

# XXIX Congreso Sociedad Canaria de Urología

26 al 28 septiembre 2024

Hotel H10 Costa Adeje Palace  
Adeje - Tenerife



Organiza:  
Servicio de Urología CHUC, Tenerife



## COMITÉ ORGANIZADOR

### Servicio de Urología CHUC

**Presidente:** Dr. Tomás Concepción Masip

**Vicepresidentes:** Dr. Ruyman González Álvarez, Dra. Ana Cristina Plata Bello

Dr. Antonio Negrín Díaz

Dr. Víctor Ramos Gutiérrez

Dr. José Gregorio Pérez Abreu

Dra. Laura González Pérez

Dr. Marco Antonio Tamayo Jover

Dr. Carlos García Álvarez

Dra. Yanira Ortega González

Dr. David Hernández Hernández

Dr. Daniel Cereijo Tejedor

Dr. Lorenzo Giunco

Dra. Karina Morales Megret

Dra. Catalina Hofmann

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Tomás Concepción Masip

Dra. Ana Cristina Plata Bello

Dr. Sergio Fumero Arteaga

Dr. Manuel Ravina Pisaca

## JUNTA DIRECTIVA SCU

**Presidente:** Dr. Jesús Monllor Gisbert

**Vicepresidente:** Dr. Antonio Blanco Díez

**Secretario/Tesorero:** Dr. Omar Bilal Halawa González

**Vocal:** Dr. David Kim Lee

**Vocal:** Dr. Víctor Ramos Gutiérrez



Evento libre de humo de tabaco

Declarado de Interés Sanitario por el Servicio Canario de la Salud  
(Expediente RIS-1156)

**JUEVES 26 DE SEPTIEMBRE 2024**

- 15:00-19:00** Recepción y Entrega de documentación  
**MESA: LOS RESIDENTES EN UROLOGÍA, MÉDICOS EN FORMACIÓN**  
Presidentes: Tutores de residentes de los hospitales universitarios de Canarias
- 17:00-19:30** Casos clínicos en el desafío de la formación de los residentes de urología en el siglo XXI  
**Copa UROCAN:**
- Litiasis
  - Urología funcional
  - Uro-oncología
  - Andrología-medicina sexual
  - Trasplante renal
- TALLERES ENDOSCÓPICOS: Olympus, IZASA, Ambu**
- 19:30-20:00** Presentación y Apertura del XXIX Congreso de la SCU
- 20.00-21:00** **CONFERENCIA INAUGURAL**  
**Urología-Inteligencia Artificial**  
Ponente: Dr. Ángel Borque Fernando, H. Universitario Miguel Servet, Zaragoza
- 21:00** Cóctel de bienvenida

**VIERNES 27 DE SEPTIEMBRE 2024**

- 08:30-09:00** Moderador: Dr. Esteban González de Chaves  
Cirugía protésica en Disfunción Eréctil y Enfermedad de Peyronie: de las Guías Europeas a la práctica clínica 2024  
Ponente: Dr. Juan Ignacio Martínez-Salamanca, H Puerta del Hierro, Madrid
- MESA ONCOLOGÍA**
- 
- PRÓSTATA**
- 09.00-09:20** Moderadores: Dra. Ana Plata Bello, Dr. Reinaldo Marrero  
Tratamiento adyuvante en CaP localizado de alto riesgo y recidiva bioquímica.  
Ponente: Dra. Cristina Gómez de Segura Melcón, HUNSC
- 09:20-09.45** Controversias en CaP: imagen molecular, estudio genético, triplete vs doblete.  
Ponente: Dr. Ángel Borque Fernando, H. Universitario Miguel Servet, Zaragoza

### **VEJIGA**

- 09:45-10:05** **Moderadores: Dra. Paula León Medina, Dr. Tomás Concepción Masip**  
**Cáncer vesical no músculo invasivo refractario a BCG: alternativas terapéuticas**  
**Ponente: Dr. Carlos García Álvarez, HUC**
- 10:05-10:30** **Nuevas tecnologías diagnóstico-terapéuticas en Uro-Oncología. CISTECTOMÍA EN MUJERES.**  
**Ponente: Dr. Alberto Breda, Fundació Puigvert, Barcelona**
- 10:30-10:50** **Más allá de la cistectomía: Papel del tratamiento sistémico. A qué pacientes y qué tratamiento**  
**Ponente: Dr. Alfonso Gómez de Liaño; GUA, Las Palmas de Gran Canaria**

### **CÁNCER RENAL**

- Moderadores: Dr. Ana Plata Bello, Dr. Marco Tamayo Jover**
- 10:50-11:15** **Adyuvancia en cáncer renal**  
**Ponente: Dra. Maria J. Ribal, Unidad de uro-Oncología, Hospital Clinic, Universitat de Barcelona**
- 11:15-12:00** **Pausa café**

### **MESA ANDROLOGÍA Y MEDICINA SEXUAL**

---

- Moderador: Dr. Esteban González de Chaves**
- 12:00-12:15** **Situación actual de la asistencia sanitaria a personas trans en CANARIAS**  
**Ponente: Dra. Natalia Marrero Umpiérrez, HUGCDRN**
- 12:15-12:30** **Reconstrucciones ureterales en el año 2024 ¿es la cirugía robótica el nuevo goldstandard?**  
**Ponente: Dr. Pablo Jiménez Marrero, HUGCDRN**
- 12:30-12:45** **Cirugía para la reconstrucción de la estenosis del cuello vesical**  
**Ponente: Dr. Balig Fawaz-Amir Nicolau, HUNSC**
- 12:45-13:15** **CHARLA MAGISTRAL**  
**Decisiones compartidas en Urología**  
**Ponente: Dra. Carmen González Enguita, Fundación Jiménez Díaz, Madrid**
- 13:15-14:30** **Almuerzo de trabajo**

## MESA UROLOGÍA FUNCIONAL

---

**Moderadores:** Dres. Manuel Ravina Pisaca, Omar Bilal Halawa González, Eduardo Barroso Deyne

14:30-15:30

**Nuevas técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento quirúrgico de la HBP: ventajas y desventajas de cada técnica. ¿las mismas indicaciones? ¿Cuánto cuesta?**

- **HOLEP:** Dra. Lucia Moreno Guerra, HUGCDRN
- **AQUABEAM:** Dr. Guillermo Conde Santos, Hospitales grupo Quironsalud Tenerife
- **REZUM:** Dr. Antonio Blanco Díez, Hospital San José, Las Palmas
- **UROLIFT:** Dra. Beatriz Gutiérrez Hidalgo, HUC
- **ITIND:** Dr. Pablo Juárez del Dago, Hospitales Universitarios San Roque y GUA Urología y Andrología, Las Palmas

15:30-16:00

**Neuromodulación con técnicas no invasivas. Mecanismo de acción. Pros y contras de cada técnica. ¿las mismas indicaciones?**

- **NMTP:** Dr. Jonathan Rodríguez Talavera, HUNSC
- **NESA:** Dr. Guillermo Conde Santos, Hospitales grupo Quironsalud Tenerife

16:00-16:20

**Manejo conservador de detrusor hipoactivo-a contráctil. Pros y contras de Cateterismo Intermitente frente a Optilume**

- Dra. Marta Jiménez Navarro, HUNSC
- Dr. José Alberto Hernández, HUGCDRN

16:20-16:45

**Vejiga hiperactiva y acomodación disminuida ¿dos tiempos de una misma realidad?**

- Dr. Omar B. Halawa González, HUNSC
- Dr. Eduardo Barroso Deyne, CHUIMI, Las Palmas de Gran Canaria

16:45-17:15

Pausa café

## MESA LITIASIS

---

**Moderadores:** Dr. Sergio Fumero Arteaga, Dr. David Kim Lee, Dra. Emma de Lorenzo Cáceres

17:15-17:30

**Novedades tecnológicas en endourología: Nuevos dispositivos de succión, nuevos láseres, robótica. ¿mejoran los resultados de la cirugía?**

**Ponente:** Dr. Victor Javier Ramos Gutiérrez, HUC

- 17:30-17:45 **Cirugía endoscópica bilateral simultánea (SBES), ¿nuevo estándar en la litiasis bilateral?**  
**Ponente:** Dr. Javier Falcón Barroso, HUNSC
- 17:45-18:00 **Evaluación y tratamiento médico de pacientes de alto riesgo litíasicos: quien necesita una evaluación metabólica, cómo y cuándo realizarla, recomendaciones dietéticas, tratamiento médico**  
**Ponente:** Dr. Patricio Navarro Medina, CHUIMI
- 18:00-19:00 **Debate a cuatro**  
Dr. Victor Javier Ramos Gutiérrez, HUC  
Dr. Javier Falcón Barroso, HUNSC  
Dr. Patricio Navarro Medina, CHUIMI  
Dra. Jesica García Pérez, HUGCDRN
- **Controversias en enduorología y litiasis**
  - **“Menuda piedra” casos clínicos que plantean distintas opciones y desafíos**
- 20:30 **Cena de Trabajo**

**SÁBADO 28 DE SEPTIEMBRE 2024**

- 08:30-13:15 **Presentación de los médicos residentes** (vídeos, pósters, presentaciones)
- 11:00-11:30 **Pausa café**
- 13:20-13:30 **Un año de experiencia con plataforma robótica Hugo RAS: Resultados, aprendizaje, y hacia dónde vamos.**  
**Ponente:** Dr. Pablo Juárez del Dago, Hospitales Universitarios San Roque y Gua Urología y Andrología
- 13:30-14:00 **Asamblea General de la Sociedad Canaria de Urología**







**COMPARACIÓN DE ABORDAJE ROBÓTICO Y LAPAROSCÓPICO EN CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: LOS RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO**

Lorenzo Giunco, Karina María Morales Megret, Catalina Hofmann, Daniel Cereijo Tejedor, Ana Cristina Plata Bello, Tomás Concepción Masip  
Hospital Universitario de Canarias

**CARCINOMA VESICAL CON INFILTRACIÓN DE RECTOSIGMA. ABORDAJE ROBÓTICO CON CISTECTOMÍA Y SIGMOIDECTOMÍA EN BLOQUE**

Lorenzo Giunco, Ana Cristina Plata Bello, Karina María Morales Megret, Catalina Hofmann, Tomás Concepción Masip  
Hospital Universitario de Canarias

**TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA EL CARCINOMA UROTELIAL DE VÍA URINARIA SUPERIOR: PRESENTACIÓN DEL ALGORITMO DE MANEJO TERAPÉUTICO EN NUESTRO CENTRO Y RESULTADOS DESDE 2018 HASTA LA ACTUALIDAD**

Monllor Méndez, Almudena, Fumero Arteaga, Sergio; Orribo Morales, Nuria; Falcón Barroso, Javier; Carrión Valencia, Almudena; Torres León, Lara; Clemente Graffigna, Raquel; Sotillo, Angelo Jesús; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife. Islas Canarias. España

**TÉCNICA DE TUBULARIZACIÓN DE LA PLACA URETRAL (TIP) CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS DE URETRA SECUNDARIA A REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS DISTAL**

Monllor Méndez, Almudena, Amir Nicolau B F, Jiménez Navarro M, González de Chaves Fernández E, Torres León L, Clemente Graffigna R, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Jiménez García P, Carrión Valencia A, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, Islas Canarias. España.

**COLPOSACROPEXIA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ROBÓTICO**

Clemente Graffigna Raquel, Conde Santos Guillermo, Rodríguez Talavera Jonathan, Halawa Omar, Ravina Manuel, Monllor Méndez Almudena, Sotillo Angelo, Díaz Mesa Carlos, Jiménez Patricia, Monllor Gisbert Monllor.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**IMPACTO DEL MARGEN QUIRÚRGICO POSITIVO TRAS LA TUMORECTOMÍA RENAL SOBRE EL RIESGO DE RECIDIVA TUMORAL**

Clemente Graffigna Raquel, Monllor Gisbert, Jesús, Monllor Méndez Almudena, Sotillo Angelo, Díaz Mesa Carlos, Jiménez Patricia, Rodríguez Talavera Jonathan.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM (HoLEP) EN RÉGIMEN DE CMA. RESULTADOS DE LOS 100 PRIMEROS CASOS EN NUESTRO CENTRO**

Cristian Expósito Rodríguez, Laverde Patiño, Diego; Suárez Hernández, Samuel; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Maldonado Guerrero, Victoria; Zaballos Carpintero, Vicente; Gonzalez Dávila, Enrique; León Media, Paula; Armas Molina, José Vicente; Artilles Hernández, José Luis.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil

**MICROURETEROSCOPIA (MICRO-URS) COMO TRATAMIENTO DE LITIASIS URETERAL DISTAL EN POBLACIÓN ADULTA SELECCIONADA EN RÉGIMEN AMBULATORIO**

Cristian Expósito Rodríguez, Navarro Medina, Patricio; Suárez Hernández, Samuel; De Lorenzo-Cáceres, Emma; Sánchez Bordón, Santiago; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Maldonado Guerrero, Victoria; Zaballos Carpintero, Vicente; León Media, Paula; Armas Molina, José Vicente; Artilles Hernández, José Luis.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.

