

PROGRAMA

28

Congreso Sociedad Canaria de Urología

21 al 23
SEPTIEMBRE 2023

Palacio de Congresos
ExpoMeloneras

 **GUA** | urología
andrológica

 **Hospitales
SAN ROQUE**
UNIVERSITARIOS

 UNIVERSIDAD
**FERNANDO
PESSOA**
CANARIAS

 Ayuntamiento
de San Bartolomé
de Tirajana

 Cabildo de
Gran Canaria

CONSEJERÍA
DE EDUCACIÓN
Y JUVENTUD

 Gobierno
de Canarias
Consejería de Sanidad

 **LOPESSAN HOTEL GROUP**
ExpoMeloneras
MELONERAS - GRAN CANARIA - LASIA

 @congreso_urologia_grancanaria

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. José Luis Artilles Hernández
Dr. Omar Halawa González
Dr. Rubén Cutanda Puigvert
Dr. Pietro Diana

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Pablo Juárez del Dago Anaya
Dr. Francisco Juárez del Dago Pendás
Dra. Rebeca Davó
Dr. Jesús Monllor Gisbert
Dr. Tomás Concepción Masip
Dr. Reinaldo Marrero Domínguez
Dr. Pablo Jiménez Marrero
Dr. Alejandro Silva Garretón
Dr. Héctor Ajubita Fernández
Dr. David Kim Lee
Dr. Plácido Rodríguez González

JUNTA DIRECTIVA SCU

Presidente: Dr. Reinaldo Marrero Domínguez
Vicepresidente: Dra. Ana Plata Bello
Secretario: Dr. Omar Halawa González
Tesorera: Dra. Paula León Medina
Vocal act. científicas: Dr. Pablo Jiménez Marrero
Vocal de actas: Dra. Casandra Hernández Hernández



Declaración formal de eventos libres de humo de tabaco

15:00-19:00 Recepción y Entrega de documentación

📍 Sala 1 Mesa sobre el futuro de los residentes en urología

Moderador: **Dr. Pablo Juárez del Dago Anaya**, Director clínico de GUA Urología y Andrología, HUSR

17:00-17:30 Grand Round: ¿Dónde seguir formándome en la pública o en la privada?

Ponentes: **Dr. Pablo Jiménez Marrero**, HUGCDN
Dr. Pablo Juárez del Dago Anaya, Director clínico de GUA Urología y Andrología, HUSR

17:30-18:10 Mi primer año de adjunto, ¿qué he hecho, ¿qué he aprendido, ¿qué recomendaría?

17:30-17:40 **Hospital público**

Ponente: **Dr. Daniel Cereijo Tejedor**; CHUC

17:40-17:50 **Hospital privado**

Ponentes: **Dra. Rebeca Davó Cerdá**, HUSR

17:50-18:10 **Preguntas, reclamos de los residentes a los moderadores: sin tapujos, sin pelos en la lengua.**

18:10-18.40 Challenging cases in renal pathology

Moderadores: **Dr. Pablo Jiménez Marrero**, CHUGCDN

Caso renal oncológico

Dr. Pablo Jiménez Marrero, CHUGCDN

Caso renal no oncológico

Dra. Marta Jiménez Navarro, HUNSC

📍 Sala 2

16:30-18:30 Cursos (previa solicitud, plazas limitadas)

Tutores: **Dr. Pietro Diana**, GUA Urología y Andrología, HUSR
Dra. Rebeca Davó, HUSR
Dra. Laura González Pérez, CHUC

18:30-19:00 Pausa café

📍 Sala 1

19:00-19:30 Presentación y Apertura del 28 Congreso de la SCU

Dr. Pablo Juárez del Dago Anaya, Presidente del Comité Organizador del 28 Congreso de la SCU, GUA Urología y Andrología, HUSR

19:30-20:00 Conferencia inaugural: Futuro de la urología - Hacia dónde va la medicina - inteligencia artificial.

Ponentes: **D. Jaime López Feo**, CEO The Agile Monkeys
Dr. José Daniel Subiela Henríquez, H.U. Ramón y Cajal

21:00 Cóctel de bienvenida

📍 Sala 1 **Oncología renal. Mesa de Riñón - Cáncer de riñón y UTUC**

Moderador: **Dr. Tomás Concepción Masip, CHUC**

09:00-09:30 **Herramientas en RCC localizado bilateral: radiología, genética y medicina nuclear**

Ponentes: **Dr. Pablo Jiménez Marrero, HUGCDN**
Dr. Andrea Gallioli, Fundació Puigvert

09:30-09:45 **Valor de la isquemia en la nefrectomía parcial en la cirugía laparoscópica y robótica.**

Ponente: **Dr. Antonio Rosales Bordes, Fundació Puigvert**

09:45-10:00 **Tratamiento adyuvante con pembrolizumab en el cáncer renal - ¿Un nuevo estándar?**

Ponente: **Dr. Alfonso Gómez de Liaño, CHUIMI**

10:00-10:15 **Presentación de trabajos oncología**

Jueces: **Dr. Antonio Rosales Bordes, Dr. Alfonso Gómez de Liaño**

Mesa de Urotelio

Moderador: **Dr. Jesús Monllor Gisbert, CHUNSC**

10:15-10:30 **Tratamiento conservativo de UTUC, ¿dónde estamos?**

Ponente: **Dr. Alberto Rivero Cárdenes, HUSR**

10:30-10:45 **Puesta al día con la clasificación EAU para tumores vesicales no músculos infiltrantes de muy alto riesgo. ¿Sobreestima el riesgo de progresión? ¿Cuál es el papel de la BCG?**

Ponente: **Dra. Cristina Gómez de Segura, CHUNSC**

10:45-11:00 **Inmunoterapia perioperatoria en el CVMI. Dónde estamos y visión de futuro.**

Ponente: **Dr. Alfonso Gómez de Liaño, CHUIMI**

📍 Sala 2 **Andrología y reproducción**

Moderadora: **Dra. Yanira Ortega González, CHUC**

09:00-09:15 **PRP y ondas de choque. ¿Hay evidencia? ¿Hay resultados?**

Ponente: **Dr. Francisco Juárez del Dago Pendás, GUA Urología y Andrología**

09:15-09:30 **Alteraciones de la eyaculación. Más allá de la eyaculación precoz**

