objetivo determinar cuál sería la alternativa poco invasiva de tratamiento de estenosis uretrales más coste-efectiva en el Hospital Universitario de Salamanca, la uretrotomía interna o el Optilume.

Material y métodos

Se realiza un análisis de coste-efectividad de la uretrotomía interna versus la dilatación con Optilume, tras realizar una revisión bibliográfica de los resultados publicados. Considerando el coste que suponen ambas técnicas en el Hospital Universitario de Salamanca.

Resultados

Medida de efectividad: Tasa de supervivencia libre de reestenosis obtenida mediante una revisión bibliográfica.

Se utilizan los resultados de efectividad de la uretrotomía obtenidos en los estudios retrospectivos del centro de Cirugía Reconstructiva de Arezzo, Hospital Rey Faisal e Instituto de de Calcuta; y resultados de efectividad de Optilume del Ensayo Clínico-ROBUST-III, tras dos años de seguimiento.

Costes: Quirófano, tiempo de estancia hospitalaria, personal y material quirúrgico requerido para llevar a cabo la dilatación con balón Optilume y la uretrotomía interna en el Hospital Universitario de Salamanca.

Conclusiones

La uretrotomía interna y el Optilume son una alternativa de tratamiento de estenosis uretrales cortas respecto a la uretroplastia, especialmente en pacientes de edad avanzada con importante comorbilidad. Siendo más sencillas y a su vez, menos costosas.

Los resultados de la uretrotomía interna son pobres, especialmente a largo plazo.

Los resultados del Optilume parecen ser superiores y más duraderos que los de la uretrotomía interna, a falta de estudios a más largo plazo.

El Optilume parece ser una opción más coste-efectiva que la uretrotomía interna. Especialmente realizada en régimen ambulatorio.

IMPACTO DE LA URETEROSCOPIA SOBRE LA RECURRENCIA DEL TUMOR VESICAL EN PACIENTES SOMETIDOS A NEFROURETERECTOMÍA POR TUMOR DE VÍA URINARIA

López Rojo, S.; Martín Martín, S.; Torrecilla-García Ripoll, J.R.; Núñez Carranque, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martín, N.; D'angelo, M.G.; Marmolar Herrera, P.; Calleja Escudero, J.

Hospital clínico universitario de valladolid

INTRODUCCIÓN

La ureteroscopia se ha establecido como una herramienta clave para el diagnóstico de los carcinomas de vía urinaria superior. Dichos tumores cuentan con una tasa de recurrencia intravesical tras nefroureterectomía entre el 22 y el 47%, lo que hace crucial identificar el papel que desempeña la ureteroscopia en la recidiva intravesical así como la influencia de toma de biopsias durante el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles en el que se recogieron datos de 146 pacientes a los cuales se les realizó una nefroureterectomía por tumor de vía urinaria superior entre 1994 y 2023 en el Servicio de Urología del HCUV. Se han recogido las variables de interés mediante la historia clínica y se realizó un análisis bivariado junto con una regresión logística univariante, considerando estadísticamente significativa una $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se realizó URS pre-nefroureterectomía a 52 pacientes (35,6%) frente a 94 (64,4%) a los que no se les practicó. De los pacientes con ureteroscopia previa, se tomó biopsia en 29 pacientes (53,7%). El análisis logístico univariante no mostró que la URS diagnóstica aumente el riesgo de recidiva intravesical, aunque sí muestra tendencia ($p=0,060$). Sin embargo, la toma de biopsia tumoral durante la ureteroscopia presenta 2,65 veces mayor riesgo de recurrencia intravesical que la no realización de la ureteroscopia (OR 2.65, $p=0,025$). Además, la presencia de CIS asociado se relaciona con 3,07 veces mayor riesgo de recidiva intravesical que aquellos pacientes que no lo presentan (OR 3,07, $p=0,007$). Respecto al análisis bivariado entre las variables de recurrencia intravesical y la realización de ureteroscopia pre-nefroureterectomía no obtuvo resultados significativos.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados no han sido significativos estadísticamente, posiblemente debido a nuestro tamaño muestral limitado ($n=146$), no obstante, existen indicios de que la ureteroscopia diagnóstica realizada de manera previa a la nefroureterectomía incrementa el riesgo de padecer una recurrencia intravesical. Por otro lado, sí podemos afirmar que la toma de biopsia durante dicho procedimiento es un factor de riesgo. En lo referente al carcinoma in situ, nuestros resultados fueron significativos respecto a ser un factor pronóstico de riesgo para la recurrencia intravesical.