**IMPACTO DEL ACETATO DE ABIRATERONA GENÉRICO EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO**

Alemán Álamo, S.; Benítez Naranjo, J.; León Medina, P.; Artilles Ortega, C.; Armas Molina, J. V.; Hernández Flores, C.N.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Zaballos Carpintero, V; Artilles Hernández, J.L.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO TERMINAL**

Benítez Naranjo, J.; Alemán Álamo, S.; León Medina, P.; Artilles Ortega, C.; Suárez Hernández, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Hernández Flores, C.N.; Armas Molina, J. V.; Artilles Hernández, J.L.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA COMBINADA INTRARRENAL FRENTE A LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN NUESTRO CENTRO**

Sanabria Cordero, Claudia, García Pérez, Jéssica; Guedes Oliva, Paolo; Sánchez Pérez, Miriam; Kim Lee, David; Jiménez Marrero, Pablo.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

**NEFROURETERECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA UROTELIAL PAPILAR INVASIVO EN RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Díaz Mesa C., Rodríguez Talavera J., Halawa González O., Clemente Graffigna R., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Monllor Gisbert J.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**PLACER PELIGROSO: LA URETRA COMO ZONA ERÓGENA**

Díaz Mesa C., Carrión Valencia A., Amir Nicolau B., Fumero Arteaga S., Clemente Graffigna R., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Rodríguez Talavera J., Monllor Gisbert J.  
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**PEMBROLIZUMAB ADYUVANTE EN CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: UNA SERIE DE CASOS**

Victoria Maldonado Guerrero, Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Cristian Expósito Rodríguez, Vicente Zaballos Carpintero, Paula León Medina, José Vicente Armas Molina, José Luis Artiles Hernández  
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

**INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN LAS COMPLICACIONES Y RESULTADOS FUNCIONALES DEL TRASPLANTE RENAL**

Benítez Naranjo, J.; Alemán Álamo, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Zaballos Carpintero, V.; Armas Molina, J.V.; León Medina, P.; Hernández Flores, C.N.; Artiles Hernández, J.L.  
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil

**CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y HALLAZGOS URODINÁMICOS. ¿ES NECESARIO EL ESTUDIO URODINÁMICO?**

Sotillo, Angelo J. Coautores: Torres León, Lara; Carrión Valencia, Almudena; Rodríguez Talavera, Jonathan; Jiménez Navarro, Marta; Clemente Graffin, Raquel; Monllor Mendez, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Monllor Gisbert, Jesús  
Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

**RESULTADOS DE LA URETROPLASTIA Y FACTORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA PRECOZ**

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Hernández Alemán, Ligia; Fernández Morales, María; Peñate Alemán, Moisés.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**11:00-11:30** Pausa café

**11:30-13:15** Presentación de los médicos residentes (vídeos, pósters, presentaciones)

**EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE CON ENFERMEDAD METASTÁSICA GANGLIONAR AISLADA**

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Hernández Alemán, Ligia; Fernández Morales, María; Peñate Alemán, Moisés.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**RESULTADOS TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO. PROGRAMA REGIONAL EN CANARIAS**

C. Hofmann, V.J. Ramos Gutierrez, L. Giunco, K. Morales Megret.  
Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias.

**VALIDEZ EXTERNA DE CALCULADORA DE RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN.**

Bordón Méndez, Marta; Guedes Oliva, Paolo; Hernández Alemán, Ligia; Jiménez Marrero, Pablo.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**EVALUACIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES EN EL USO DE RADIACIÓN EN LA CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL (RIRS).**

Guedes Oliva, Paolo; Kim Lee, David; Cordero Sanabria, Claudia; García Pérez, Jérica; Jiménez Marrero, Pablo; Bordón Méndez, Marta.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LÁSER HOLMIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA. UN ANÁLISIS COMPARATIVO RETROSPECTIVO ENTRE LAS TÉCNICAS EN BLOQUE Y POR LÓBULOS.**

Macía Díaz, Manuel; Briand, Clara; Reso Forns, Laura; De La Peña Zarzuelo, Enrique; Capitán Manjón, Carlos; Llorente Abarca, Carlos  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL**

Macía Díaz, Manuel; Miranda Berral, Lourdes; Sánchez Rosendo, Laura; De La Peña Zarzuelo, Enrique; Capitán Manjón, Carlos; Llorente Abarca, Carlos  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

**EXPERIENCIA INICIAL CON EL EMPLEO DEL MICROSULTRASONIDOS EN LA BIOPSIA PROSTÁTICA EN NUESTRO CENTRO**

Hernández Alemán, Ligia; Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Fernández Morales, María; Peñate Alemán, Moisés.  
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**SUPERVIVENCIA DE PACIENTES DE ALTO RIESGO POR CRITERIOS KEYNOTE 564 TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL POR CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: POTENCIAL USO DE LA ADYUVANCIA CON PEMBROLIZUMAB EN NUESTRO CENTRO.**

María Fernández, Paolo Guedes, Claudia Sanabria, Pablo Jiménez, Ligia Hernández, Moisés Peñate  
Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

**COMPLICACIONES EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN.**

Peñate Alemán, Moisés; Sanabria Cordero, Claudia; Guedes Oliva, Paolo; Marrero Umpiérrez, Natalia; Hernández Medina, José Alberto; Jiménez Marrero, Pablo.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**ABORDAJE ROBÓTICO DE LA PATOLOGÍA DEL NERVIIO PUDENDO: NEUROLISIS PUDENDA BILATERAL CON HUGO RAS**

Noya Mourullo, A.; Diana, P.; Cutanda Puigvert, R.; Ajubita Fernández, H.; Juárez del Dago Anaya, P.

Hospitales Universitarios San Roque

**ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIUM EN PROTOCOLO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN SOLO CENTRO**

Pietro Diana, Andrea Noya, Rubén Cutanda, Héctor Ajubita, Pablo Juárez del Dago

Hospitales Universitarios San Roque

**FACTORES PREDICTIVOS DE PERMANENCIA EN VIGILANCIA ACTIVA**

Macía Díaz, Manuel; Sánchez Rosendo, Laura; Gonzalo Balbás, Álvaro; Hernández Cañas, Virginia; Guijarro Cascales, Ana; Llorente Abarca, Carlos.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.







**RESÚMENES DE  
COMUNICACIONES  
PÓSTERS  
VÍDEOS**

## COMPARACIÓN DE ABORDAJE ROBÓTICO Y LAPAROSCÓPICO EN CISTECTOMÍA RADICAL CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO BRICKER: LOS RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO.

**Autor principal:** Lorenzo Giunco

**Coautores:** Karina María Morales Megret, Catalina Hofmann, Daniel Cereijo Tejedor, Ana Cristina Plata Bello, Tomás Concepción Masip.

**Centro de Trabajo:** *Hospital Universitario de Canarias*

**Objetivos:** El pilar del manejo del cáncer vesical músculo invasivo (CVMI) no metastásico es la cistectomía radical (CR). La implementación de técnicas mínimamente invasivas ha permitido disminuir las complicaciones postquirúrgicas, así como mejorar los resultados oncológicos de la CR. El objetivo del estudio es analizar los pacientes sometidos en nuestro centro a CR con derivación urinaria mediante conducto ileal según Bricker (CIB), comparando los resultados del abordaje robótico y laparoscópico.

**Material y método:** Incluimos pacientes con CVMI no metastásico intervenidos mediante CR, con realización intracorpórea de CIB. Analizamos los pacientes intervenidos con abordaje robótico y laparoscópico en nuestro centro, comparando resultados oncológicos (números de ganglios extraídos, márgenes libres de enfermedad) y evolución postquirúrgica (estancia hospitalaria, complicaciones inmediatas, estenosis ureteroileal).

**Resultados:** Entre marzo 2015 y julio 2023, 86 pacientes se sometieron a CR con realización intracorpórea de CIB en nuestro centro. De todos ellos, el 72% (62/86) se intervino con abordaje laparoscópico y el 28% (24/86) robótico. La mediana de edad ( $p=0,164$ ) y el riesgo quirúrgico según la clasificación ASA ( $p=0,800$ ), son comparables entre ambos grupos. No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas con respecto a: márgenes quirúrgicos afectados (12,90% vs 8,33%;  $p=0,528$ ); tasa de complicaciones de grado > II según Clavien-Dindo (16,13% vs 12,50%;  $p=0,666$ ); tasa de estenosis ureteroileal (23,21% vs 33,33%;  $p=0,405$ ). El abordaje robótico permitió mejores resultados con respecto a: número de ganglios linfáticos extraídos ( $p<0,001$ ) y tiempo de estancia hospitalaria ( $p=0,020$ ), con diferencias estadísticamente significativas.

**Conclusiones:** Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas facilitan el manejo del CVMI no metastásico mediante cistectomía radical, con bajas tasas de complicaciones postquirúrgicas graves. Sin embargo, persiste una moderada incidencia de estenosis ureteroileal, sin diferencias entre el abordaje laparoscópico y robótico. La cistectomía radical robótica permite extraer una mayor cantidad de ganglios linfáticos y determina una mejoría de la evolución postquirúrgica, con menor tiempo de estancia hospitalaria.

## **CARCINOMA VESICAL CON INFILTRACIÓN DE RECTOSIGMA. ABORDAJE ROBÓTICO CON CISTECTOMÍA Y SIGMOIDECTOMÍA EN BLOQUE**

**AUTOR PRINCIPAL:** Lorenzo Giunco

**COAUTORES:** Ana Cristina Plata Bello, Karina María Morales Megret, Catalina Hofmann, Tomás Concepción Masip.

**CENTRO DE TRABAJO:** *Hospital Universitario de Canarias*

**INTRODUCCIÓN:** El 75% de los pacientes con cáncer vesical se diagnostica en la fase de cáncer no músculo invasivo (CVNMI), el cual se caracteriza por tasas moderadas de progresión a cáncer músculo invasivo (CVMI). El tratamiento estándar del CVMI es la cistectomía radical (CR), que se incluye en un esquema de tratamiento multimodal, especialmente en los pacientes con enfermedad localmente avanzada.

**CASO CLÍNICO:** Un paciente varón de 69 años, sin antecedentes de interés, es remitido desde Atención Primaria con clínica de hematuria macroscópica monosintomática. Se realiza una cistoscopia, evidenciándose una lesión plana eritematosa de 3 centímetros de diámetro, que se maneja con RTU vesical. El resultado es de CVNMI urotelial de alto grado (pT1), que pasa a clasificarse como CVMI (pT2) en la RTU de confirmación. Tras estudiar el caso en el comité de tumores urológicos, se decide manejo multimodal. El paciente completa quimioterapia neoadyuvante tipo MVAC, evolucionando con un cuadro de anemia y síndrome confusional, que obliga a un ingreso prolongado. Una vez mejorado el estado clínico del paciente, se programa la intervención quirúrgica, con abordaje robótico. Durante el procedimiento se aprecia rectosigma diverticular, fusionado a cúpula vesical, impresionando de plastrón secundario a fistulización por infiltración tumoral o inflamatoria. Por lo tanto, se decide realizar cistectomía y sigmoidectomía, con exéresis en bloque de la lesión. Se completa la intervención quirúrgica mediante anastomosis colorrectal y derivación urinaria tipo Bricker, que se llevan a cabo de manera intracorpórea. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica demuestra un carcinoma urotelial con infiltración prostática y rectal (ypT4aN2). Los márgenes quirúrgicos resultan libres de enfermedad. Tras la recuperación postquirúrgica se plantea tratamiento adyuvante con radioterapia, sin embargo, el paciente realiza una progresión diseminada de su enfermedad, decidiéndose manejo paliativo de la misma.

**CONCLUSIÓN:** A pesar de tratamiento mediante cistectomía radical, el CVMI se suele caracterizar por altas tasas de progresión y mortalidad. En los pacientes con enfermedad localmente avanzada, las guías clínicas internacionales recomiendan un manejo multimodal de la enfermedad, siempre y cuando la terapia neoadyuvante no retrase la intervención quirúrgica. En el caso que presentamos, tras completar la pauta programada de quimioterapia neoadyuvante, realizamos una resección completa de la lesión mediante cistectomía y sigmoidectomía en bloque. En este caso no fue posible completar el manejo de la enfermedad mediante tratamiento adyuvante, debido a la progresión diseminada de la enfermedad en el periodo postquirúrgico.



## **TRATAMIENTO CONSERVADOR PARA EL CARCINOMA UROTELIAL DE VÍA URINARIA SUPERIOR: PRESENTACIÓN DEL ALGORITMO DE MANEJO TERAPÉUTICO EN NUESTRO CENTRO Y RESULTADOS DESDE 2018 HASTA LA ACTUALIDAD.**

**Autora principal:** Monllor Méndez, Almudena

**Coautores:** Fumero Arteaga, Sergio; Orribo Morales, Nuria; Falcón Barroso, Javier; Carrión Valencia, Almudena; Torres León, Lara; Clemente Graffigna, Raquel; Sotillo, Angelo Jesús; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús.

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife. Islas Canarias. España.*

**INTRODUCCIÓN:** La nefroureterectomía radical (NU) ha sido el gold standard de tratamiento para el carcinoma urotelial de vía urinaria superior (UTUC). El manejo conservador renal se ha reservado clásicamente para aquellas situaciones imperativas de preservación renal (tumor bilateral, riñón único, deterioro de la función renal).

Hoy en día se estratifica el UTUC entre bajo y alto riesgo, para valorar aquellos casos que se puedan beneficiar de tratamiento conservador renal teniendo en cuenta que las guías lo recomiendan en aquellos casos que cumplan criterios de bajo riesgo (enfermedad unifocal, <2 cm, no citología de alto grado, biopsia de bajo grado en URS, no aspecto invasivo en TC) así como los de alto riesgo con indicación imperativa.

Se debe tener en cuenta las características individuales de cada tumor y paciente ya que no existe consenso absoluto entre sociedades científicas en cuanto al manejo terapéutico ni seguimiento de estos pacientes.

### **OBJETIVOS:**

- Presentar el algoritmo de manejo terapéutico del UTUC en nuestro centro.
- Revisar las indicaciones y resultados de los pacientes sometidos a TE del UTUC en nuestro centro.

**MATERIAL Y METODOS:** Se incluyeron todos los pacientes sometidos TE del UTUC en nuestro centro desde 2018.

Presentamos el algoritmo de manejo terapéutico del UTUC en nuestro centro y análisis de los resultados.

**RESULTADOS:** Durante la exposición presentaremos el algoritmo de manejo terapéutico del UTUC en nuestro centro.

En los últimos 5 años recibieron TE del UTUC 7 pacientes (71% varones 29% mujeres).