Ponente: **Dra. Yanira Ortega González, CHUC**

09:30-09:45 **Estudio de esterilidad masculina. ¿Dónde estamos? ¿Hacia dónde vamos?**

Ponente: **Dr. José Luis Artilles Hernández, CHUIMI**

09:45-10:00 **Disfunciones sexuales secundarias a estenosis de uretra y uretroplastia**

Ponente: **Dr. Balig Fawwaz Amir, CHUNSC**

10:00-10:15 **Testosterona e Hipogonadismo: ¿lo tenemos claro? Enfoque práctico para un urólogo**

Ponente: **Dr. Alejandro Silva Garretón, GUA Urología y Andrología, HUSR**

10:15-10:30 **Cirugía estética y reparadora en Andrología y sus complicaciones. ¿Cómo debemos afrontarlo en Canarias?**

Ponente: **Dr. Eduard Ruiz Castañé**, Fundació Puigvert

10:30-11:00 **Presentación de trabajos de Andrología**

Jueces: **Dr. Eduard Ruiz Castañé**, **Dr. Francisco Juárez del Dago Pendás**

11:00-11:30 **Pausa café**

Sala 1 **Mesa Próstata**

Moderador: **Dr. Reinaldo Marrero Domínguez**, HUGCDN

11:30-11:45 **Microultrasonido: ¿qué nos aporta, qué lugar ocupa, reemplaza la RMN?**

Ponente: **Dr. Moisés Rodríguez Socarrás**, ICUA Urología Avanzada

11:45-12:00 **Robotic radical prostatectomy: tips and tricks to preserve continence and erection**

Ponente: **Dr. Richard Gaston**, Clinique St. Augustin, ICUA Urología Avanzada

12:00-12:15 **SBRT radical como alternativa a la prostatectomía radical**

Ponente: **Dr. Ignacio Rodríguez Melcón**, HUGCDN

12:15-12:30 **Cáncer de próstata metastásico: nuevas terapias en el horizonte**

Ponente: **Dra. Ana Plata Bello**, CHUC

12:30-12:45 **Quimioterapia en cá de próstata M+ hormonsensible. Cuándo aplicarla**

Ponente: **Dra. Saray Galván**, HUGCDN

12:45-13:45 **Presentación de trabajos oncología**

Jueces: **Dr. Antonio Rosales Bordes**, **Dr. Alfonso Gómez de Liaño**

Sala 2 **Mesa Urología Funcional**

Moderador: **Dr. Manuel Ravina Pisaca**, CHUNSC

11:30-12:00 **Papel del estudio urodinámico en la cirugía desobstructiva láser de la próstata**

Ponentes: **Dr. Omar Bilar Halawa González**, CHUNSC
Dr. Luis E. Resel Folkersma, H.C. San Carlos

12:00-12:15 **Colposacropexia robótica vs laparoscópica**

Ponente: **Dr. Guillermo Conde Santos**, H. QuirónSalud Tenerife

12:15-12:45 **3ª línea de tratamiento en VHS Botox, PTNS vs NMRS**

Ponentes: **Dr. David Castro Díaz**, CHUC
Dr. Isabel Montes, HUGCDN

12:45-13:15 **Todo lo que quisiste saber sobre las vacunas y nunca te atreviste a preguntar**

Ponentes: **Dr. Eduardo Barroso Deyne**, CHUIMI
Dra. Bárbara Padilla Fernández, CHUC

13:15-13:45 **Presentación de trabajos funcional**

Jueces: **Dr. Guillermo Conde Santos**, **Dr. Ruben Cutanda Puigvert**

13:45-14:30 **Almuerzo de trabajo**

Sala 1 **Mesa de cirugías en directo**

Moderadores: **Dr. Diego Laverde Patiño**, CHUIMI
Dra. Lucía Moreno Guerra, HUGCDN

14:30-16:30 **Cirugías en directo y semi live**

14:30-15:30 **Sistematización y democratización de la enucleación en bloque anatómica: 60-90 gr**

Ponente: **Dr. Pablo Juárez del Dago Anaya**, GUA Urología y Andrología y HUSR

15:30-16:30 **Challenge en enucleación: + 200 gr.**

Ponente: **Dr. Fernando Gómez Sancha**, ICUA Urología Avanzada

17:00-19:30 **Cursos (previa solicitud, plazas limitadas)**

Tutores: **Dr. Pietro Diana**, GUA Urología y Andrología, HUSR
Dra. Rebeca Davó, HUSR
Dra. Laura González Pérez, CHUC