EMBOLIZACION EN EL TRAUMATISMO RENAL

D'ANGELO, M.G; BEDATE NUÑEZ, M.; ALONSO VILLALBA, A.; MARTIN MARTIN, S; HERRANZ ARRIERO A; SIERRASESUMAGA MARTIN, N; LOPEZ ROJO, S; MAMOLAR HERRERA, P; CONDE REDONDO, C.; CALLEJA ESCUDERO, J

HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO VALLADOLID

INTRODUCCIÓN

El traumatismo renal es el traumatismo urológico más frecuente y representa hasta el 5% de los traumatismos abdominales. Pueden clasificarse en traumatismos penetrantes y no penetrantes o contundentes (90%).

El sistema de clasificación más utilizado es la escala de AAST que cataloga las lesiones renales del I –IV, permitiendo predecir la morbilidad y la necesidad de intervención. La mayoría de los traumatismos grado I-IV se manejan de manera conservadora; existiendo controversia en la identificación de las lesiones subsidiarias de beneficiarse de la embolización, de la cirugía reparadora o incluso de la nefrectomía.

Según las Guidelines 2024, los hallazgos radiológicos (TC) aceptados que indican la necesidad de embolización son: extravasación activa de contraste, fístula arteriovenosa y pseudo-aneurisma.

MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo prospectivo. Se analizaron 8 pacientes (2023-2024). Las variables estudiadas fueron: etiología del traumatismo, presencia de lesiones asociadas, actitud terapéutica y presencia de complicaciones.

RESULTADOS:

La etiología más frecuente fue la caída accidental (62,5%). El 12,5% de los traumatismos fueron secundarios a agresión por arma blanca y el 25% restante, consecuencia de accidente de tráfico.

El 37,5% de los pacientes asociaron de manera simultánea fracturas costales. Un 12,5% sufrió una contusión hepática y otro 12,5%, hidronefrosis ipsilateral.

El 50% de los pacientes recibieron angioembolización selectiva como primera opción terapéutica, de estos la mitad presentó un traumatismo grado IV y la otra mitad de grado III. 2 pacientes recibieron angioembolización en las primeras 12 horas de ingreso y el resto en la primera semana. El resto, reposo absoluto y antibioterapia. Ninguno de los pacientes precisó de cirugía reparadora ni nefrectomía ni una segunda embolización. Tan solo 2 de los pacientes presentaron complicaciones tardías, urinoma postraumático, que precisó de colocación de doble J con buena evolución posterior.

CONCLUSIONES:

El traumatismo renal es el traumatismo urológico más frecuente.

La Angioembolización renal es una alternativa terapéutica a la cirugía en los traumatismos de alto grado.

Se trata de una técnica segura, fácilmente reproducible y con resultados muy positivos, tanto en efectividad como seguridad, lo que le ha convertido en el procedimiento más utilizado en el traumatismo renal en la actualidad.

Análisis oncológico de pacientes sometidos prostatectomía radical con linfadenectomía en nuestro centro.

González Martín, E.; Aderghal Chikhaoui, A.; Macarro López de la Torre, G.; Vallejo García, P.; Martínez Rodríguez, R.H.; Rodríguez Tesedo, V.; Poza del Val, M.; Manso Aparicio, C.; Valverde Martínez, L.S.; Cepeda Delgado, M.
HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA, VALLADOLID

Introducción

Aproximadamente el 15% de los pacientes con cáncer de próstata presentan metástasis ganglionares en el momento de la prostatectomía radical.