Mediana de edad 77 años [54-91].

La indicación del TE fue en su mayoría imperativa (86%) por condición de monorroño (a excepción de uno ERC IV). La indicación electiva de tratamiento (1) fue por decisión del paciente.

Un 57% utilizó láser de fibra de Tulio, un 43 % láser Holmio. Instilación postoperatoria de MMC en 71%.

La mayoría presentó lesión única (57%). Ubicación renal (71%), uréter (14%) y multifocal (14%). Media de tamaño 21,86 mm [8-35]. Un 57% lesión vesical concomitante.

Durante el seguimiento se indicó la NU en un 14% de los pacientes, y con una mediana de seguimiento de 20 meses, un 29% no presentan recidiva neoplásica.

**CONCLUSIONES:** En el manejo endoscópico del UTUC es fundamental informar de los riesgos asociados, así como de la necesidad de vigilancia estrecha con seguimiento endoscópico periódico y llegar a un consenso con el paciente con el objetivo de minimizar la morbilidad sin comprometer los resultados oncológicos.



## TÉCNICA DE TUBULARIZACIÓN DE LA PLACA URETRAL (TIP) CON INJERTO DE MUCOSA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS DE URETRA SECUNDARIA A REPARACIÓN DE HIPOSPADIAS DISTAL.

**Autor principal:** Monllor Méndez, Almudena.

**Coautores:** Amir Nicolau B F, Jiménez Navarro M, González de Chaves Fernández E, Torres León L, Clemente Graffigna R, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Jiménez García P, Carrión Valencia A, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.

*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife, Islas Canarias. España.*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El hipospadias es causado por un desarrollo atípico del pene, que da como resultado la ubicación del meato uretral proximal a su posición habitual en el glande, en cualquier lugar a lo largo del eje del pene, escroto o periné.

En el 70% de los casos, el meato uretral se encuentra distalmente en el eje del pene. El 30% restante son proximales y a menudo implican una reparación más compleja.

Algunos pacientes pueden requerir múltiples intervenciones para lograr resultados satisfactorios.

El objetivo principal de la reparación del hipospadias es alcanzar la normalidad funcional y estética.

La estenosis uretral y las fistulas son las complicaciones más comunes en este tipo de cirugía.

El objetivo principal de este trabajo es combinar los principios de la técnica TIP con un injerto de mucosa bucal, en la corrección de estenosis uretral secundaria a la reparación de hipospadias distal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** En este video, presentamos el caso de un varón de 22 años que había sido sometido a dos intentos previos fallidos de reparación de hipospadias, con resultado de estenosis uretral.

La presencia de fibrosis y cicatrices en este escenario hacía más complejo lograr un resultado adecuado.

La técnica TIP (Tubularized Incised Plate) por sí sola se consideró insuficiente debido a su riesgo relativamente alto de estenosis (hasta un 30%).

Para abordar estos desafíos, combinamos los principios de la técnica TIP con un injerto de mucosa bucal.

El injerto se colocó dorsalmente sobre un lecho bien vascularizado de túnica albugínea, y la uretra fue tubularizada. Este enfoque tenía como objetivo reducir la probabilidad de fallo del injerto, fistula y estenosis recurrente.

Nuestro paciente fue sometido a esta intervención sin complicaciones inmediatas y hasta la fecha no ha requerido nueva intervención quirúrgica.

**RESULTADOS:** Con un seguimiento de 4 meses, no ha desarrollado ninguna de las complicaciones más comunes (fístula o estenosis) con buena cicatrización de la herida y buen flujo miccional.

Desde el punto de vista sexual, ha referido una mejora significativa (IIEF-5 24), con buenas erecciones sin dolor y satisfacción con el resultado estético.

**CONCLUSIÓN:** El injerto de mucosa bucal dorsal utilizando la técnica TIP es un método fiable para crear una placa uretral sustituta para la tubularización. Este enfoque es efectivo, sencillo y seguro, ofreciendo buenos resultados para el manejo de la estenosis uretral secundaria a la reparación de hipospadias distal.

## COLPOSACROPEXIA: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ROBÓTICO.

**Autor principal:** Clemente Graffigna Raquel.

**Coautores:** Conde Santos Guillermo, Rodríguez Talavera Jonathan, Halawa Omar, Ravina Manuel, Monllor Méndez Almudena, Sotillo Angelo, Díaz Mesa Carlos, Jiménez Patricia, Monllor Gisbert Monllor.

**Centro de trabajo:** *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

**Objetivo:** Presentación visual de la técnica quirúrgica en la colposacropexia, así como diferencias entre el abordaje laparoscópico y robótico.

### **Material y métodos:**

En este trabajo se presentan dos vídeos en el que se expone la técnica quirúrgica de colposacropexia mediante abordaje laparoscópico y robótico, así como sus diferencias.

El primer caso, se trata de una mujer de 51 años que como antecedentes relevantes presentaba una reparación endoanal de rectocele en 2017, así como 5 partos por vía vaginal.

La segunda paciente de 82 años presentaba como antecedentes quirúrgicos destacables una histerectomía por vía vaginal y una plastia anterior en 2013.

Ambas pacientes fueron diagnosticadas de rectocele recidivado grado III en el primer caso y en el segundo, cistocele grado III recidivado. El estudio urodinámico confirmó, además, incontinencia urinaria de esfuerzo en ambos casos.

En las dos pacientes, se indicó la reparación quirúrgica mediante colposacropexia combinada con sling suburetral TOT(tension free trans obturator tape).

### **Resultados:**

La primera paciente se sometió a una colposacropexia mediante abordaje laparoscópico, mientras que en el segundo caso se empleó la técnica robótica.

En ambos casos se obtuvieron resultados postoperatorios similares, sin ninguna complicación intraoperatoria ni postoperatoria.

La vía de abordaje clásica ha sido el abordaje abierto pero en los últimos años, la cirugía laparoscópica, y más recientemente, el abordaje robótico han supuesto un gran cambio en la resolución de los POP.

Se ha demostrado que las técnicas mínimamente invasivas presentan una tasa de éxito mayor y una menor tasa de recidiva.

Los estudios realizados hasta ahora no han demostrado diferencias significativas entre el abordaje laparoscópico y robótico. Ambas, parecen presentar los mismos resultados y la misma morbilidad.

### **Conclusiones:**

En conclusión, el abordaje laparoscópico y robótico parece haber mejorado los resultados de la colposacropexia, así como disminuir los posibles efectos secundarios.

Nuevas revisiones y metaanálisis, defienden que el abordaje robótico, a pesar de tener un mayor costo, aporta mayor precisión y ergonomía al cirujano, así como mejor accesibilidad al promontorio sacro para fijar la malla.

## **IMPACTO DEL MARGEN QUIRÚRGICO POSITIVO TRAS LA TUMORECTOMÍA RENAL SOBRE EL RIESGO DE RECIDIVA TUMORAL.**

**Autor:** Clemente Graffigna Raquel.

**Coautores:** Monllor Gisbert, Jesus, Monllor Méndez Almudena, Sotillo Angelo, Díaz Mesa Carlos, Jiménez Patricia, Rodríguez Talavera Jonathan.

**Centro de trabajo:** *Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

**Objetivo:** Determinar el impacto del margen quirúrgico positivo tras la nefrectomía parcial sobre la recurrencia tumoral.

### **Material y métodos:**

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes sometidos a tumorectomía renal laparoscópica por tumor renal localizado desde enero del 2018 hasta diciembre de 2022.

Se recogieron un total de 86 pacientes de los cuales 26 presentaron márgenes quirúrgicos positivos (30,23%).

El seguimiento mínimo que se realizó fue de 24 meses.

Se recogieron datos sobre las características macroscópicas e histológicas del tumor, así como datos demográficos de los pacientes.

Se evaluó la supervivencia libre de enfermedad o de recaída, así como la supervivencia general.

### **Resultados:**

La mediana de edad fue de 62 años y el tamaño tumoral promedio fue de 3,37cm.

Se realizó una mediana de seguimiento de 48 meses.

El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma renal de células claras (47,67%), seguido del carcinoma renal papilar tipo 1.

En cuanto a la clasificación según el R.E.N.A.L score: 18 (72%) de los 25 pacientes con márgenes positivos presentaron un score 2 (complejidad quirúrgica moderada), 6 pacientes (24%) un score de 1 (complejidad quirúrgica baja) y 1 paciente (4%) presentó una complejidad quirúrgica alta.

De los 86 pacientes incluidos en el estudio, 3 desarrollaron recidiva tumoral en el seguimiento (3,49%). 2 de los pacientes con recaída oncológica, presentaban margen quirúrgico positivo.

Todos los pacientes con recidiva en el seguimiento presentaban tumores renales de subtipo células claras.

### **Conclusiones:**

No se observó una correlación estadísticamente significativa entre el margen quirúrgico positivo en las tumorectomías renales y la supervivencia libre de enfermedad o general.

Sin embargo, se necesitan estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para valorar con mayor solidez el impacto de este factor pronóstico.

## ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIUM (HoLEP) EN RÉGIMEN DE CMA. RESULTADOS DE LOS 100 PRIMEROS CASOS EN NUESTRO CENTRO.

**Autor principal:** Cristian Expósito Rodríguez.

**Coautores:** Laverde Patiño, Diego; Suárez Hernández, Samuel; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Maldonado Guerrero, Victoria; Zaballos Carpintero, Vicente; Gonzalez Dávila, Enrique; León Media, Paula; Armas Molina, José Vicente; Artiles Hernández, José Luis.

**Centro de Trabajo:** *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar los resultados de la cirugía de enucleación prostática con láser holmium (HoLEP) como tratamiento de la hipertrofia benigna de próstata en régimen de cirugía mayor ambulatoria.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo en el que se analizaron los resultados obtenidos en los primeros cien pacientes sometidos a HoLEP en nuestro centro, entre mayo de 2023 y agosto de 2024, en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Se recogieron múltiples variables preoperatorias, incluidas las características de los pacientes, parámetros de flujometría, indicadores de gravedad (IPSS), volumen prostático, PSA, entre otras. También se registraron variables relacionadas con el acto quirúrgico, así como características postoperatorias, tales como anatomía patológica, complicaciones inmediatas y tardías, resultados de satisfacción y resultados funcionales, los cuales fueron comparados con los parámetros prequirúrgicos.

**Resultados:** El promedio de edad de los pacientes es de 67 años, presentando el 56% síntomas moderados según la escala IPSS. El 74% de los pacientes no eran portadores de sonda vesical permanente; la mediana de PSA fue de 2.1 (0.9;4.3); y el volumen prostático medio antes de la cirugía y el volumen resecado fue de 70.1 cc y 54 gr, respectivamente.

Todos los pacientes fueron dados de alta a las 24 horas o menos con un 10% de ingresos prematuros por hematuria macroscópica o RAO como principales motivos. El tiempo medio de sondaje vesical post-cirugía fue de 3.3 días. El 1% presentó incontinencia urinaria de esfuerzo leve-moderada y el 4% estenosis uretral. Se observó una mejoría significativa ( $p < 0.001$ ) en los indicadores flujométricos como  $Q_{\max}$ , volumen miccional y RPM a los 3 meses postoperatorios. La satisfacción global de los pacientes, medida con el cuestionario SERCAL, fue sobresaliente con una puntuación media de 9,08 puntos.

**Conclusiones:** La enucleación de próstata con láser Holmium (HoLEP) es una técnica quirúrgica segura que se puede realizar en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Presenta una baja tasa de complicaciones y ofrece importantes beneficios, como una estancia hospitalaria corta y gran mejoría de los síntomas y de la dinámica miccional. La alta satisfacción de los pacientes respalda estos resultados positivos.

## **MICROURETEROSCOPIA (MICRO-URS) COMO TRATAMIENTO DE LITIASIS URETERAL DISTAL EN POBLACIÓN ADULTA SELECCIONADA EN RÉGIMEN AMBULATORIO.**

**Autor principal:** Cristian Expósito Rodríguez.

**Coautores:** Navarro Medina, Patricio; Suárez Hernández, Samuel; De Lorenzo-Cáceres, Emma; Sánchez Bordón, Santiago; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Maldonado Guerrero, Victoria; Zaballos Carpintero, Vicente; León Media, Paula; Armas Molina, José Vicente; Artilles Hernández, José Luis.

**Centro de Trabajo:** *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil.*

### **Resumen**

**Objetivos:** Evaluar la efectividad y seguridad de la micro-ureteroscopia (micro-URS) en el tratamiento de la litiasis ureteral distal en pacientes adultos en régimen ambulatorio.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los pacientes adultos femeninos intervenidos de microureteroscopia para el tratamiento de la litiasis ureteral distal. Se evaluaron un total de 10 procedimientos realizados entre junio de 2023 y agosto de 2024 en régimen ambulatorio, bajo sedación o con anestésico intrauretral. El microureteroscopio utilizado consta de una vaina de 4,85 Fr, un sistema óptico flexible de 0,9 mm de diámetro y un adaptador Luer-lock de 3 brazos para conectar la vaina e insertar la óptica. Se han recogido variables relacionadas con las características del paciente, la litiasis, el procedimiento quirúrgico, las complicaciones, así como variables de resultado.

**Resultados:** Los datos están siendo analizados en el momento actual, por lo que no se pueden aportar en este abstract. No obstante, el día de la presentación se aportarán los resultados de los datos analizados en el sistema SPSS.

**Conclusiones:** No se ha podido obtener ninguna conclusión de los datos obtenidos porque en el momento de la realización de este abstract, no ha finalizado aún el análisis estadístico.

Sin embargo, para el día del congreso regional de urología se plasmarán conclusiones obtenidas.