21:00 **Cena de Trabajo**

Sábado 23 de septiembre 2023

Sala 1 **Mesa redonda de litiasis. Nuevas tecnologías.**

Moderador: **Dr. David Kim Lee**, HUGCDN

09:00-09:15 **PHímetros para monitorizar litiasis infectivas**

Ponente: **Dra. Jéscica García Pérez**, HUGCDN

09:15-09:30 **Vainas de aspiración continua para cirugía percutánea**

Ponente: **Dra. Emma de Lorenzo Cáceres**, CHUIMI

09:30-09:45 **Nuevos láseres RIRS con Tulio**

Ponente: **Dr. Sergio Fumero Arteaga**, CHUNSC

09:45-10:00 **RIRS en alta carga litiásica**

Ponente: **Dra. Laura González Pérez**, CHUC

10:00-10:30 **Presentación de trabajos litiasis**

Jueces: **Dr. Alberto Rivero Cárdenes**, **Dra. Diana Mejía Chavarría**

📍 Sala 2 Mesa HBP y Uretra

Moderador: **Dr. Héctor Ajubita Fernández**, GUA Urología y Andrología, HUSR

- 09:00-09:15** **Optilume: ¿Compite con la uretroplastia? Datos, comparación**
Ponente: **Dr. Moisés Rodríguez Socarrás**, ICUA Urología Avanzada
- 09:15-09:30** **Cirugía de enucleación de próstata ambulatoria, ¿Es segura? ¿Tiene límites?**
Ponente: **Dr. Pablo Juárez del Dago Anaya**, Gabinete de Urología y Andrología y HUSR
- 09:30-09:45** **Estenosis de uretra compleja**
Ponente: **Dr. Héctor Ajubita Fernández**, GUA Urología y Andrología, HUSR
- 09:45-10:00** **Pesadilla en la enucleación: Complicaciones, problemas técnicos, ¿cómo enfrentarse a ellos, ¿cómo salir airoso?**
Ponente: **Dr. Fernando Gómez Sancha**, ICUA
- 10:00-10:30** **Grand round Richard Wolf: enucleación en bloque/técnica de los lóbulos**
Ponentes: **Dr. Fernando Gómez Sancha**, ICUA Urología Avanzada
Dr. Tomás Concepción Masip, CHUC
- 10:30-11:00** **Presentación de trabajos HBP y uretra y miscelaneas.**
Jueces: **Dr. Fernando Gómez Sancha**, **Dr. Héctor Ajubita Fernández**



11:00-11:30 Pausa café

📍 Sala 1 Misceláneas Práctica diaria/futuro

Moderador: **Dr. Antonio Blanco Díez**, Blanco Mejía Urología Integral

- 11:30-11:45** **Trasplante renal y cáncer de próstata: del donante al receptor.**
Ponente: **Dra. Paula León Medina**, CHUIMI
- 11:45-12:00** **Impacto del sistema robótico HUGO, Medtronic. Cómo organizar e implantar un programa de éxito de cirugía robótica multidisciplinar.**
Ponente: **Dr. Avelino Fraga**, CH Universitario de Santo Antonio, Oporto
- 12:00-12:30** **Debate patrocinado por el Excmo. Cabildo Insular de Gran Canaria. Consejería de Educación y Juventud Gran Canaria Joven Juventud Canaria y enfermedades de transmisión sexual**
Ponente: **Dra. Andrea Noya Mourullo**, GUA Urología y Andrología, HUSR
- 12:30-12:45** **¿Es suficiente ser un súper urólogo para tener éxito o existen otros factores? Otros aspectos que un urólogo debería tener en cuenta.**
Ponente: **Dr. Santiago Gómez Sancha**, ICUA
- 12:45-13:00** **Gran Final de residentes últimos finalistas de los pósteres de residentes**
- 13:00-13:20** **Y para terminar y calmar a las bestias... La música y la urología.**
Ponente: **Dr. Josep Salvador Bayarri**, Fundación Puigvert
- 13:20-14:20** **Asamblea General de la Sociedad Canaria de Urología**