La aparición de ganglios positivos es un factor pronóstico que afecta la supervivencia y a la recurrencia, sin embargo, no existe tratamiento consensuado. Las opciones de tratamiento varían desde la observación hasta una combinación de terapia adyuvante de privación de andrógenos y radioterapia.

Nuestro objetivo es analizar el manejo y los resultados oncológicos en aquellos pacientes con ganglios positivos.

Material y métodos

Estudio retrospectivo de 130 prostatectomías radicales con linfadenectomía ilio-obturatriz en nuestro centro desde 01/2018 a 11/2022. De estas, 25 pacientes presentaron ganglios positivos. El tiempo medio de seguimiento fue de 50 meses (22-72).

Resultados

La media de edad es de 62 años, el PSA medio de 8.7 ng/mL. Al diagnóstico, 7(28%) pacientes fueron cN1 y 1(4%) fue cM1. Según los grupos de riesgo D'Amico fueron 2(8%) de riesgo intermedio, 16(64%) de riesgo alto y 7(28%) localmente avanzados.

Se realizaron 6(24%) cirugías por vía laparoscópica y 19(76%) robóticas. Media de ganglios resecados de 13(4-30), media de positivos 2.24(1-9).

Márgenes negativos en 12(48%) pacientes, en 10(40%) afectación focal y en 3(12%) extenso. Invasión perineural en el 96%. El 60% fue un estadio pT3b.

De los 25 pacientes, 5(20%) continúan en observación, siendo el PSA nadir tras la cirugía <0.01, solo presentaron 1 ganglio positivo y Gleason >7 en 2 pacientes.

En 15(60%) se trató con radioterapia y hormonoterapia, de los cuales 12(80%) fue adyuvante. En 5(20%) pacientes se pautó hormonoterapia. El tiempo medio hasta la recidiva bioquímica es de 12 meses (1.7-36), hasta la radioterapia es de 15 meses (3-38) y hasta la hormonoterapia de 8 meses (0.35).

Actualmente, 7(28%) son metastásicos y 2 han fallecido, 1 secundario al cáncer de próstata y otro por patología diferente.

Conclusiones

El tratamiento para pacientes con metástasis post-prostatectomía radical aún no está claro. Estos pacientes constituyen un grupo heterogéneo y necesitan una subclasificación para elegir el mejor método terapéutico, que permitirá optimizar los resultados del tratamiento.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 77 PACIENTES INTERVENIDOS DE URETROPLASTIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Sierrasesumaga Martín, N.; Pascual Samaniego, M.; Cuellar Martín, L.; Alonso Villalba, A.; Valsero Herguedas, M. E.; Herranz Arriero, A.; D Angelo, M. G.; López Rojo, S.; Mamolar Herrera, P.; Calleja Escudero, J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

Se realiza una evaluación comparativa de acuerdo a lo descrito en la literatura, de las diferentes etiologías de las estenosis uretrales del varón, según grupo de edad y localización, en una serie de uretroplastias realizadas en un centro terciario.

MATERIAL Y METODOS

Entre noviembre de 2016 y septiembre de 2023 se ha recogido prospectivamente en una base de datos, la información de los varones diagnosticados de estenosis uretral que han precisado una uretroplastia en nuestro servicio. Se analizaron los datos en función de los distintos grupos de etiología, de acuerdo a sus antecedentes e intervenciones quirúrgicas previas.