## IMPACTO DEL ACETATO DE ABIRATERONA GENÉRICO EN EL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Alemán Álamo, S.; Benítez Naranjo, J.; León Medina, P.; Artiles Ortega, C.; Armas Molina, J. V.; Hernández Flores, C.N.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Zaballos Carpintero, V; Artiles Hernández, J.L.

*Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil*

**Objetivos:** Evaluar el impacto sobre los pacientes del uso de acetato de abiraterona genérico frente a Zytiga® y los antagonistas del receptor de andrógenos (ARTA), respecto a efectos adversos y evolución de la enfermedad.

**Material y métodos:** Se analizaron 101 pacientes en seguimiento por el Servicio de Urología del Hospital Insular de Gran Canaria con diagnóstico de cáncer de próstata metastásico (tanto resistente a la castración como hormonosensible), a los cuales se les inició la terapia con acetato de abiraterona genérico, Zytiga® o con ARTA, entre enero de 2018 y diciembre de 2023. Las variables fueron recogidas mediante la historia clínica electrónica. Para el análisis de los datos, se estratificó la muestra según el agente administrado: acetato de abiraterona genérico (n=24); Zytiga® (n=23) y ARTA (n=63).

**Resultados:** La edad media de inicio del tratamiento fue de 72 años. El 43.6% de los pacientes eran resistentes a la castración metastásicos, mientras que el resto eran hormonosensibles metastásicos: de novo y alto riesgo/volumen el 20.9%; de novo y bajo riesgo/volumen el 29% y recurrente el 6.4%. El 36.4% de los pacientes presentó algún tipo de efecto adverso durante el tratamiento, sin encontrarse diferencias entre la abiraterona genérica (15%) y el Zytiga® (17.5%). Los más frecuentes fueron los edemas en miembros inferiores (10%), la astenia leve (9%) y la hipertensión arterial controlada con medicación antihipertensiva (9%), sin diferencias estadísticas entre grupos. Solamente 4 pacientes requirieron cambio de tratamiento, siendo todos del grupo de los ARTA. El 41% de los pacientes progresó durante el período de tratamiento, siendo el tiempo medio de 15 meses. De los pacientes tratados con Zytiga®, solo el 9.1% tuvo progresión de la enfermedad, frente al 57.1% de los tratados con abiraterona genérica y 50% de los de ARTA, con diferencias significativas ( $p < 0.001$ ). El tiempo medio a la progresión fue de 15 meses.

**Conclusión:** En nuestra serie, la abiraterona genérica tiene un perfil de seguridad y eficacia no inferiores a Zytiga® y a los demás ARTA.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO TERMINAL

Benítez Naranjo, J.; Alemán Álamo, S.; León Medina, P.; Artilles Ortega, C.; Suárez Hernández, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Hernández Flores, C.N.; Armas Molina, J. V.; Artilles Hernández, J.L.

*Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil*

**Objetivos:** Evaluar la calidad de vida (QoL) en el cáncer de próstata metastásico terminal y analizar los factores que influyen en ella.

**Material y métodos:** Se analizaron 102 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata derivados a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de nuestro Centro entre 2018 y 2023.

Mediante la historia clínica se recogieron las variables etnográficas y las relacionadas con la enfermedad. La QoL se valoró administrando el cuestionario EuroQoL-5D en cada consulta de UCP. Para analizar los datos, se estratificó la muestra en tres grupos según la puntuación del EuroQoL-5D en la última consulta, siendo 1 el mejor estado de salud posible: 1-0.75 (n=41); 0.74-0.5 (n=31) y menor a 0.5 (n=30)

**Resultados:** Todos los pacientes fueron derivados a la consulta de UCP en estadio metastásico. El 47% tenían enfermedad localizada al diagnóstico, mientras que el 53% fue metastásico al debut. El síntoma más frecuente fue el dolor (70%). El 19% presentó uropatía obstructiva con necesidad de sonda vesical permanente o nefrostomía, siendo la mayoría del grupo con mejor QoL. A la derivación, el 62% tenía buena QoL, independientemente de la historia oncológica previa y del tratamiento recibido. Aquellos que obtuvieron menor puntuación en la primera visita tuvieron peor QoL al final de la vida (p 0.004). Esto viene determinado por el estado funcional al momento de la derivación, ya que el grupo con menor QoL lo integran aquellos con peor Índice de Barthel y ECOG (p <0.001 y 0.005). Aquellos pacientes con peor QoL tuvieron un mayor intervalo de tiempo desde el diagnóstico hasta la derivación a UCP. Por último, los pacientes derivados desde Urología a UCP (64%), presentaron mejor QoL al final de la vida que los derivados desde Oncología (p 0.001).

**Conclusión:** El manejo conjunto y precoz de UCP y urología mejora la QoL del paciente con cáncer de próstata terminal. El control de síntomas urológicos por personal entrenado consigue que los pacientes derivados de urología partan de mejor status y que elementos como la derivación urinaria no influyan en empeorar su QoL.

## EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA COMBINADA INTRARRENAL FRENTE A LA NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN NUESTRO CENTRO RESUMEN

**Autor principal:** Sanabria Cordero, Claudia.

**Coautores:** García Pérez, Jéssica; Guedes Oliva, Paolo; Sánchez Pérez, Miriam; Kim Lee, David; Jiménez Marrero, Pablo.

**Centro de trabajo:** *Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.*

**Introducción:** El desarrollo de la cirugía endoscópica combinada para el manejo de pacientes con alto volumen litiasico ha permitido mejorar los resultados quirúrgicos, consiguiendo mayores tasas libres de litiasis tras un único procedimiento, con menores complicaciones asociadas.

**Objetivo:** Comparar la tasa libre de litiasis (SFR) y la seguridad de ambas técnicas.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a Cirugía Endoscópica Combinada Intrarrenal (ECIRS) y a Nefrolitotomía Percutánea (PCNL) entre los años 2019 y 2023, ambos inclusive, en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Se ha utilizado el SPSS para llevar a cabo un análisis descriptivo de la muestra (edad, sexo, días en lista de espera quirúrgica, número tamaño y localización de litiasis, tiempo quirúrgico, tiempo de radiación y radiación recibida). Se ha realizado un estudio comparativo entre ambos grupos, analizando diferencias en cuanto a complicaciones en postoperatorio inmediato y a los tres meses (definidas según la clasificación de Clavien-Dindo), SFR (definida como restos litiasicos  $\leq 3$  mm en radiografía de abdomen de control a los 3 meses de una única cirugía) y número reintervenciones.

**Resultados:** Bajo un total de 84 pacientes registrados, 37 fueron sometidos a ECIRS y 47 a PCNL. Al realizar el análisis univariante, no se objetivaron diferencias en cuanto a las características generales de ambos grupos de estudio, recogidas en la Tabla I, siendo estos comparables.

La SFR en el grupo de ECIRS fue de 45,95% (n=17), de forma que un 54,01% de los pacientes requirió de una nueva intervención quirúrgica. Mientras que en el grupo de PCNL, la SFR fue de 68,01% (n=32), con un porcentaje de reintervención del 31,91%.

La tasa libre de litiasis fue mayor en el grupo de PCNL con respecto al grupo de ECIRS, siendo estas diferencias estadísticamente significativas (OR 0,398, IC95% 0,163 – 0,971; p=0.041).

Un 54,05% (n=20) de los pacientes del grupo ECIRS requirió de una nueva intervención, con respecto al 31,91% (n=15) de pacientes en el grupo de PCNL, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No se registraron diferencias en términos de complicaciones inmediatas ni a los tres meses de seguimiento.

**Conclusión:** Los resultados en términos de seguridad y eficacia son consistentes con otras series publicadas. En nuestro medio existe una superioridad en eficacia de la PCNL, con mayor SFR y menor número de reintervenciones frente a la ECIRS.

		ECIRS n=37	PCNL n=47
<b>EDAD MEDIA</b>		53 ± 13 años	
<b>LATERALIDAD</b>	<b>IZQUIERDA</b>	22	29
	<b>DERECHA</b>	15	18
<b>TAMAÑO DE LITIASIS</b>	≤ 20 mm	6	7
	20 m - ≤ 40 mm	15	27
	>40 mm	16	13
<b>TIEMPO QUIRÚRGICO</b>		182,5	125
<b>(mediana, min)</b>		(148,75 – 209,25)	(115 – 155)
<b>TIEMPO RADIACIÓN (media, seg)</b>		445,13	421,29
<b>RADIACIÓN (mediana, mGy)</b>		87,5 (61,15 – 119,5)	83,65 (52,08 – 137)
<b>FRAGMENTACIÓN</b>		Holmio + shockpulse	Shockpulse
<b>USO DE CESTILLA/PINZA</b>		6	7
<b>COLOCACIÓN CATÉTER JJ</b>		31	35
<b>ESTANCIA HOSPITALARIA (mediana, días)</b>		3 (2 – 3)	3 (2 – 3)
<b>COMPLICACIÓN INGRESO (Clavien-Dindo ≤3)</b>		3	1
<b>COMPLICACIÓN A 3 MESES (Clavien-Dindo ≤3)</b>		1	1

TABLA I. Características de la muestra según el tipo de cirugía.

## NEFROURETERECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA UROTELIAL PAPILAR INVASIVO EN RIÑÓN EN HERRADURA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

**Autores:** Díaz Mesa C., Rodríguez Talavera J., Halawa González O., Clemente Graffigna R., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Monllor Gisbert J.  
*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

**Introducción:** El riñón en herradura es una malformación congénita caracterizada por la fusión de los riñones a través de sus polos inferiores. Esta condición afecta aproximadamente al 0.25% de la población, siendo dos veces más común en varones. El carcinoma urotelial, que constituye entre el 5% y el 10% de todos los cánceres uroteliales, también predomina en varones, principalmente en la sexta o séptima década de la vida. Aunque la literatura médica describe varios casos de carcinoma urotelial en pacientes con riñón en herradura, hasta la fecha no se ha establecido una asociación clara entre ambas condiciones. La mayoría de los carcinomas renales se diagnostican de forma incidental (60%), siendo la clínica más frecuente: dolor, hematuria, pérdida de peso y síndrome de Wunderlich.

**Objetivo:** Descripción del diagnóstico, manejo quirúrgico y seguimiento de 1 caso de carcinoma urotelial invasivo en paciente con riñón en herradura. Revisión de la literatura.

**Material y métodos:** Revisión de un caso de Carcinoma urotelial papilar invasivo en paciente con riñón en herradura. Valoración de la clínica del paciente, diagnóstico, manejo terapéutico y evolución posterior.

**Resultados:** Revisión de 1 caso, varón de 60 años, acude a urgencias por hematuria y dolor en fosa renal derecha. Hallazgo en TC de riñón en herradura con lesión en pelvis renal derecha. Se realizó nefroureterectomía derecha laparoscópica con sección del istmo renal. Durante la cirugía se identificaron 3 hiliros renales: dos en polo superior y uno en región medial, además de una arteria renal en polo inferior. El diagnóstico anatomopatológico fue de Carcinoma urotelial papilar invasivo de alto grado (pT2). En consultas posteriores el paciente evoluciona de manera favorable.

**Conclusión:** La asociación de carcinoma urotelial en pacientes con riñón en herradura es infrecuente. El retraso en el diagnóstico se debe a que la mayoría de los pacientes son asintomáticos en fases tempranas o presentan síntomas inespecíficos. La anatomía del riñón en herradura, junto con las variantes anatómicas identificadas intraoperatoriamente, convierten la cirugía laparoscópica en un reto para el cirujano.

**Palabras clave:** riñón en herradura, carcinoma urotelial, nefroureterectomía laparoscópica, hematuria.



## PLACER PELIGROSO: LA URETRA COMO ZONA ERÓGENA

**Autores:** Díaz Mesa C., Carrión Valencia A., Amir Nicolau B., Fumero Arteaga S., Clemente Graffigna R., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Rodríguez Talavera J., Monllor Gisbert J.  
*Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

**Introducción:** El hallazgo de cuerpos extraños uretrovesicales es poco frecuente. Una de las causas más frecuentes es la autointroducción con intención de estimulación sexual. La presentación clínica varía, incluyendo síntomas como disuria, hematuria, infección de tracto urinario, retención urinaria, ...

Si no se realiza un diagnóstico adecuado para identificar la causa, el cuadro puede evolucionar a una sepsis urinaria o fracaso renal agudo (FRA).

La realización de pruebas de imagen puede ser necesaria para conocer la forma y tamaño del objeto y posibles complicaciones asociadas. Esto permite plantear el manejo, siendo la endoscopia la primera opción, o en caso de que esta técnica no fuese viable realizar una cirugía abierta.

**Objetivo:** Descripción de nuestra serie de casos con diagnóstico de cuerpo extraño en la vía urinaria inferior auto introducido, entre 2012 y 2024. Análisis del tipo de cuerpo extraño, las características del paciente, su clínica y el tratamiento. Revisión de la literatura al respecto.

**Material y métodos:** Revisión de 7 casos de cuerpo extraño uretrovesical. Valoración de la anamnesis, exploración física, tipo de objeto, pruebas complementarias y tratamiento realizado.

**Resultados:** Revisión de 7 casos, 4 varones y 3 mujeres, con edad comprendida entre los 16 y los 55 años. En 2 casos existía el diagnóstico de trastorno mental y en otro caso limitación física de causa neurológica. El resto de los pacientes no tenía déficit conocido ni valoración psiquiátrica previa.

En 6 de los 7 casos se solicitó una radiografía de abdomen-pelvis.

En 6 de los 7 casos, la extracción del cuerpo extraño se realizó de forma endoscópica. Solo en 1 caso fue necesario recurrir a una cistostomía. En los controles posteriores se comprobó que todos los pacientes evolucionaron de manera favorable sin presentar complicaciones a corto plazo.