21:00 Cena del Congreso

Organiza



Patrocina



Ayuntamiento
de San Bartolomé
de Tirajana



CONSEJERÍA
DE EDUCACIÓN
Y JUVENTUD



Gobierno
de Canarias
Consejería de Sanidad



Sabina



Colabora



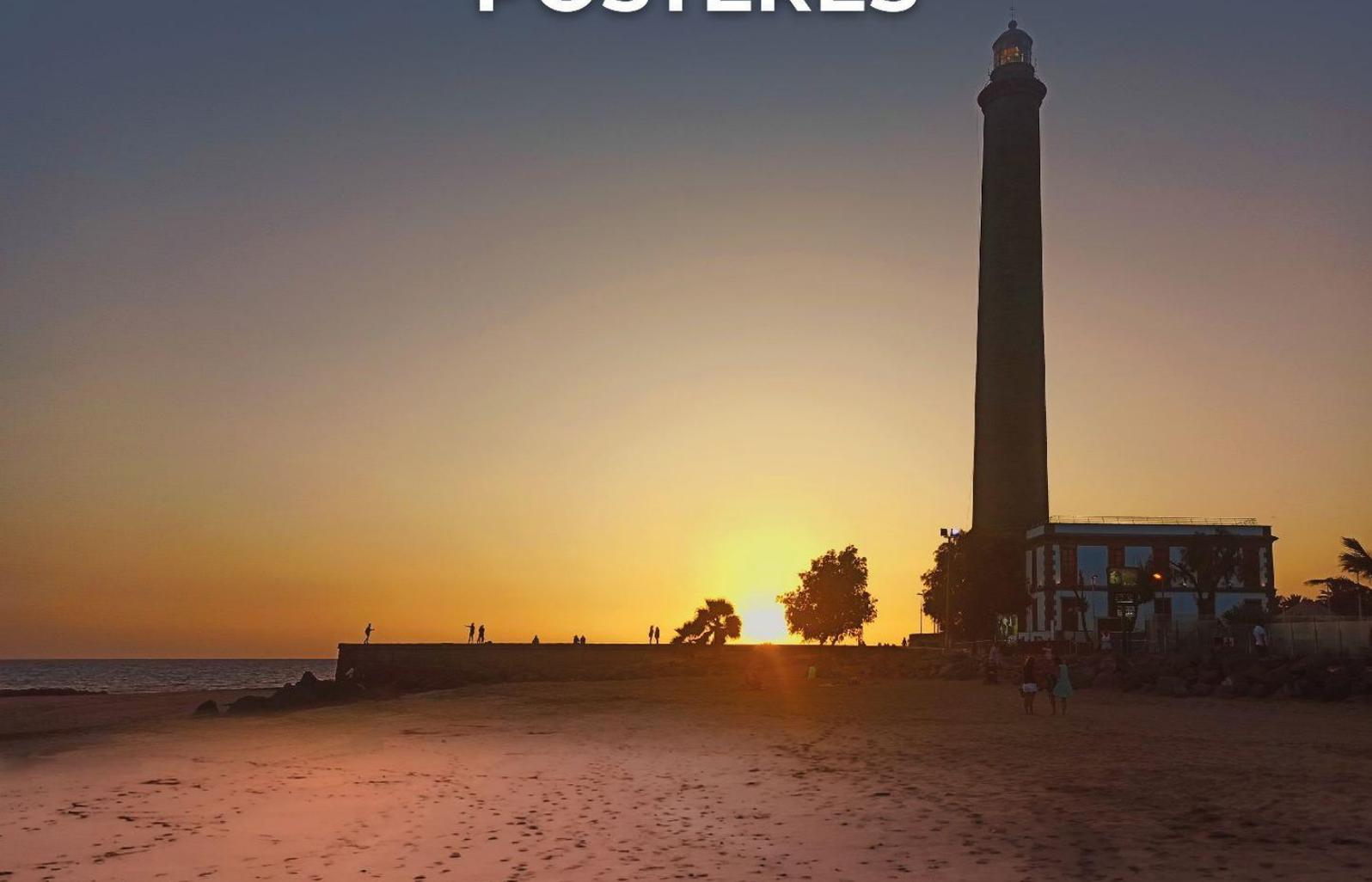


28
Congreso
**Sociedad Canaria
de Urología**

COMUNICACIONES ORALES

VÍDEOS

PÓSTERES



Viernes 22 de septiembre 2023

Sala 1

10:00-10:15 Presentación de **trabajos de oncología**

RESPUESTA COMPLETA EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO DE ALTO RIESGO DESPUÉS DE TRATAMIENTO MULTIMODAL: EVALUACIÓN DE UN CASO LIBRE DE ENFERMEDAD A LOS 20 MESES TRAS EL DIAGNÓSTICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Placeres Hernández T.¹, Tamayo Jover M.A.¹, Giunco L.¹, Plata Bello A.C.¹, Lorenzo Barreto J.E.², Morales Megret K.¹, Concepción Masip T¹.

¹Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España. ²Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España.

MÁRGENES QUIRÚRGICOS POSITIVOS COMO CONDICIONANTES EN EL PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO EN NUESTRO CENTRO

Placeres Hernández T., Plata Bello A.C., Giunco L., Concepción Masip T.

Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España.

ABLACIÓN RENAL FRENTE NEFRECTOMÍA PARCIAL: RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

Expósito Rodríguez, Cristian; León Media, Paula; Suárez Hernández, Samuel; Alemán Álamo; Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Maldonado Guerrero, Victoria; González Dávila Enrique; Armas Molina, José Vicente; Artiles Hernández José Luis

C.H.U Insular Materno-Infantil.

RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y DE SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN EL CÁNCER RENAL METASTÁSICO

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Hernández Alemán, Ligia; Espino Espino, Rubén; Galván Ruiz, Saray; Sanabria Cordero, Claudia, Piñero González, Marta.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO FACTOR PRONÓSTICO PRE NEFRECTOMÍA CITORREDUCTORA

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

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Sala 2

10:30-11:00 Presentación de **trabajos de Andrología**

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL SÍNDROME DE PENE ENTERRADO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Suárez Hernández, Samuel; Barroso Deyne, Eduardo; Cabral Fernández, Andreina; Saavedra Golán, Aarón; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Expósito Rodríguez, Cristian; Maldonado Guerrero, Victoria; Armas Molina, José V.; Artiles Hernández, José L.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

INJERTO LIBRE DE ESPESOR TOTAL DE PIEL DE INGLE PARA RECONSTRUCCIÓN PENEANA TRAS RESECCIÓN TUMORAL

Almudena Monllor Méndez, Balig Fawwaz Amir Nicolau, Esteban González de Chaves Fernández, Almudena Carrión Valencia, Lara Torres León, Raquel Clemente Graffigna, Angelo Jesús Sotillo, Carlos Díaz Mesa, Jonathan Rodríguez Talavera, Jesús Monllor Gisbert
Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria. S/C de Tenerife

Sala 1

12:45-13:45 Presentación de **trabajos de oncología**

REIMPLANTE URETEROILEAL BILATERAL MEDIANTE TÉCNICA DE BRICKER ASISTIDO POR ROBOT DA VINCI EN PORTADOR DE URETERO-ILEOSTOMÍA CUTÁNEA

Placeres Hernández T., Plata Bello A.C., Giunco L., Concepción Masip T.
Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿QUÉ HA CAMBIADO TRAS LA POSIBILIDAD DE EMPLEAR EL PET-COLINA/PET-PSMA?

Giunco L., García Álvarez C.; Placeres Hernández T.; Morales Megret K., Plata Bello A.C.; Concepción Masip T.
Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife

PAPEL DEL SEGUIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CISTECTOMIZADO EN ENSAYO CLÍNICO

Benítez Naranjo, J.; León Medina, P.; Vera Álamo, L.; Artiles Ortega, C.; Gómez de Liaño, A.; Suárez Hernández, S.; Alemán Álamo, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Hernández Florez, C.N.; Armas Molina, J.V.; Artiles Hernández, J.L.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

LINFADENECTOMÍA GUIADA POR INDOCIANINA FRENTE A LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA

De Pablos-Rodríguez, Pedro; Claps, Francesco; Rebez, Giacomo; Gómez-Ferrer, Álvaro; Casanova Ramon Borja, Juan; Ramírez Backhaus, Miguel.
Instituto Valenciano de Oncología

CONTROL DE CALIDAD DEL DESARROLLO DE MI TÉCNICA QUIRÚRGICA. GRÁFICAS CONTROL DE SHEWHART PARA LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA

Torres León, L.; Carrión Valencia A.; García García, A.L.; Clemente Graffigna, R.; Monllor Méndez, A.; Sotillo, A.J.; Díaz Mesa, C.; Gomez de Segura Melcón, C.; Amador Robayna, A.; Jiménez Navarro, M.; Rodríguez Talavera, J.; Monllor Gisbert, J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA DE RESCATE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Almudena Monllor Méndez, Almudena Carrión Valencia, Cristina Gómez de Segura Melcón, Lara Torres León, Raquel Clemente Graffigna, Angelo Jesús Sotillo, Carlos Díaz Mesa, Jonathan Rodríguez Talavera, Jesús Monllor Gisbert

Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria. S/C de Tenerife

VALIDACIÓN INTERNA DEL NUEVO ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA EN NUESTRO CENTRO (HUNSC)

Sotillo, Angelo J.; Carrión Valencia, Almudena; Jiménez Navarro, Marta; Torres León, Lara; Clemente Graffigna, Raquel; Monllor Mendez, Almudena, Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

MICROULTRASONIDOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO. APLICACIÓN DEL PROTOCOLO MADRID

Andrea Noya Mourullo, Pietro Diana, Rebeca Davó Cerda, Alejandro Silva Garreton, Ruben Cutanda Puigvert, Hector Héctor Ajubita Fernández, Pablo Juarez Del Dago Anaya

Dept. of Urology, Hospitales Universitarios San Roque, Las Palmas de Gran Canaria, Spain Gabinete de Urología y Andrología, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

NEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER VESICAL MÚSCULOINFILTRANTE: RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO RESUMEN

Sanabria Cordero, Claudia; Sánchez Pérez, Miriam; Guedes Oliva, Paolo; Moreno Guerra, Lucía; Hernández Alemán, Ligia; Jiménez Marrero, Pablo.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO: NUESTRA EXPERIENCIA TRAS 14 AÑOS

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Hernández Alemán, Ligia; Espino Espino, Rubén; Galván Ruiz, Saray; Sanabria Cordero, Claudia, Piñero González, Marta.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

ANTIADRÓGENOS VS DOCETAXEL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO DE ALTO VOLUMEN

Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Hernández Alemán, Ligia; Espino Espino, Rubén; Galván Ruiz, Saray; Sanabria Cordero, Claudia, Piñero González, Marta.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

RESULTADOS FUNCIONALES, ONCOLÓGICOS Y SEGURIDAD DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT EN NUESTRO CENTRO

María Fernández Morales, Pablo Jiménez Marrero

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

PRIMER CASO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ASISTIDA POR ROBOT CON EL NUEVO SISTEMA HUGO RAS

Pablo Juárez del Dago, Héctor Ajubita, Rebeca Davó, Pietro Diana.

GUA Gabinete de Urología y Andrología, Hospitales Universitarios San Roque

Sala 2

13:15-13:45 Presentación de **trabajos funcional**

COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Alemán Álamo, S.; Barroso Deyne, E.; Suárez Hernández, S.; Benítez Naranjo, J.;

Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS RESULTADOS FUNCIONALES DE LAS BANDAS SUBURETRALES DE INCISIÓN ÚNICA ALTIS®

Alemán Álamo, S.; Barroso Deyne, E.; Benítez Naranjo, J.; León Medina, P.; Saavedra Golán, A.;

Suárez Hernández, S.; Expósito Rodríguez, C.; Hernández Flores, C.N.; Armas Molina, J. V.;

Artiles Hernández, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA FORMACIÓN DE BIOFILM IN VITRO ENTRE EL SONDA T-CONTROL® Y UNA SONDA CONVENCIONAL TIPO FOLEY

Luque M, Mòdol M, Armas C, Serrano M, Endrényi S, García Mendieta JS.

Rethink Medical, Las Palmas de Gran Canaria

EVALUACIÓN DE POSIBLES MEJORAS EN LA INSERCIÓN DE SONDAS URINARIAS PERMANENTES. INSERCIÓN SIMULADA COMPARATIVA ENTRE T-CONTROL® Y SISTEMAS ABIERTO Y CERRADO DE SONDAS TIPO FOLEY

Molina-Mazón CS², Serrano M¹, Luque L³, Armas C¹, Mòdol M¹, Luque M¹.

¹Rethink Medical, Las Palmas de Gran Canaria. ²Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

³Healthcare Living Lab Catalonia, Barcelona.

Sala 1

10:00-10:30 Presentación de **trabajos litiasis**

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA VALORAR EFECTIVIDAD Y CONTROL DEL DOLOR COMPARANDO TÉCNICA DE BLOQUEO REGIONAL VS ANALGESIA INTRAVENOSA EN LA LITOTRIZIA POR ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES LITIÁSICOS CON EL LITOTRIPTOR DORNIER DELTA III

Suárez Hernández, Samuel; Navarro Medina, Patricio; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Expósito Rodríguez, Cristian; Maldonado Guerrero, Victoria; Hernández Flores, Carmen N.; Armas Molina, José V.; Artilles Hernández, José L.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

RESULTADOS Y COMPLICACIONES DEL USO DE VAINA DE SUCCIÓN DE CÁLCULOS EN MININEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Benítez Naranjo, J; Navarro Medina, P; Sánchez Bordón, S; De Lorenzo-Cáceres Morales, E; Suárez Hernández, S; Alemán Álamo, S; Expósito Rodríguez, C; Maldonado Guerrero, V; Hernández Flores, C.N.; Artilles Hernández, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Sala 2

10:30-11:00 Presentación de **trabajos HBP y uretra y miscelaneas**

MICETOMA VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Victoria Maldonado Guerrero, Cristian Expósito Rodríguez, Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Samuel Suárez Hernández, Paula León Medina, José Vicente Armas Molina, José Luis Artilles Hernández

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER

Alemán Álamo, S.; Benítez Naranjo, J.; Suárez Hernández, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; León Medina, P.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL CON DONANTE DE MUERTE ENCEFÁLICA Y ASISTOLIA CONTROLADA EN NUESTRO CENTRO

Suárez Hernández, Samuel; León Medina, Paula; Alemán Álamo; Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Expósito Rodríguez, Cristian; Maldonado Guerrero, Victoria; Hernández Flores, Carmen N.; Armas Molina, José V., Artilles Hernández, José L.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

TRASPLANTE RENAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL DE ETIOLOGÍA UROLÓGICA: RESULTADOS Y COMPLICACIONES

J. Benítez Naranjo, León Medina, P; S. Alemán Álamo, S. Suárez Hernández, Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V; Hernández Flores, C.N.; Armas Molina, J.V.; Artiles Hernández, J.L.
*Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria
Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria. S/C de Tenerife*

APLICACIÓN DE GRÁFICAS CONTROL DE SUMA ACUMULATIVA (CUSUM) EN LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: BUSCANDO PUNTOS DE REFERENCIA.