RESULTADOS

Se analizaron 77 pacientes, con una edad media de 61.42 años (rango 25-82). 10 pacientes (13%) tenían < 45 años y 67(87%) > 45 años. La longitud media de la estenosis de mayor dimensión fue de 33,46 mm (rango 3 - 140mm). Por localización, 28 pacientes (36,4%) tenían estenosis en la zona peneana, 14 (18,2%) de ellos de manera exclusiva en esta localización. 54 pacientes (70,1%) presentaron estenosis en la uretra bulbar y en 20 casos (26%) se localizaba en uretra posterior, 5 de ellos de manera exclusiva, afectando en el 100% a la uretra membranosa y en 4 pacientes (5.2%), también a uretra prostática.

Por etiologías, el 57,1% de los pacientes presentó más de un posible antecedente causal. La existencia de antecedente de iatrogenia uretral fue la causa más frecuente (83.1%). El antecedente de patología inflamatoria es la segunda etiología en frecuencia (62.33%). La etiología traumática se encontró presente en sólo un 6.5%.

CONCLUSIÓN

En nuestra serie, hemos objetivado la iatrogenia como principal causa de estenosis uretral masculina, en muchos casos prevenible, por lo que creemos que debe incidirse en la optimización de los protocolos de sondaje en los centros sanitarios, y en la prevención de daños uretrales en las cirugías implicadas

Respecto a la etiología inflamatoria, sería interesante un manejo más especializado y precoz de esta patología, para intentar reducir las consecuencias de su evolución progresiva cicatricial.

Bacteriuria asintomática y las complicaciones post RTUv: Nuestros pacientes

Cuellar Martin, L.A.; Martin Martin, S.; Torrecilla Garcia-Ripoll, J.R.; Ruano Mayo, A.; Zamora Horcajada, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martin, N.; D Angelo, M.G.; Lopez Rojo, S.; Calleja Escudero, J.

Hospital Medina del Campo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN: La bacteriuria asintomática (BA) es una entidad presente entre el 1-5% de la población, aumentando según la edad o las comorbilidades. La EAU recomienda en sus guías el screening y tratamiento de la BA previo a intervenciones que supongan un daño en la mucosa urotelial, como el caso de la resección transuretral de vejiga (RTUv).

OBJETIVO: Descubrir si existe asociación entre la BA en el momento de una RTUv y una mayor ratio de complicaciones perioperatorias, asistencia a urgencias al mes, reingreso o mortalidad.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes intervenidos de RTUv en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV) desde octubre de 2022 a septiembre 2023. Se excluyeron pacientes que presentaron otro procedimiento concomitante, antibioterapia o ingreso prolongado previo. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, y quirúrgicas. Se usó análisis univariante usando T de student para datos apareados o U de Mann-Whitney (variables cuantitativas) y Chi-cuadrado (variables cualitativas) sobre Software IBM SPSS Statistics v.24.

RESULTADOS: Se registraron 259 pacientes, siendo el 83,8% varones. La edad media fue de 74 años (47-98), el tamaño de resección medio de 3cm (0,3-15) y la estancia postoperatoria media de 3 días (1-45). 41 (15,8%) pacientes presentaron BA. 3,9% de los pacientes fueron ASA I, 50,2% II, 43,2% III y 2,7% IV. 54,1% de los pacientes complicación grado I/II según la clasificación Clavien-Dindo (CD), 2,3% grado III y 1,2% grado IV. 14 pacientes (5,4%) presentaron fiebre y 4 (1,5%) sepsis durante el ingreso. 66 (25,5%) acudieron a urgencias al mes postoperatorio, reingresando 14 (5,4%). Ningún paciente falleció durante el ingreso y 2 de ellos al mes por causa infecciosa. Hemos hallado asociación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre la BA y la fiebre, sepsis y $CD > II$ pero no a una mayor mortalidad.

CONCLUSIONES:

1. La RTUv es una cirugía frecuente en pacientes heterogéneos y con una ratio de complicaciones graves bajo.
2. La BA se asocia en nuestra muestra a un mayor índice de complicaciones.