Existe abundante literatura, que describe todo tipo de objetivos alojados: pilas; cables, imperdibles, agujas, cañas, bolígrafos, cepillos de dientes, etc....El tratamiento ideal debe tener en cuenta el sexo y la edad del paciente; tamaño, localización del objeto, posibilidad de migración y lesiones asociadas. El manejo endoscópico con extracción transuretral es el método más fisiológico y con menos complicaciones. Otras opciones son la cirugía abierta y laparoscópica, el abordaje percutáneo o la combinación de los anteriores.

**Conclusión:** Los cuerpos extraños uretrovesicales son una patología infrecuente con variabilidad en la sintomatología, lo cual dificulta el diagnóstico y retrasa el tratamiento. Se asocia con frecuencia a alteraciones mentales y la causa más frecuente es la autointroducción voluntaria con fines erótico-sexuales. El tratamiento por vía endoscópica resulta una opción segura y debe valorarse como primera opción.

**Palabras clave:** cuerpo extraño, uretra, vejiga, disuria, cistoscopia.

## PEMBROLIZUMAB ADYUVANTE EN CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: UNA SERIE DE CASOS

Victoria Maldonado Guerrero, Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Cristian Expósito Rodríguez, Vicente Zaballos Carpintero, Paula León Medina, José Vicente Armas Molina, José Luis Artilés Hernández  
*Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*

### Abstract

**Introducción:** La adyuvancia en el cáncer renal en monoterapia con Pembrolizumab ha demostrado una reducción del riesgo de recurrencia en los pacientes con CCR en enfermedad localizada (estadios I, II y III): Keynote 564, publicado en 2021.

**Materiales y Métodos:** En esta serie se presentan los primeros cinco pacientes con diagnóstico de carcinoma renal de células claras que han recibido Pembrolizumab como tratamiento adyuvante tras la nefrectomía en el Hospital Insular de Gran Canaria. Se realiza una descripción de las características de los pacientes y del tumor, así como un resumen de las toxicidades tras el tratamiento y el seguimiento de los pacientes hasta la actualidad.

**Resultados:** Entre los efectos de los pacientes, cabe destacar que en uno de ellos se tuvo que interrumpir el tratamiento adyuvante a los 10 meses por artritis; y en otro de los pacientes se ha tenido que hacer un rescate quirúrgico en la suprarrenal ipsilateral en donde se ha evidenciado necrosis y células atípicas inmunohistoquímicamente sugestivas de carcinoma modificado por el tratamiento.

**Bibliografía:** Choueiri, T. K., Tomczak, P., Park, S. H., Venugopal, B., Ferguson, T., Chang, Y. H., ... & Powles, T. (2021). Adjuvant pembrolizumab after nephrectomy in renal-cell carcinoma. *New England Journal of Medicine*, 385(8), 683-694.

## INFLUENCIA DE LA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA EN LAS COMPLICACIONES Y RESULTADOS FUNCIONALES DEL TRASPLANTE RENAL

Benítez Naranjo, J.; Alemán Alamo, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Zaballo Carpintero, V.; Armas Molina, J.V.; León Medina, P.; Hernández Flores, C.N.; Artiles Hernández, J.L.

*Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil*

**Introducción:** Nuestro centro inicia el programa de trasplante renal en 2007 con un equipo de cirujanos adyuntos sin experiencia previa en este campo. Durante este período los residentes colaboran en las cirugías como ayudantes. Posteriormente, alrededor del año 2018, estos residentes y adyuntos jóvenes se unen al programa como cirujanos.

**Objetivo:** Estudiar el impacto de la experiencia del cirujano en las complicaciones y los resultados funcionales del trasplante renal.

**Material y métodos:** Se realiza revisión de los pacientes trasplantados en nuestro centro desde el año 2007 y se seleccionan tres grupos según el nivel de experiencia de los cirujanos:

- Pacientes intervenidos por cirujanos noveles sin experiencia previa (<30 trasplantes, n=49), que serían los primeros trasplantes realizados en nuestro centro.

- Pacientes intervenidos por cirujanos expertos (>60 trasplantes, n=43).

- Pacientes intervenidos por cirujanos noveles, que habían realizado ayudantía en esta cirugía durante su residencia (<30 trasplantes, n=44).

**Resultados:** Las características de los pacientes son similares en los tres grupos. A todos los pacientes del grupo de cirujanos noveles se les implantó injertos extraídos de donantes en muerte cerebral frente al 55,78% del otro grupo. Los tiempos de isquemia fría fueron mayores en el grupo de cirujanos expertos (20,5h vs. 8h,  $p<0,01$ ). El tiempo de vena y arteria fue mayor en el grupo de cirujanos noveles (60min. Vs. 26min.,  $p<0,01$ ), así como también lo fue el tiempo quirúrgico (140 vs. 80min.;  $p<0,01$ ). Los pacientes intervenidos por el grupo experto presentaron menor tiempo de ingreso (10 vs. 13 días,  $p=0,04$ ). Hubo dos linfocitos en el grupo de cirujanos noveles y ninguno en el de cirujanos expertos.

Hubo más hematomas del lecho en el grupo de cirujanos noveles (14,3% vs. 4,7%,  $p=0,16$ ). La creatinina al alta fue mayor en el grupo de cirujanos senior (2,5 vs. 1,75;  $p<0,05$ ).

No hubo diferencias en días hasta diuresis eficaz, bolsas de sangre transfundidas, sesiones de diálisis que se precisan ni en el resto de complicaciones.

El grupo de cirujanos noveles con experiencia en ayudantía presentó mejores tiempos quirúrgicos (100 vs. 140min,  $p<0,01$ ) y de anastomosis vascular (34 vs. 26,  $p<0,01$ ) que el grupo de cirujanos noveles sin experiencia previa.

**Conclusiones:** La experiencia quirúrgica en el trasplante renal mejora el tiempo quirúrgico total y el de anastomosis vascular. No se observaron diferencias significativas en complicaciones quirúrgicas.

## **CORRELACIÓN ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO Y HALLAZGOS URODINÁMICOS. ¿ES NECESARIO EL ESTUDIO URODINÁMICO?**

Sotillo, Angelo J. Coautores: Torres León, Lara; Carrión Valencia, Almudena; Rodríguez Talavera, Jonathan; Jiménez Navarro, Marta; Clemente Graffin, Raquel; Monllor Mendez, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Monllor Gisbert, Jesús

*Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.*

### **Introducción:**

La incontinencia urinaria es una patología muy frecuente, siendo la Incontinencia Urinaria de Esfuerzos (IUE) la más habitual. Dado que el diagnóstico clínico puede ser impreciso y las complicaciones quirúrgicas complejas, es esencial confirmar el diagnóstico con pruebas objetivas y estudios urodinámicos (EUD), aunque en ocasiones se pone en duda la realización previa al tratamiento de la IUE

### **Objetivo:**

Evaluar la concordancia entre los síntomas del tracto urinario inferior y el diagnóstico urodinámico.

### **Material y Métodos:**

Revisión retrospectiva de pacientes con hallazgos clínicos de IUE sometidos a una evaluación urodinámica en nuestro centro entre 2015 y 2023, previo a tratamiento. quirúrgico de la IUE. Análisis de características demográficas, anamnesis, exploración física y hallazgos en EUD.

### **Resultados:**

Se evaluó a 67 pacientes. El 94% eran mujeres, con edades comprendidas entre 25 a 86 años de edad, con una edad media al momento de la consulta de 54 años. Del total de la muestra 22 eran fumadores (31,4%), una media de IMC de 31,9%. 51 pacientes refiere estreñimiento (72,9%), ITU recurrentes en 41 pacientes (58,6%), y DM tipo 2 sólo 9 pacientes (13%).

De las mujeres estudiadas, 41 de ellas tenían de entre 2 o más partos (58,6%) y como antecedentes quirúrgicos 21 pacientes con cirugía ginecológica (30,4%) previa. Del total de pacientes evaluados clínicamente, se diagnosticaron con IUE siendo confirmados 52 pacientes su diagnóstico a través del estudio urodinámico representando el 77,6%. El resto de pacientes, 4 de ellos con hiperactividad del detrusor, 11 pacientes con IUM con predominio de urgencia.

De la literatura revisada, se obtienen datos algo más bajos en la correlación entre los síntomas y los hallazgos en el EUD (68-70%).

### **Conclusión:**

En pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo puro, sin conocer el resultado de otras evaluaciones clínicas, el estudio urodinámico puede proporcionar información útil para definir el tratamiento. En nuestra serie, casi el 15% de los pacientes con diagnóstico clínico de IUE, no se demostraba en el EUD, cambiando probablemente, el abordaje terapéutico.

## RESULTADOS DE LA URETROPLASTIA Y FACTORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA PRECOZ

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Hernández Alemán, Ligia; Fernández Morales, María; Peñate Alemán, Moisés.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

**Introducción:** La estenosis uretral es una entidad marginal en el campo urológico, no obstante, produce un gran deterioro en la calidad de vida de los pacientes. En la actualidad, su tratamiento de referencia es la Uretroplastia. Sin embargo, debido a la rareza de esta entidad hace que muchos urólogos no estén familiarizados con esta intervención y abusen de procedimientos más sencillos de forma reiterada. Esta mala praxis tiene un gran impacto económico en el sistema sanitario (coste de oportunidad elevado) y en la calidad de vida de los pacientes.

**Objetivo:** Establecer el éxito de la Uretroplastia en nuestro centro e identificar posibles factores pronósticos de recaída precoz.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante Uretroplastia en el HUGCDN entre 2015 y 2023. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo en el que se recogen datos sobre los antecedentes de los pacientes, la características de las estenosis (etiología, longitud y localización) y el proceso de diagnóstico y seguimiento. Previo a la recogida de la información, se definió "éxito quirúrgico" como la ausencia de manipulación (cirugía abierta, procesos endoscópicos o programa de dilatación) tras la intervención. Por último se analizaron factores pronósticos de recidiva dentro del primer año.

**Resultados:** En el estudio fueron incluidos 49 pacientes varones (características de la muestra recogidas en tabla 1) con una edad media de 52 (44-68) y un Q<sub>máx</sub> pre quirúrgico de 6.75 (3.17-7.8).

Las características de la estenosis están recogidas en la tabla 2 y 3 y en el gráfico 1. El tiempo de seguimiento medio fue de 25.5 meses (14-32.25), la tasa de éxito durante el primer año fue de 83.7 % y el Q<sub>máx</sub> post quirúrgico fue de 21 (14-30). Los tipos de intervención están recogidos en la tabla 4. Finalmente, se estratifico a la muestra según el éxito de la cirugía, encontrando únicamente diferencias significativas en el Q<sub>máx</sub> post-operatorio y en la edad de los pacientes (tabla 5).

**Conclusiones:** La uretroplastia en nuestro centro se muestra como una técnica efectiva en el tratamiento de la estenosis uretral, obteniendo tasas de éxito similares a la evidencia científica actual.

La edad del paciente y un valor de Q<sub>máx</sub> post-quirúrgico bajo parecen constituir factores pronósticos de recaída precoz.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Antecedente	N (%)
Obesidad	17 (34.7)
Diabetes Mellitus	12 (24.5)
Tabaco	5 (10.2)
Manipulación previa	30 (61.2)

Tabla 2. Etiología de la estenosis.

Etiología	N (%)
Idiopática	11 (48)
Congénita	5 (22)
Iatrogénica	3 (13)
Liquen escleroatrófico	3 (13)
Traumatismo	1 (4)

Tabla 3. Localización de la estenosis

Localización	N (%)
Meato-fosa navicular	3 (6.1)
Peneanas	6 (12.2)
Peno-bulbares	7 (14.3)
Bulbares	30 (61.2)
Panuretral	1 (2)
Otras	2 (4)

## EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE CON ENFERMEDAD METASTÁSICA GANGLIONAR AISLADA

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Hernández Alemán, Ligia; Fernández Morales, María; Peñate Alemán, Moisés.

*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

**Introducción:** El cáncer de próstata constituye el segundo cáncer más frecuente y la sexta causa de muerte por cáncer. En el 8 % de los pacientes la enfermedad debuta de forma metastásica, disminuyendo considerablemente la esperanza de vida de estos pacientes respecto a aquellos con enfermedad localizada. Cuando la enfermedad metastásica es exclusivamente ganglionar, los pacientes tienen un mejor pronóstico. Sin embargo, son un grupo de pacientes infrarrepresentados en los estudios, por tanto, los trabajos de experiencia clínica real son fundamentales como guía de actuación en este tipo de pacientes.

**Objetivos:** Analizar los resultados oncológicos de los pacientes con enfermedad metastásica ganglionar hormonosensible en nuestro centro.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes con enfermedad metastásica ganglionar hormonosensible del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín HUGCDN entre 2010 y 2023. Se ha llevado a cabo mediante la herramienta estadística SPSS versión 25.

**Resultados:** De los 112 pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico, tratados entre los años 2010 y 2023, 16 de ellos presentaban enfermedad ganglionar única. El PSA inicial mediano fue de 30 ng/mL (14.68-89.65) y el tiempo mediano de seguimiento desde el diagnóstico de la metástasis fue de 28.50 meses (18.75-62). Ver resto de características de la muestra en tabla 2. Los tratados con ARTA alcanzaron un PSA < o igual a 0.02 a lo largo del primer año (9 pacientes). Tanto la supervivencia global como la libre de progresión mostró resultados porcentualmente peores en los pacientes tratados exclusivamente con TDA (ver tabla 2).

**Conclusión:** En nuestro centro, los pacientes con enfermedad ganglionar metastásica presentaron mejores resultados cuando se añadió un tratamiento adicional a la TDA, preferiblemente un ARTA.



Tabla 1. Características de la muestra estratificada por Tratamiento.