Torres León, L.; Carrión Valencia, A.; García García, A.L.; Clemente Graffigna, R.; Monllor Méndez, A.; Sotillo, A.J.; Díaz Mesa, C.; Gómez de Segura Melcón, C.; Amador Robayna, A.; Jiménez Navarro, M.; Rodríguez Talavera, J.; Monllor Gisbert, J.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

EXPERIENCIA INICIAL DE PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE EXTRACCION DE ORGANOS DEL HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA

Dr León-Ramirez, Daniel* ., Dra Figueroa-Sosa, Vanesa*. Dr.Suarez-Lopez Victor. Dr Candebat Montero,Luis-H.***

** Servicio de urología . **Servicio de UCI, Hospital General de Fuerteventura*



28
Congreso
**Sociedad Canaria
de Urología**

RESÚMENES



RESPUESTA COMPLETA EN CARCINOMA RENAL METASTÁSICO DE ALTO RIESGO DESPUÉS DE TRATAMIENTO MULTIMODAL: EVALUACIÓN DE UN CASO LIBRE DE ENFERMEDAD A LOS 20 MESES TRAS EL DIAGNÓSTICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Placeres Hernández T.¹, Tamayo Jover M.A.¹, Giunco L.¹, Plata Bello A.C.¹, Lorenzo Barreto J.E.², Morales Megret K.¹, Concepción Masip T.¹.

¹Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España.

²Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España.

Introducción: el tratamiento del carcinoma de células renales metastático (CCRm) ha experimentado una auténtica revolución en las últimas décadas. En la literatura actual solamente hay publicados unos pocos casos en remisión completa de CCRm después de un manejo multidisciplinar.

Objetivos: análisis del caso de un paciente diagnosticado en noviembre de 2021 de CCRm de alto riesgo, actualmente en remisión completa, tras respuesta completa a tratamiento multimodal mediante inmunoterapia y cirugía con intención curativa tanto del tumor renal primario como de las metástasis y análisis de la literatura disponible en relación con el caso.

Material y métodos: presentamos el caso de un paciente varón de 59 años diagnosticado en noviembre 2021 de carcinoma renal de células claras grado 2-3 ISUP metastásico (estadío IV) de alto riesgo según la clasificación IMDC, que inicia tratamiento de primera línea con ipilimumab y nivolumab en enero del 2022. El paciente, al diagnóstico, presenta una gran masa renal derecha de 93 x 92 x 170 mm (T x AP x CC) con afectación del segmento VI hepático, colon derecho, suprarrenal ipsilateral y pared muscular lateral derecha. Así mismo, presenta una adenopatía necrótica en la región de los vasos ilíacos externos derechos y un implante necrótico en hemitórax izquierdo de 2 cm. Tras objetivarse una notable respuesta parcial a inmunoterapia, se propone para tratamiento quirúrgico radical con intención curativa.

Resultados: Tras iniciar tratamiento con ipilimumab-nivolumab, el paciente presenta respuesta parcial con importante disminución de la carga tumoral, por lo que se procede al tratamiento quirúrgico mediante nefrectomía radical, segmentectomía hepática V-VI y suprarrenalectomía derecha radical. Los resultados anatómo-patológicos de la pieza quirúrgica demuestran una lesión tumoral mínima residual de 3 mm en la pieza de nefrectomía y sin afectación tumoral en la pieza hepática ni suprarrenal. Actualmente el paciente continúa con nivolumab postquirúrgico encontrándose asintomático, ECOG 0 y EVA 0. Tras 20 meses del diagnóstico, el paciente se presenta en remisión completa y libre de enfermedad uro-oncológica.

Conclusión: La importante respuesta al tratamiento de primera línea con ipilimumab-nivolumab en el caso de CCRm de alto riesgo aquí presentado, produjo un cambio en la situación clínica de nuestro paciente, permitiéndole beneficiarse, además, de un tratamiento quirúrgico radical con intención curativa, proporcionando un auténtico cambio en el paradigma y pronóstico del paciente. Futuros estudios centrados en las características de estos grandes respondedores son necesarios para identificar posibles factores de respuesta al tratamiento, permitiéndonos una mejor selección y planificación terapéutica multimodal.

Palabras clave: carcinoma de células renales, metastásico, alto riesgo, inmunoterapia.

MÁRGENES QUIRÚRGICOS POSITIVOS COMO CONDICIONANTES EN EL PRONÓSTICO Y SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS ONCOLÓGICOS A LARGO PLAZO EN NUESTRO CENTRO.

Placeres Hernández T., Plata Bello A.C., Giunco L., Concepción Masip T.
Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España.

Introducción: La nefrectomía parcial laparoscópica (NLP) se presenta como un abordaje terapéutico aceptado en el manejo de los tumores renales pequeños. Hasta la fecha no se ha podido demostrar que los márgenes quirúrgicos positivos tengan efectos negativos sobre el pronóstico de los pacientes intervenidos mediante NLP.

Objetivos: Analizar las características y morbimortalidad de los pacientes sometidos a NLP durante los últimos 9 años en nuestro centro, así como de las recidivas presentadas y su impacto en el pronóstico oncológico de los pacientes comparándolo con la literatura más actual.

Material y métodos: Del total de los pacientes intervenidos mediante NLP en nuestro centro desde el año 2010 hasta el año 2022, se analizaron retrospectivamente los datos de 263 pacientes de los cuales se seleccionaron 127 para su análisis que cumplían todos los criterios de inclusión. Se realizó una revisión de los datos demográficos y quirúrgicos, hallazgos histopatológicos y la tasa de recidiva y se realizó una comparativa con la literatura disponible en cuanto a posible afectación del pronóstico de los pacientes.

Resultados: La edad promedio de los pacientes fue de 65,7 años. Más de la mitad de los pacientes (79 pacientes (62,2%)) presentaron alguna relación con el tabaco; 96 pacientes (75,6%) padecían HTA con tratamiento farmacológico y 82 pacientes (64,6%) presentaban algún grado de sobrepeso u obesidad (IMC>25). El tamaño tumoral medio fue de 3,1 cm ($\pm 1,49$ SD).