RESULTADOS DEL USO DE ENDOPRÓTESIS EN LA ESTENOSIS URETERAL COMPLEJA DEL TRASPLANTE RENAL

Herranz Arriero, A.; Ruano Mayo, A.; Martín Martín, S.; Torrecilla García-Ripoll, J.R.; Pesquera Ortega, L.; Sierrasesúмага Martín, N.; D' Angelo, M.G.; López Rojo, S.; Mamolar Herrera P.; Calleja Escudero, J.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN

La incidencia de estenosis ureteral en el trasplante renal es de 0.6-10.5%. Actualmente se recomienda el tratamiento endoscópico de las estenosis menores de 3cm, mientras que las mayores de 3cm o recidivadas, deben ser abordadas quirúrgicamente. Existen escasos estudios sobre el uso de endoprótesis en el trasplante y con seguimiento a corto plazo. La finalidad de nuestro estudio es evaluar, si la prótesis Memokath051 es una opción terapéutica eficaz y segura a largo plazo en las estenosis ureterales complejas del trasplante renal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de 10 pacientes trasplantados renales de donante cadáver entre 2003-2022, con estenosis de uréter y tratamiento posterior endourológico o quirúrgico mediante anastomosis piel-piéllica sin éxito. Todos los pacientes recibieron tratamiento endoscópico mediante colocación de prótesis ureteral retrógrada tipo Memokath051. Las estenosis se clasifican según su longitud (≤ 1 cm, 1-3cm o ≥ 3 cm) y su localización (proximal, medio o distal) y las prótesis en función de su tamaño (3, 6, 10, 15, 20cm). Se evaluó el porcentaje de éxito de la prótesis, entendido como correcta función del injerto y ausencia de uropatía obstructiva y se analizó su relación con distintas variables.

RESULTADOS

De los pacientes, 6(60%) eran hombres y 4(40%) mujeres con una edad media de 65(55-74) años. El tratamiento previo de la estenosis fue endourológico en 6(60%) pacientes y quirúrgico en 4(40%). La media de tiempo con prótesis de 33(17-49) meses y de seguimiento desde la colocación de la prótesis de 64(30-98) meses.

La prótesis fue un éxito en 4(40%) pacientes. 5(50%) presentaron complicaciones Clavien II-IIIa, incluyendo fiebre postoperatoria, migración y calcificación de la prótesis. 5(50%) pacientes presentaron ITU sintomática y 4(40%) fueron hospitalizados. No encontramos asociación entre el éxito de la prótesis y las variables estudiadas (edad, sexo, lateralidad del riñón, localización y tamaño estenosis, tratamiento previo, tamaño prótesis, complicaciones asociadas, tiempo con prótesis o retirada de la misma).

CONCLUSIÓN

Podemos concluir que la prótesis ureteral Memokath051, parece una opción terapéutica válida para la estenosis compleja del paciente trasplantado que no puede ser tratada mediante otros procedimientos. Sin embargo, son necesarios más estudios para determinar que variables influyen en el éxito de la prótesis.

Tratamiento retrogrado de litiasis renal en paciente con derivación urinaria tipo Bricker

Cuellar Martin, L.A.; Martin Martin, S.; Torrecilla Garcia-Ripoll, J.R.; Ruano Mayo, A.; Zamora Horcajada, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martin, N.; D Angelo, M.G.; Lopez Rojo, S.; Calleja Escudero, J.

Hospital Medina del Campo - Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN: La incidencia de litiasis renal en pacientes intervenidos de cistectomía es mayor que la población general, estimándose entre un 5 al 20% en conducto ileal o hasta un 30% en reservorios ortotópicos. La alteración anatómica es simultáneamente causa y obstáculo para un tratamiento quirúrgico.

OBJETIVO: Mostrar la resolución de litiasis renal en paciente con derivación tipo Bricker mediante un abordaje anterógrado.

MATERIAL Y METODOS: Varón de 59 años intervenido un año antes de cistoprostatectomía radical laparoscópica con derivación urinaria tipo Bricker. Acude a urgencias por cuadro de shock séptico secundario a sepsis urinaria por uropatía obstructiva derecha litiásica. Se realiza derivación urinaria urgente mediante nefrostomía. Tras antibioterapia dirigida y mejoría clínica, al décimo día se procede al tratamiento quirúrgico.