Variable	TDA n=3	Enzalutamida n= 3	Apalutamida n= 1	Abiraterona n= 5	Radioterapia + TDA n=3	Docetaxel n=1
Edad	61 (57- 65.50)	67 (65-73)	53	62 (58-64)	69.5 (65-74)	45
PSA debut	23.07 (16.04 - 145.53)	67 (65-73)	87.38	62 (58-64)	69.5 (65-74)	30
Debut metastásico	2 (66.7)	1 (33.2)	1 (100)	4 (80)	3 (100)	1 (100)
ISUP >= 4	2 (66.7)	0	1 (100)	3 (60)	2 (66.7)	1 (100)
Oligometastásico	1 (33.3)	3 (100)	1 (100)	2 (40)	3 (100)	0

Tabla 2. Resultados de respuesta a PSA y de supervivencia.

Variable	Reducciones PSA < 0.02 1er año	SLP 2 años	SG 2 años
	TDA n=3	0	1 (33.3)
Enzalutamida n= 3	3 (100)	3 (100)	3 (100)
Apalutamida n= 1	1 (100)	1(100)	1(100)
Abiraterona n= 5	5 (100)	5(100)	5(100)
RT+ TDA n=3	0	3(100)	3(100)
Docetaxel n=1	0	1 (100)	1 (100)

SLP: Supervivencia libre de Progresión; SG: Supervivencia Global.

## RESULTADOS TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO. PROGRAMA REGIONAL EN CANARIAS

C. Hofmann, V.J. Ramos Gutierrez, L. Giunco, K. Morales Megret.

*Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias.*

**Introducción:** El trasplante renal de donante vivo constituye la mejor opción de tratamiento sustitutivo de la insuficiencia renal crónica. Tiene mejores resultados de funcionalidad inmediata, de supervivencia del injerto, del receptor, menor inmunosupresión y menor estancia hospitalaria. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de nuestro programa y transmitirlos para hacer partícipes al resto de hospitales de nuestra comunidad de la importancia de tener estos datos en mente y poder plantear esta opción terapéutica a nuestros pacientes.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los donantes y receptores del programa de trasplante renal de donante vivo en nuestro centro (2007 a junio 2024). Se han analizado las características epidemiológicas y las complicaciones postquirúrgicas, la supervivencia del donante y receptor así como la del injerto.

**Resultados:** Se recogieron datos de 141 pacientes (desestimados 4 por falta de seguimiento), quedando un total de 137. El 66% de los donantes fueron mujeres y el 50.4% genéticamente relacionados. Con una mediana de edad de 47 años, un IMC de 26.6 y el 95% de los riñones extraídos fueron izquierdos. Dentro de las complicaciones quirúrgicas en el receptor (33 pacientes), la complicación más frecuente fue la hemorragia y/o colección del lecho quirúrgico que requirió transfusión o revisión quirúrgica (42.1%: 16 pacientes), fuga y/o estenosis ureteral (23.7%: 8 pacientes), estenosis de arteria renal (26.3%: 9 pacientes) y trombosis venosa (5.3%: 2 pacientes). Se han contabilizado 16 pérdidas de injerto, 6 por rechazo crónico, 2 por trombosis de vena renal, 1 por rotura precoz por hipersensibilidad, 4 por exitus del paciente, 3 por recidiva de enfermedad de base.

**Conclusión:** El trasplante renal de donante vivo es una intervención consolidada, que tiene buenos resultados. Las complicaciones postoperatorias son similares a los de otras series nacionales y al registro de la ONT. La supervivencia del receptor y del donante a largo plazo (10 años) son muy buenas (98%). La supervivencia y función del injerto a largo plazo (10 años) son, también, muy buenas (89%).

## VALIDEZ EXTERNA DE CALCULADORA DE RIESGO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN UNA COHORTE DE PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN.

Bordón Méndez, Marta; Guedes Oliva, Paolo; Hernández Alemán, Ligia; Jiménez Marrero, Pablo.  
*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

### Resumen:

**Introducción:** El cáncer de próstata constituye la tercera neoplasia más diagnosticada en España en el varón. A pesar de la gran cantidad de información en lo que respecta al proceso diagnóstico, en numerosas ocasiones las actuales herramientas de screening detectan pacientes con una baja probabilidad de cáncer de próstata clínicamente significativo, pudiendo incurrir en un sobrediagnóstico y, en consecuencia, en un sobretratamiento.

La RM se ha posicionado como una prueba válida en estos casos, sin embargo la disponibilidad de esta en nuestro medio es limitada, lo que ha llevado a la necesidad de búsqueda de otros instrumentos que ayuden a la selección de pacientes candidatos a biopsia. Entre ellos encontramos numerosas “calculadoras de riesgo” que, según las características del paciente, nos aportan una probabilidad de diagnóstico de cáncer y cáncer significativo, contribuyendo así a una toma de decisiones más precisa.

**Objetivo:** Evaluar la validez externa de la calculadora de riesgo ERSPC en nuestra población.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a biopsia de próstata entre enero de 2023 y marzo de 2024 en el HUGCDN. Se ha llevado a cabo mediante la herramienta estadística SPSS versión 25 descriptivo de la muestra (datos sobre los antecedentes de los pacientes, datos del proceso diagnóstico -resultados analíticos, pruebas de imagen, anatomía patológica- y del proceso de seguimiento). Las distintas variables se introdujeron en la calculadora de riesgo ERSPC-RC3 (+- MRI) ERSPC-RC4+MRI. El punto de corte para la indicación de biopsia se estableció en 12% de probabilidad de detección global de próstata. Se consideró Cáncer de Próstata Significativo (CPs) un ISUP > 1.

**Resultados:** Finalmente se incluyeron 504 pacientes. La edad media fue de 67 años (61-73) y la mediana de PSA de 7.58 (5.85-10.69). Un total de 294 (58,3%) tuvieron biopsia diagnóstica para cáncer de próstata, de estos, 201 pacientes (68,4%) tenían un cáncer clínicamente significativo. Otras características de la muestra se recogen en la tabla 1.

El área bajo la curva fue de 0.803 (0.720-0.886, p 0.000) para ERSPC-RC3-MRI, 0.685 (0.620-0.750, p 0.000) para ERSPC-RC3 y 0.723 (0.621-0.825, p.000) para ERSPC-RC4-MRI. Se calcula bajo un punto de corte del 12% de detección, que el uso de estas calculadoras hubiese ahorrado un 11.4 %, un 7.6 % y un 29.7 % de las biopsias indicadas, asumiendo unas pérdidas de diagnóstico de 5.3% (2.27 % CPs), 3.2% (1.6% CPs) y 9.9 % (4.95% CPs) respectivamente.

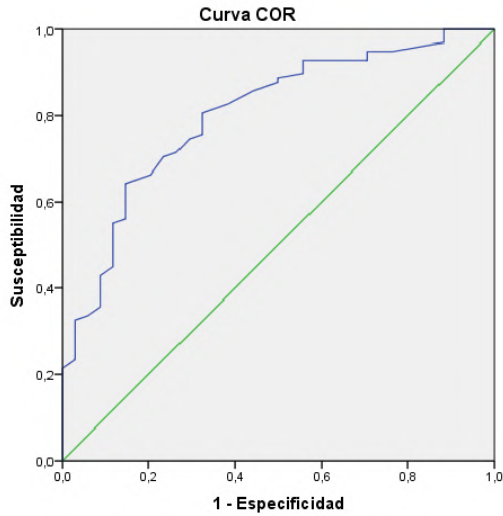
Los resultados de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VP+) y negativo (VP-) se recogen en la tabla 2.

**Conclusiones:** La capacidad diagnóstica de la calculadora ERSPC es similar a la reportada en otras series. Tiene un potencial ahorro de biopsias innecesarias con una mínima pérdida de tumores significativos. Resulta una herramienta sencilla, accesible y reproducible que consideramos imperativa en la práctica clínica habitual.

Tabla 1: Características de la muestra.

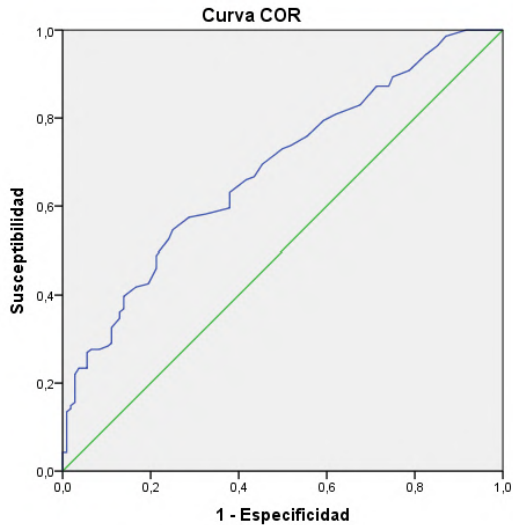
VARIABLE	DATO
Edad	67
Antecedentes familiares	38 (7,5%)
PSA ng/mL	7,58
Tacto rectal	
T1	383(76)
T2	82 (16.3)
>T3	11 (2.2)
RM	233 (46.2)
PIRADS >3	156 (31)
Biopsia previa negativa	121 (24)
ISUP	
1	95 (18.8)
2	100 (19,8)
3	64 (12.7)
4	19 (3,8)
5	16 (3.2)
Biopsia MUS	113 (22.4)
PRIMUS significativo	58 (11,5)
Biopsia cognitiva	188 (37.3)
Número de cilindros sistemáticos	12 +-1.88

Gráfico 1: Curva ROC RC3-MRI



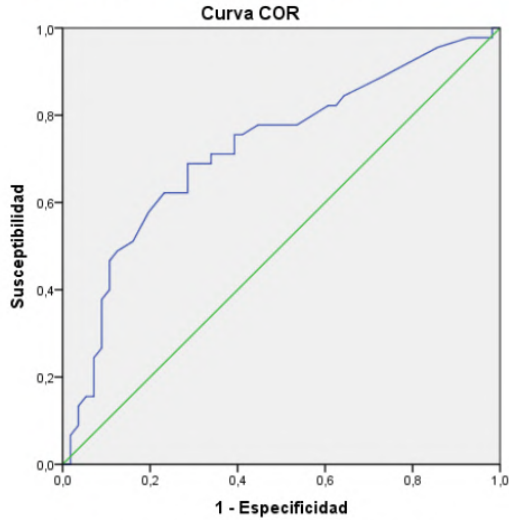
Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Gráfico 2: Curva ROC RC3-NoMRI



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Gráfico 3: Curva ROC RC4-MRI



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Tabla 2: Sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VP) y valor predictivo negativo (VN).

Calculadora	VP	VN	FP	FN	S	E
RC3MRI	68.9	11.4	14.4	5.3	93	44
RC3	53.4	7.6	35.7	3.2	94	18
RC4MRI	34.7	29.7	25.7	9.9	78	54

## EVALUACIÓN DE LOS FACTORES CONDICIONANTES EN EL USO DE RADIACIÓN EN LA CIRUGÍA RETRÓGRADA INTRARRENAL (RIRS).

Guedes Oliva, Paolo; Kim Lee, David; Cordero Sanabria, Claudia; García Pérez, Jéscica; Jiménez Marrero, Pablo; Bordón Méndez, Marta.

*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

**Introducción:** En los últimos años se han producido múltiples avances en el campo de la cirugía endoscópica que han permitido a la RIRS convertirse en la cirugía de primera línea, segura y eficaz, en el tratamiento de la patología litíásica renoureteral. En esta técnica se emplean equipos de rayos para la toma de imágenes intraoperatorias, que conllevan una exposición a la radiación del personal sanitario y del paciente, por lo que es crucial detectar los posibles factores que aumenten dicha exposición, en aras de evitarlos o poner medidas de control.

**Objetivo:** Determinar qué factores dan lugar a un aumento de la exposición de la radiación, así como valorar si estos son susceptibles de modificación.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante RIRS en el HUGCDN entre 2019 y 2021. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de la muestra, así como un análisis estadístico para determinar qué factores influyen en la exposición a la radiación.

**Resultados:** Finalmente se incluyeron 116 pacientes 82 varones (49.4%) frente a 84 mujeres (50.6%) con una edad media de 53.29 (+/- 12.84). Otras características de la muestra se recogen en la tabla 1. Las características de la litiasis y de la intervención se recogen en la tabla 2 y 3. El tiempo medio de radiación fue de 67.54 +/- 33.75 y la dosis de radiación media fue de 18.80 mGy +/- 16.41. El resto de variables asociadas a la exposición a la radiación se recogen en la tabla 3. Finalmente, se realiza un modelo de regresión lineal para determinar qué factores se asocian con el tiempo de radiación, objetivando que el tiempo de radiación ( $p=0.008$ ), la bilateralidad ( $p=0.006$ ) y la colocación de catéter doble J al final de la intervención ( $p<0.001$ ) estaban asociadas de forma significativa. No se encontró significación estadística para el resto de las variables estudiadas en esta muestra.

**Conclusiones:** No hay factores de la litiasis, del paciente o del cirujano que de forma significativa aumenten el tiempo de exposición a la radiación. Los factores que están asociados son inherentes a la técnica. Nuestra media puede servir para que otros midan su radiación y poder compararla.



Tabla 1. Características de la muestra

	Frecuencias	% del total	% acumulado
<b>RIRS previa</b>			
No	133	80,1%	80,1%
Sí	33	19,9%	100%
<b>LEOC previa</b>			
No	107	64,5%	64,5%
1	37	22,3%	86,7%
2	11	6,6%	93,4%
>2	11	6,6%	100%
<b>JJ previo</b>			
No	82	49,4%	49,4%
Sí	84	50,6%	100%

Tabla 1. Análisis de factores dependientes del paciente.

Tabla 2. Características de la litiasis.

	Frecuencias	% del total	% acumulado
<b>Lateralidad</b>			
Izquierda	62	37,3%	37,3%
Derecha	76	45,8%	83,1%
Bilateral	28	16,9%	100%
<b>Localización</b>			
Renal	142	85,5%	85,5%
Ureteral	24	14,5%	100%
<b>Número de litiasis</b>			
1	73	44%	44%
2	35	21,1%	65,1%
3	15	9%	74,1%
4	10	6%	80,1%
>4	33	19,9%	100%
<b>Tamaño (mm)</b>			
<10	53	31,9%	31,9%
10 - 15	63	38%	69,9%
15 - 20	23	13,9%	83,7%
>20	27	16,3%	100%

Tabla 2. Análisis de factores dependientes de la litiasis.