La tasa de complicación postoperatoria fue de 8,6% (11/127). El carcinoma renal de células claras fue el patrón histológico más frecuentemente encontrado en las piezas quirúrgicas (51 pacientes, 40,2%), seguido por el papilar (27 pacientes, 21,1%); la mayoría en estadio pT1a (107 pacientes (84,3%)). Se reportaron márgenes quirúrgicos positivos en 39 casos (30,5%). Hubo 5 casos de recidiva tumoral (3,9%), con un tiempo promedio hasta la recidiva de 27,33 meses ($\pm 22,12$ SD). 3 pacientes fueron sometidos a retratamiento quirúrgico mediante nefrectomía parcial o radical y en el caso de 2 pacientes se optó por la vigilancia activa. Durante el seguimiento fallecieron 15 pacientes (11,8%), ninguno en relación con su enfermedad urooncológica. No se presentaron casos de enfermedad a distancia en relación con su patología oncológica renal.

Conclusión: A pesar de que las tasas de márgenes positivos en nuestro centro son ligeramente superiores a las reportadas en otros estudios, se objetivó que este hecho no presenta diferencias en cuanto a la recurrencia de la enfermedad ni en el desarrollo de metástasis respecto a los estudios más recientemente publicados, pudiendo plantearse la monitorización como una opción terapéutica válida en estos pacientes. La NLP se presenta como una técnica válida en la conservación de nefronas incluso en aquellos pacientes con función renal previa normal.

Palabras clave: nefrectomía parcial, márgenes quirúrgicos positivos, recidiva.

ABLACIÓN RENAL FRENTE NEFRECTOMÍA PARCIAL: RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO.

Autor principal: Cristian Expósito Rodríguez.

Coautores: León Media, Paula; Suárez Hernández, Samuel; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Maldonado Guerrero, Victoria; Gonzalez Dávila, Enrique; Armas

Molina, José Vicente; Artilles Hernández, José Luis.

Centro de Trabajo: C.H.U Insular Materno-Infantil.

Objetivos: Comparar los resultados a largo plazo de las ablaciones renales frente a las nefrectomías parciales realizadas en nuestro centro, analizando eficacia, supervivencia global y factores asociados con complicaciones y éxito técnico.

Material y métodos: Se estudia de manera retrospectiva dos cohortes compuestas por 30 ablaciones renales (6 radiofrecuencias y 24 microondas) y 30 nefrectomías parciales entre 2013 y 2023. Se analizaron supervivencia global, eficacia primaria y secundaria y complicaciones relacionándolas con diversos factores del paciente y características de los tumores tratados.

Resultados: Los datos están siendo analizados en el momento actual, por lo que no se pueden aportar en este abstract. No obstante, para 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 se han analizado estadísticamente (en proceso). Sin embargo, para el día del congreso regional de urología se aportarán las conclusiones obtenidas.

TÍTULO: RESULTADOS ONCOLÓGICOS Y DE SEGURIDAD DE LA INMUNOTERAPIA EN EL CÁNCER RENAL METASTÁSICO

Autor: Guedes Oliva, Paolo;

Coautores: Jiménez Marrero, Pablo; Hernández Alemán, Ligia; Espino Espino, Rubén; Galván Ruiz, Saray; Sanabria Cordero, Claudia, Piñero González, Marta.

Centro: Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Introducción

El cáncer renal constituye en torno al 3 % de todas las neoplasias. En lo que respecta al tratamiento de sus estadios avanzados, en los últimos años se ha producido una revolución en dicho escenario, donde el progreso en los conocimientos biológicos del tumor han permitido la introducción de nuevas terapias, como la inmunoterapia o los nuevos inhibidores de tirosin kinasas. Debido a su reciente irrupción, una de sus principales dificultades radica en la identificación y manejo de sus efectos adversos.

Objetivos

Valorar la seguridad de los tratamientos inmunoterápicos administrados en nuestro centro.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los pacientes con cáncer renal metastásico tratados con al menos un ciclo de los distintos tratamientos inmunoterápicos administrados en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín HUGCDN entre 2018 y 2023. La elección de las terapias y el seguimiento de los pacientes se ha realizado de forma conjunta entre los servicios de Urología, Oncología Médica y Farmacia. Se ha llevado a cabo mediante la herramienta estadística SPSS versión 25 un análisis descriptivo de la muestra (datos sobre los antecedentes de los pacientes, resultados de escáner, muestras de anatomía patológica, proceso de seguimiento).

Resultados

En el estudio fueron incluidos 23 pacientes con una edad media de 62 ± 9.24 años, de los cuáles el 15 (65.2%) debutaron de forma metastásica. La estratificación según la escala de riesgo IMDC fue: 4 pacientes riesgo favorable, 16 pacientes riesgo intermedio y 3 pacientes riesgo desfavorable.

El resto de características de los pacientes se recoge en la tabla 1. La terapia más utilizada fue el Nivolumab en combinación con Ipilimumab (26%) o Nivolumab (17.39%) en monoterapia. El resto de tratamiento viene recogido en la figura 1. La media de seguimiento fue de 42 meses. El 65.2 % de los pacientes abandonaron el tratamiento, 2 (8.7) pacientes por reacciones adversas Grado ≥ 3 y 13 (56.5) por progresión de la enfermedad. La mediana libre de progresión fue mayor en el grupo de tratamiento en primera línea (figura 2) y la tasa global de control inicial de la enfermedad del 47.9 %. El 73.9 % de los pacientes sufrió algún efecto adverso. El 26.1% requirieron de tratamiento, 2 tuvieron que suspender el fármaco de forma definitiva y 1 pudo reintroducir la medicación tras la suspensión. El efecto adverso más frecuente fue la diarrea (tabla 2).

Conclusión

Las diferentes combinaciones de inmunoterapia se han manejado de forma segura y con aceptables resultados oncológicos en nuestra experiencia personal, siendo una de sus principales razones el manejo multidisciplinar que se lleva a cabo en nuestro centro.

TÍTULO: ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO COMO FACTOR PRONÓSTICO PRE NEFRECTOMÍA CITORREDUCTORA

Autor principal: Hernández Alemán, Ligia

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

Centro de Trabajo: Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Introducción

El cáncer renal representa el 3% de todos los cánceres en el adulto y el 90-95% de todas las neoplasias renales.

El carcinoma renal metastásico abarca un heterogéneo grupo de neoplasias con distintos comportamientos y pronóstico. Como resultado del incremento de nuevas opciones terapéuticas en el manejo de estos pacientes, es crucial identificar factores que permitan estimar un riesgo individualizado para diseñar estrategias de tratamiento y seguimiento.