Usando el trayecto de nefrostomía previa se procede al enhebrado. Sobre guía de seguridad Amplatz Super Stiff™ se intenta sin éxito ascenso de vaina debido a estenosis de la anastomosis uretero-ileal. Por ello, se procede a dilatación neumática de la misma con balón de 5cm y 10 atm. Posteriormente ascenso sin incidencias de vaina ureteral UroPass 10-12Ch 38cm y RIRS mediante ureteroscopio flexible U-Scope. Localización de las litiasis, que se encontraban ascendidas, en grupo calicial superior y pulverización de las mismas mediante fibra láser Holmium 272µm. Extracción de fragmentos mediante cestilla NGage® para análisis bioquímico. Se finaliza el procedimiento con la colocación de catéter externo-interno.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico fue de 70 minutos. El paciente fue dado de alta al tercer día postoperatorio sin incidencias. En el TC de control se objetiva la ausencia de restos litiásicos. En pielografías posteriores se objetiva buen paso de contraste, por lo que se decide retirada de catéter externo interno. A los 6 meses el paciente se encuentra sin incidencias y con niveles de creatinina estables en torno a 1,3mg/dl.

CONCLUSIONES:

1. La cirugía retrógrada de la litiasis es factible incluso en pacientes con derivación tipo Bricker.
2. Es imprescindible el manejo anterógrado/percutáneo como complemento o como alternativa terapéutica

NEFRECTOMIA URGENTE EN LA ACTUALIDAD. REVISIÓN DE INDICACIONES A RAIZ DE 3 CASOS CLÍNICOS EN 2024.

Mas Lucas, Rafael María; Porcel Martin, Francisco Javier; Yagüe Barrado, Marta; Rodriguez Cuevas, Oscar Omar; Díaz Naranjo, Sara Isabel; Moya Villalvilla, Israel; Herrero López, Lara; Gallego Matey, Ángel; Bermúdez Villaverde, Raúl; Sanz Sacristán, Francisco Javier.

COMPLEJO ASISTENCIAL DE SEGOVIA

INTRODUCCIÓN: Se revisa la importancia de la nefrectomía abierta urgente y sus indicaciones actualmente. Se analiza la historia de esta técnica quirúrgica desde sus inicios observando la repercusión que ha generado el abordaje laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo en el cual se incluyen tres casos clínicos. Se revisa la literatura y la iconografía disponibles.

RESULTADOS: El factor principal, actual, que determina la nefrectomía urgente parece estar en clara relación con la inestabilidad hemodinámica. Los tres pacientes que se presentan fueron sometidos a nefrectomía abierta urgente por distintas patologías: pielonefritis xantogranulomatosa, traumatismo renal grado V y tumor renal complicado. En todos los casos, el postoperatorio fue favorable.

En primeras publicaciones se habla en torno a un 63% de mortalidad posquirúrgica reduciéndose hasta el 1-4.2% actualmente, en función de la serie bibliográfica revisada. Estos datos están influenciados por la importante mejora de las condiciones quirúrgicas e indicaciones.

CONCLUSIÓN: Hoy en día se tiende a ser conservador en la cirugía renal intentando mantener la mayor capacidad funcional renal posible, aún más con la llegada de la laparoscopia. Las indicaciones de nefrectomía abierta son cada vez menores intentando tratamientos más conservadores con los traumatismos renales, infecciones y en el tratamiento electivo de tumores. No obstante, no se debería perder de vista la importancia de conocer y manejar cirugías clásicas, ya que sigue habiendo casos clínicos que requieren este tipo de abordaje. Se invita a reflexionar acerca de la pérdida de la formación en cirugía abierta y sus posibles repercusiones futuras en el tratamiento de estas patologías.