Tabla 3. Características de la intervención

	Frecuencias	% del total	% acumulado
<b>Uso de vaina ureteral</b>			
No	13	7,8%	7,8%
Sí	153	92,2%	100%
<b>Cirujano principal</b>			
Endourólogo experimentado	78	47%	47%
Adjunto	85	51,2%	98,2%
Residente	3	1,8%	100%
<b>Derivación con JJ</b>			
No	55	33,1%	33,1%
Sí	111	66,9%	100%
<b>Fragmentación</b>			
Simple	163	98,2%	98,2%
Solo cestilla	3	1,8%	100%
<b>Complicación quirúrgica</b>			
No	162	97,6%	97,6%
Sí	4	2,4%	100%
<b>Reintervención</b>			
No	145	87,9%	87,9%
Sí	20	12,1%	100%
<b>Éxito quirúrgico</b>			
No	15	9%	9%
Sí	151	91%	100%

Tabla 3. Análisis de los factores dependientes de la técnica y el resultado.

Tabla 4. Parámetros de radiación y tiempo quirúrgico.

	N	Perdidos	Intervalo de Confianza al 95%			Mediana	Moda	DE
			Media	Inferior	Superior			
Tiempo Qx (mins)	16 6	0	67.54	62.36	72.71	60.00	55.00	33.75
Dosis de radiación (mGy)	16 6	0	18.80	16.28	21.31	14.75	23.70	16.41
DAP (mGy)	16 6	0	5.12	4.43	5.82	3.82	1.10 *	4.52
Tiempo de fluoroscopia (s)	16 6	0	90.67	81.95	99.39	79.00	43.00 *	56.90

## RESULTADOS DE LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LÁSER HOLMIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA. UN ANÁLISIS COMPARATIVO RETROSPECTIVO ENTRE LAS TÉCNICAS EN BLOQUE Y POR LÓBULOS.

Macía Díaz, Manuel; Briand, Clara; Reso Fornes, Laura; De La Peña Zarzuelo, Enrique; Capitán Manjón, Carlos; Llorente Abarca, Carlos

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

**INTRODUCCIÓN:** El HoLEP se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de elección para la sintomatología del tracto urinario inferior secundaria a la HBP. Se trata de una técnica quirúrgica inicialmente descrita en lóbulos, pero la realización de la misma en bloque está despertando un interés sobre qué técnica produce una mejoría tanto en los síntomas como en las complicaciones postoperatorias.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de los pacientes operados de HoLEP de nuestra serie entre 2019 y 2022. Dividimos la muestra entre pacientes operados en bloque y por lóbulos.

Análisis comparativo de los tiempos quirúrgicos, las complicaciones y los resultados funcionales entre ambas técnicas. Se hizo una comparación de la correlación entre el tamaño prostático preoperatorio y los tiempos quirúrgicos.

**RESULTADOS:** De los 166 operados por HoLEP, 44 (26,5%) fueron en bloque. La mediana de seguimiento fue de 29 meses.

Los pacientes operados en bloque presentaban más sondaje vesical permanente( $p=0,002$ ), un PSA mayor( $p=0,015$ ) y un IPSS menor( $p=0,047$ ). No hubo diferencias en el resto de variables demográficas preoperatorias.

La técnica en bloques tuvo una mayor correlación entre el volumen prostático inicial y los gramos resecaos ( $p=0,027$ ) pero no hubo diferencias entre el tamaño prostático y los tiempos quirúrgicos ( $p=0,99$ ).

La estancia de los pacientes operados en lóbulos fue menor ( $p=0,035$ ) con mayor número de ITUs pero menor número de sondajes y de transfusiones ( $p=0,004$ ).

No hubo diferencias en el seguimiento de los pacientes en cuanto a la evolución de su IPSS o flujometría. La tendencia en la continencia precoz fue mayor en el grupo de en bloque pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas y a los 12 meses se igualaba.

**CONCLUSIONES:** Las técnicas en bloque y por lóbulos de HoLEP son similares tanto en tiempos quirúrgicos, complicaciones postoperatorias como en resultados funcionales. La técnica debe ser elegida según las preferencias del cirujano.

## COMPARACIÓN DE LA SENSIBILIDAD DE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN LA DETECCIÓN DE CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL

Macía Díaz, Manuel; Miranda Berral, Lourdes; Sánchez Rosendo, Laura; De La Peña Zarzuelo, Enrique; Capitán Manjón, Carlos; Llorente Abarca, Carlos

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón*

**Introducción:** Tanto la hiperplasia benigna de próstata (HBP) como el cáncer de próstata (CaP) son dos patologías altamente prevalentes. El tratamiento definitivo de la HBP consiste en la resección del tejido prostático. Ambas enfermedades pueden coexistir en un mismo paciente.

Nuestro objetivo consiste en analizar si la sensibilidad del diagnóstico de cáncer de próstata incidental (CaPi) varía según la técnica realizada.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes sometidos a cirugía desobstructiva prostática mediante resección transuretral prostática (RTUp), enucleación prostática con láser Holmio (HoLEP) o adenomectomía por HBP en nuestro centro, excluyendo aquellos con alta sospecha de CaP.

Se realizó un análisis univariante mediante test chi-cuadrado para estudiar las diferencias de prevalencia de CaPi según la técnica quirúrgica. Diferenciamos entre CaP no clínicamente significativo (CaPncs) y clínicamente significativo (CaPcs). Realizamos el test no paramétrico U de Mann Whitney para estudiar las variables predictoras del hallazgo de un CaPi (edad, PSA, densidad de PSA (dPSA), volumen prostático y gramos resecaos).

**Resultados:** 544 pacientes fueron intervenidos por HBP en nuestro centro: mediante RTUp 164 (30,1%), HoLEP 327 (60,1%) y Millin 53 (9,7%). De toda la muestra, 47 pacientes (8,6%) fueron diagnosticados de CaPi: 14 (8,5%) tras RTUp, 27 (8,3%) tras HoLEP y 6 (11,3%) tras Millin, sin diferencias entre los grupos ( $p=0,76$ ).

Los pacientes operados de Millin eran de mayor edad, con próstatas mayores y una mayor cantidad de tejido hiperplásico resecao, los operados de HoLEP tenían un PSA mayor y los operados de RTUp, un dPSA mayor.

**Conclusiones:** La técnica quirúrgica utilizada en el tratamiento de la HBP y el procesamiento de la muestra no parecen influir en el diagnóstico incidental de CaP.

## EXPERIENCIA INICIAL CON EL EMPLEO DEL MICROSULTRASONIDOS EN LA BIOPSIA PROSTÁTICA EN NUESTRO CENTRO

Hernández Alemán, Ligia; Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Fernández Morales, María; Peñate Alemán, Moisés.

*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

### Resumen:

**Introducción:** El cáncer de próstata constituye la tercera neoplasia más diagnosticada en España en el varón. En el proceso diagnóstico de esta enfermedad las pruebas de imagen prostáticas juegan un papel fundamental. La Resonancia Magnética (RM) constituye una herramienta diagnóstica eficaz y sirve de guía al urólogo en el proceso diagnóstico. La realidad en nuestro medio es distinta, con un acceso a la RM limitado. En los últimos años el Microultrasonido ha ido ganando protagonismo en este escenario, con una rentabilidad

diagnóstica similar además de dotar al urólogo de mayor independencia.

**Objetivo:** Analizar la correlación entre la clasificación PRIMUS con los resultados anatomopatológicos de la biopsia de próstata dirigida

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes sometidos a biopsia de próstata con el equipo Exact-Vu entre enero de 2023 y marzo de 2024 en el HUGCDN. Se ha llevado a cabo mediante la herramienta estadística SPSS versión 25 un descriptivo de la muestra (datos sobre los antecedentes de los pacientes, datos del proceso diagnóstico -resultados analíticos, pruebas de imagen, anatomía patológica- y del proceso de seguimiento). La biopsia incluyó toma de biopsias sistemáticas, cognitivas (en caso de lesión objetivada en la RM) y dirigida (si se visualizaron lesiones en la ecografía).

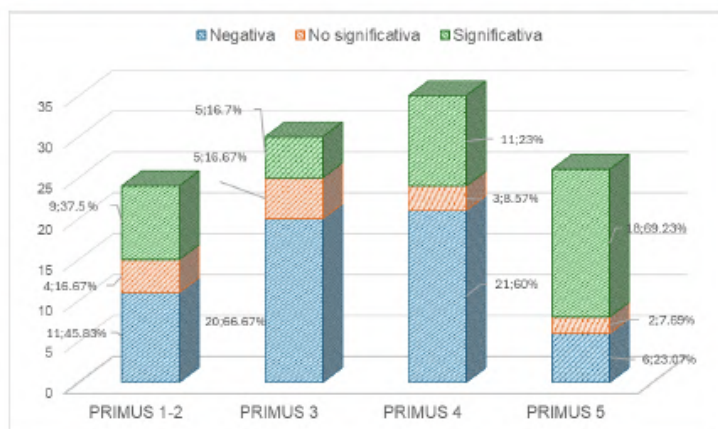
**Resultados:** Finalmente se incluyeron 115 pacientes con una edad media de 66.9 +- 7.67 y un PSA media-no de 13.1 (8.15-20.80). Las características de la muestra se recogen en la tabla 1. Se objetivaron lesiones significativas en el 53 % de los pacientes (PRIMUS 4-5), indeterminadas en el 26 % (PRIMUS 3) y lesiones benignas en el 24 % (PRIMUS 1-2). Los resultados de las biopsias dirigidas a la lesión se visualizan en la figura nº1. No se objetivan diferencias estadísticamente significativas ( $p 0.197$ ) en cuanto a presencia de cáncer de próstata significativo (ver tabla 2) entre los 3 grupos analizados.

**Conclusiones:** En nuestro centro nos encontramos en plena curva de aprendizaje con el MUS, por lo que se requiere de mayor experiencia para conseguir una mayor rentabilidad de la prueba.

Tabla 1. Características de la muestra

Variable		Dato
Antecedentes familiares		10 (8,7)
Tacto Rectal	T1	81(70.4)
	T2	27(23.5)
	>T3	7(6.1)
RM		40 (34.8)
PIRADS >3		37 (32.2)
Biopsia previa negativa		94 (81.7)
ISUP	1	18 (15.7)
	2	28 (28)
	3	18 (15.7)
	4	6 (5.2)
	5	4 (3.5)

Figura 1. Correlación entre lesión PRIMUS y resultado de anatomía patológica.



## **SUPERVIVENCIA DE PACIENTES DE ALTO RIESGO POR CRITERIOS KEYNOTE 564 TRAS NEFRECTOMÍA RADICAL POR CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS: POTENCIAL USO DE LA ADYUVANCIA CON PEMBROLIZUMAB EN NUESTRO CENTRO.**

María Fernández, Paolo Guedes, Claudia Sanabria, Pablo Jiménez, Ligia Hernández, Moisés Peñate  
*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín*

**Introducción:** La nefrectomía parcial o radical es el tratamiento de referencia para el carcinoma renal loco-regional. Sin embargo, casi la mitad de los pacientes presentan recidiva de la enfermedad y la mayoría de ellos metástasis a distancia, lo que reduce considerablemente su esperanza de vida. En los últimos años se han buscado terapias que reduzcan esta probabilidad de recaída, destacando la aparición reciente del Pembrolizumab (Keynote 564).

**Objetivo:** Analizar la supervivencia de los pacientes sometidos a nefrectomía por Carcinoma de Celulas renanales (CCR) tipo células claras de alto riesgo y compararla con los datos del estudio Keynote564.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes con cáncer renal de células claras, intervenidos de nefrectomía parcial o radical, con o sin metastesectomía en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín HUGDN entre el 1/01/2010 y 1/01/2023. Se estratifican los pacientes en dos grupos, según cumplieran o no los criterios de alto riesgo de recidiva, definido según las características del estudio Keynote 564.

**Resultados:** Las características de la muestra se recogen en la tabla 1. Sobre un total de 102 nefrectomias, 61 pacientes fueron clasificados como de Alto riesgo. Con un seguimiento de 39.36 meses, la mediana de supervivencia libre de progresion (SLP) en el grupo de alto riesgo fue de 59.30 meses, frente a 77.72 meses del grupo de bajo riesgo IC 95% 62.01 - 76.93; P = 0,061. En cuanto a la supervivencia global en los pacientes de alto riesgo se obtuvo una mediana de 70.38 meses, IC 95% 62.85 - 77.91; P = 0,75. Datos superponibles a los expuestos en el estudio pivotal del Keynote 564; Tabla 2.

**Conclusión:**La supervivencia libre de progresión del grupo de alto riesgo en nuestra serie muestra resultados mas favorables en comparación con los obtenidos en el Keynote 564. La adyuvancia con pembrolizumab debe ser ofrecida a pacientes seleccionados dentro del grupo de alto riesgo.



Tabla 1. Características de la muestra.

	Alto Riesgo Recidiva ( n = 61)	Bajo riesgo recidiva (n = 41)
Edad, mediana, años	64,59	59,8
Sexo masculino	43 (70,5%)	28 (68,3%)
Categoría de Riesgo M0 R intermedio - alto M0 Alto riesgo M1 NED	56 (53,3%) 3 (2,9%) 2 (1,9%)	
Rasgos sarcomatoides Si No Desconocido	3 (4,9%) 58 (95,1%) 0	0 41 (100%) 0
Leibovich score Bajo Intermedio Alto	0 (0%) 38 (62,3%) 23 (37,7%)	33 (80,5%) 5 (12,2%) 3 (7,3%)

Tabla 2. Supervivencia libre de progresión, %.

SLP	HUGDN	KEYNOTE 564
12 meses	83 %	76 %
24 meses	76 %	67 %
36 meses	72 %	62 %
48 meses	65 %	58 %

## COMPLICACIONES EN EL IMPLANTE DE PRÓTESIS DE PENE: 8 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN.

Peñate Alemán, Moisés, Sanabria Cordero, Claudia; Guedes Oliva, Paolo; Marrero Umpiérrez, Natalia; Hernández Medina, José Alberto; Jiménez Marrero, Pablo.

*Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.*

### Resumen:

**Introducción:** La disfunción eréctil se define como la incapacidad de conseguir o mantener una erección que permita mantener relaciones sexuales satisfactorias. Los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE-5), como el sildenafil y otros compuestos, se han consolidado como la primera línea de tratamiento. No obstante, las prótesis de pene son una opción terapéutica viable para pacientes con disfunción eréctil refractaria a tratamiento farmacológico, convirtiéndose en la técnica de elección en este escenario. Sin embargo, el implante de estos dispositivos no está exento de complicaciones, las cuales pueden variar desde infecciones hasta fallos mecánicos.

**Objetivo:** Establecer los factores de riesgo de reintervención y complicaciones en la cirugía de implante de prótesis de pene.

**Material y Métodos:** Análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos mediante implante de prótesis de pene en el HUGCDN entre 2016 y 2024. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo en el que se recogen datos sobre los antecedentes de los pacientes relacionados con la disfunción eréctil, características de la cirugía y del seguimiento. El éxito de la intervención se definió como la posibilidad de activar la prótesis y lograr erección completa en el control postquirúrgico. Por otro lado, se recogieron el número de complicaciones y necesidad de reintervención.

**Resultados:** En el estudio fueron incluidos 67 pacientes varones con una edad media de 59 años (44-68) y un Charlson >2 en 41 paciente (61%). El resto de características de la muestra están recogidas en la tabla 1. 65 pacientes (97%) recibían tratamiento médico previo a la cirugía consiguiendo una respuesta parcial en 31 de ellos (46.3%) y completa sólo en 4 (6% de los casos). La intervención más frecuente fue el implante de una prótesis hidráulica de 3 componentes: 58 (86.6%) respecto a la maleable 9 (13.4%). Otras características de la intervención están recogidas en la tabla 2. Hubo 13 reintervenciones (19.4%), sin identificar ninguna diferencia significativa de las variables analizadas (tabla 3). La mayor parte de las reintervenciones se debió a incidencias relacionadas con la prótesis (3 reintervenciones por crossover de cilindros, 2 por extrusión de cilindros, 3 por malfuncionamiento de los componentes), mientras que sólo hubo 2 casos (3%) de infección que requirieron reintervención. El éxito de la cirugía se logró en 63 pacientes (94%) y al alta 65 pacientes (97%) presentaban un Clavien Dindo  $\leq 2$ .

**Conclusiones:** En nuestro centro la cirugía de implante de prótesis de pene se postula como una intervención segura (97% de pacientes con Clavien dindo al alta  $\leq 2$ ) y con alta tasa de éxito (94%), no encontrando ningún factor de riesgo relacionado con la aparición de complicaciones o necesidad de reintervención.

Tabla 1. Características de los pacientes.

Antecedentes	N (%)
Obesidad (IMC>30)	15 (22.4)
Diabetes Mellitus	24 (35.8)
Hipertensión Arterial	35 (52.2)
Enfermedad Vascular	7 (10.4)
Tabaco - Fumador - Ex-fumador	14 (20.9) 18 (26.9)
Tratamiento farmacológico previo	65 (97)
Cirugía previa (Prostatectomía radical)	31 (46.3)
Radioterapia previa	6 (9)
<u>Charlson</u> $\geq 2$	41 (61.2)

Tabla 2. Características de la intervención

Factores relacionados con la intervención	N (%)
Tipo de prótesis - Maleable - 3 Componentes	9 (13.4) 58 (86.6)
Tiempo quirúrgico	145min.
Estancia Hospitalaria	1.59 ±0.85 días
Infección de herida quirúrgica	2 (3)
Reintervención	13 (19.4)
Éxito intervención (Erección completa)	63 (94)

Tabla 3. Análisis estadístico estratificando la muestra por la variable "Reintervención"

Variable	No Reintervención (n=54)	Sí Reintervención (n=13)	Valor P
Obesidad	13 (25.5)	2 (18.2)	1
Diabetes Mellitus	20 (37)	4 (30.8)	0.757
Hipertensión Arterial	29 (53.7)	6 (46.2)	0.760
Enfermedad Vascular	6 (11.1)	1 (7.7)	1
Tabaco	12 (22.2)	2 (15.4)	0.85
Tratamiento farmacológico previo	53 (98.1)	12 (92.3)	0.353
Cirugía previa (Prostatectomía radical)	24 (44.4)	7 (53.8)	0.331
Radioterapia Previa	4 (7.4)	2 (15.4)	0.329
Charlson $\geq 2$	33 (80.5)	8 (66.7)	0.434

## ABORDAJE ROBÓTICO DE LA PATOLOGÍA DEL NERVIU PUDENDU: NEUROLISIS PUDENDU BILATERAL CON HUGU RAS

Noya Mourullo, A.; Diana, P.; Cutanda Puigvert, R.; Ajobita Fernández, H.; Juárez del Dago Anaya, P.

*Hospital Universitario San Roque*

**Introducción y objetivo:** La neurólisis pudenda es un procedimiento quirúrgico dirigido a descomprimir el nervio pudendo para aliviar los síntomas asociados al atrapamiento del nervio pudendo (ENP). El síntoma principal es el dolor pélvico crónico e implica disfunciones urinarias, defecatorias y sexuales. Los abordajes quirúrgicos incluyen: transglúteo, transperineal y laparoscópico o métodos asistidos por robot. El abordaje robótico proporciona una buena visualización y disección del nervio a lo largo de su curso pélvico. Queremos demostrar la reproducibilidad de la técnica con el sistema Hugo RAS.

**Materiales y métodos:** Mujer de 49 años. Patologías previas: asma, cirugía de espalda L5-S1, cesárea x3. Desde 2020: infecciones urinarias, problemas de vaciado de orina, estreñimiento, pérdida de función sexual, dolor anal/clítoris/vagina/posición sentada, bulto vaginal. Tratamientos anteriores: corticoides locales y anestésicos x7. Bajo anestesia general, colocación de trocares como RARP (4 trocares robóticos, 1x12mm, 1x5mm). Incisión del peritoneo lateralmente desde la arteria umbilical, siguiendo el músculo obturador y medialmente desde las estructuras neurovasculares obturadoras. Encontramos el arco tendinoso: músculo obturador lateralmente y músculo elevador del ano medialmente. Cortamos fibras del músculo coccígeo para acceder al ligamento sacroespinoso. Accedemos al ligamento sacroespinoso y coagulamos con energía bipolar para luego cortar (fibras duras).

**Resultados:** Tiempo quirúrgico: 130 min. Hemorragia: < 50 ml. Ninguna complicación Clavien Dindo. Alta: 1º día PO. Segundo mes postoperatorio: menos dolor, se controla sólo con paracetamol. Orgasmos indoloros. Vaciamiento vesical y rectal más cómodo.

**Conclusiones:** Las neurólisis asistidas por robot con el sistema Hugo RAS es reproducible, así como segura y efectiva, ofreciendo los beneficios de menores tiempos de recuperación al compararla con otros abordajes.

## ENUCLEACIÓN ENDOSCÓPICA DE LA PRÓSTATA CON LÁSER DE HOLMIUM EN PROTOCOLO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ESTUDIO PROSPECTIVO DE UN SOLO CENTRO

Pietro Diana, Andrea Noya, Rubén Cutanda, Héctor Ajubita, Pablo Juárez del Dago

*Hospital Universitario San Roque*

**Introducción:** La carga de los pacientes afectados por síntomas del tracto urinario inferior (STUI) asociados a la obstrucción prostática benigna (OPB) está aumentando y las largas listas de espera conducen a una peor calidad de vida para los pacientes. Gracias a las novedades tecnológicas, cirugía mayor ambulatoria (CMA) se ha explorado en diferentes tipos de cirugías, como la enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP) con resultados quirúrgicos favorables. Sin embargo, todos los estudios son de naturaleza retrospectiva. El objetivo de este estudio es inscribir prospectivamente a pacientes sometidos a HoLEP-CMA para investigar la seguridad y viabilidad de este enfoque.

**Materiales y métodos:** Este es un estudio prospectivo de un solo centro que incluye pacientes desde mayo de 2024 hasta agosto de 2024 sometidos a HoLEP-CMA (alta dentro de 12 horas después de la cirugía) para STUI condicionados por OPB que requieren manejo quirúrgico. Los puntos finales del estudio fueron la tasa de éxito de HoLEP-CMA definida como el alta del paciente después de la cirugía según el protocolo interno de HoLEP-CMA y la ausencia de necesidad de admisión inmediata del paciente (dentro de las primeras 48 horas) por complicaciones quirúrgicas. También analizamos la satisfacción del paciente con este protocolo.

**Resultados:** Inscribimos a 54 pacientes. La mediana (Rango intercuartil, RI) de edad fue de 66.5 (59-71). La mediana de PSA e IPSS fue de 2 (1.2-3.5) ng/ml y 14 (7.5-20). La mediana de Qvoid, Qmax y orina residual fue de 216 (160-274), 9 (7-13) y 46 (16-146). La mediana del volumen prostático fue de 58 (43-78). La mediana del tiempo operatorio fue de 60 (50-65). Se produjeron complicaciones en 5 casos: perforación de cápsula en 4 (7%) pacientes y perforación de vejiga con morcelación en 1 (1.9%) paciente. Complicaciones postoperatorias mayores (CD >2) ocurrieron en 1 paciente que experimentó tromboembolismo el quinto día postoperatorio y fue readmitido. Un paciente (1.9%) fue hospitalizado 48 horas después de la operación por retención urinaria aguda. En 7 (12.9%) pacientes, el análisis patológico reveló cáncer de próstata.

**Conclusión:** El HoLEP-CMA es viable y seguro. El protocolo CMA en este contexto no requiere un alto número de readmisiones, lo que lleva a una alta tasa de éxito sin comprometer la seguridad y complicaciones postoperatorias.



## FACTORES PREDICTIVOS DE PERMANENCIA EN VIGILANCIA ACTIVA

Macía Díaz, Manuel; Sánchez Rosendo, Laura; Gonzalo Balbás, Álvaro; Hernández Cañas, Virginia; Gujarrero Cascales, Ana; Llorente Abarca, Carlos.

*Hospital Universitario Fundación Alcorcón.*

**Objetivos:** La vigilancia activa (VA) es una opción terapéutica para pacientes con cáncer de próstata (CP) de bajo riesgo con el objetivo de evitar el sobretratamiento. Nuestro objetivo consiste en establecer un modelo que refuerce la indicación de permanecer en VA en base a variables clínicas y anatomopatológicas.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de nuestra serie de VA desde 2004 a 2023. Identificamos la relación entre las características clínico-patológicas y la permanencia en VA analizando edad, Gleason máximo, cT, PSA máximo, número de biopsias de seguimiento sin evidencia de tumor (biopsia negativa) y número de biopsias con afectación tumoral moderada (>1 cilindro afecto y/o >10% de afectación y/o Gleason >6). Creamos un modelo predictivo mediante regresión logística. La capacidad predictiva se determina mediante curvas ROC.

**Resultados:** Incluimos 286 pacientes con una mediana de seguimiento de 90,8 meses (RIQ=75,5-115,3) y una mediana de edad de 67,4 años (RIQ=61,8-71,7). Al diagnóstico obtuvimos una mediana de PSA de 6,63 (RIQ=4,9-8,9). 266 (93%) pacientes presentaban Gleason 6 y 14 (4,9%) estado >cT1c.

Del total de la serie, 113 pacientes (39,5%) salieron de VA por progresión de la enfermedad. 187 (65,4%) pacientes cuentan con al menos una biopsia negativa en el seguimiento y 154 (53,8%) nunca presentaron biopsias con afectación moderada.

En el análisis univariante, tanto el número de biopsias negativas como el de biopsias con afectación moderada se relacionaron con la probabilidad de permanencia en VA, con OR=0,55 (IC 95% 0,42-0,73) y OR=1,65 (IC 95% 1,28-2,14), respectivamente.

En el análisis multivariante ajustado por edad, número de biopsias negativas, número de biopsias con afectación moderada, cT, Gleason máximo, densidad de PSA y meses en VA, obtenemos que tanto el número de biopsias con afectación moderada como la densidad de PSA y la edad se relacionan con la permanencia en VA con AUC 0,751.

**Conclusiones:** La capacidad predictiva de las variables clínicas utilizadas de forma independiente es insuficiente para determinar la permanencia de un paciente en VA. Con el modelo desarrollado, mejoramos la capacidad predictiva con un AUC de 0,751.

## PATROCINADORES



**Ayuntamiento  
de Adeje**

**Medtronic**  
Engineering the extraordinary

**bioksan**  
Naturalmente juntos

 **Biotein** S.L.

 **RECORDATI**

**Fermon Indis**   
GESTIÓN INTEGRAL DE PRODUCTOS Y SERVICIOS HOSPITALARIOS

**Izasa  
Medical**  
by Paalex

 **IPSEN**



**accord**



 **Diquisan**  
CANARIAS

 **Coloplast**

**OLYMPUS**

 **TBF**  
Técnicas Biofísicas S.L.

 **pharma**  
Laboratorios

**ITmédica** 25  
IMPLANTES Y TECNOLOGÍA MÉDICA

 **Direx**

 **Dornier MedTech**

 **PRIM**

 **ITALFARMACO**