Existe cada vez más evidencia de que la respuesta inflamatoria e inmune juegan un papel crucial en el desarrollo de la progresión del cáncer y numerosos estudios indican que el índice neutrófilo-linfocito (INL) pretratamiento podría ser un biomarcador útil como valor pronóstico en estos pacientes. Además, este índice tiene la ventaja de ser una herramienta accesible en la práctica clínica diaria, fácilmente calculable y de bajo coste.

Objetivo

Analizar el valor pronóstico del INL y su efecto en la supervivencia a los 12, 18 meses y supervivencia global en pacientes sometidos a nefrectomía citorreductora

Material y métodos:

Análisis de cohortes retrospectivo de los pacientes con debut metastásico intervenidos mediante nefrectomía citorreductora en el HUGCDN entre los años 2005-2020. Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo en el que se recogen datos sobre edad, sexo, antecedentes del paciente, MSKCC, histología, tratamiento adyuvante y seguimiento (Tabla 1.)

Resultados

En el estudio fueron incluidos 24 pacientes (13 hombres, 11 mujeres) con una edad media de 62 años (36-81) y una media de seguimiento de 26 meses (1-83). La media de INL fue de 4,2 (0,17-15,50), en pacientes con riesgo intermedio o pobre. La histología predominante fue de células claras en un 66,7%. Las primeras líneas de tratamiento se recogen en la Tabla 1. El punto de corte del INL se estableció en 4, según varios estudios analizados. Según este estudio, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes con un INL >4 pre-prenefrectomía en cuanto a la supervivencia a los 12, 18 meses y la supervivencia global. Además, no se halló significación estadística entre la relación de pacientes con riesgo pobre según MSKCC ni con HTA y un ILN mayor ($p=0.092$ y $p=0.052$, respectivamente)

Conclusión

En el presente estudio, un índice neutrófilos-linfocitos elevado prequirúrgico no parece influir en una menor supervivencia en pacientes con cáncer renal metastásico. Dada la controversia que existe con algunos resultados previos, son necesarios más estudios para valorar su verdadero valor predictivo y utilidad en la práctica clínica diaria.

TÍTULO: CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DEL SÍNDROME DE PENE ENTERRADO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

AUTOR PRINCIPAL: Suárez Hernández, Samuel.

COAUTORES: Barroso Deyne, Eduardo; Cabral Fernández, Andreina; Saavedra Golán, Aarón; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Expósito Rodríguez, Cristian; Maldonado Guerrero, Victoria; Armas Molina, José V.; Artilles Hernández, José L.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria.

RESUMEN

Objetivo: El objetivo primario es presentar un caso clínico de un paciente con pene enterrado adquirido del adulto (PEAA) y su tratamiento quirúrgico. En segundo lugar, hacer visible un problema de salud cada vez más importante y ayudar a la comprensión de esta patología. El PEAA es la condición de ocultación del falo masculino dentro de una almohadilla de grasa suprapúbica o una cicatriz. Tiene una prevalencia desconocida en la literatura y esta patología está a menudo relacionada con la obesidad, depresión y baja autoestima, diabetes, liquen escleroatrófico y disfunción eréctil. Esta situación puede dificultar la calidad miccional, la actividad sexual, así como una correcta higiene del pene por lo que pueden presentar infecciones genitales de repetición. Su principal tratamiento es quirúrgico, siendo el objetivo principal del mismo conseguir un pene más estético y funcional, lo que repercute en la calidad de vida de los pacientes.

Material y métodos: Varón de 54 años y con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, es valorado en urología por dificultad para retracción del prepucio a pesar de dos intervenciones de circuncisión previas e imposibilidad para mantener relaciones sexuales debido a la gran dificultad para descubrir el pene. Tras una evaluación física exhaustiva en la que se objetiva un pene enterrado con prepucio distal engrosado y fibrótico con imposibilidad de exponer el glande, así como un ángulo peno-escrotal y peno-pubiano corto, es diagnosticado de “síndrome del pene enterrado” y es propuesto para cirugía reconstructiva con previa valoración conjunta por cirugía plástica. El día 14 de abril de 2023 se interviene al paciente realizándose un desenterramiento con dermolipectomía púbica e injerto de piel.

Resultados: El paciente presentó muy buena evolución en el postoperatorio inmediato y tardío, con muy buenos resultados estéticos y recuperación de la actividad sexual.

Conclusiones: Cada caso debe ser individualizado, la cirugía puede no estar indicada en todas las situaciones y el tratamiento expectante puede ser una alternativa. La corrección quirúrgica del pene enterrado es un desafío para los cirujanos y se han descrito diversas técnicas quirúrgicas para corregir esta patología, con resultados variados.

INJERTO LIBRE DE ESPESOR TOTAL DE PIEL DE INGLE PARA RECONSTRUCCIÓN PENEANA TRAS RESECCIÓN TUMORAL.

Autor principal

Almudena Monllor Méndez¹

Cirujanos

Balig Fawwaz Amir Nicolau¹

Esteban González de Chaves Fernández¹

Almudena Monllor Méndez

Co-autores

Almudena Carrión Valencia¹, Lara Torres León¹, Raquel Clemente Graffigna¹, Angelo Jesús Sotillo¹, Carlos Díaz Mesa¹, Jonathan Rodríguez Talavera¹, Jesús Monllor Gisbert¹.

1. Servicio de Urología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. Islas Canarias. España.

1. Introducción:

La elección del tratamiento para el cáncer de pene depende del tamaño, localización, histología, estadio y grado del tumor así como de la preferencia del paciente, siendo en este sentido fundamental tener en cuenta su función sexual basal así como sus expectativas con respecto a la misma.

En los últimos años ha existido una tendencia cada vez mayor hacia los abordajes conservadores de órgano seguidos de técnicas reconstructivas del mismo con el objetivo de restablecer su forma, estética y funcionalidad.

Los injertos de espesor total de piel son capaces de lograr buena adaptación al lugar de implante y cicatrizar con mínima contractura tisular así como presentar mejor resistencia a la abrasión que los injertos de piel parcial. Estos cuentan, además, con mayor potencial de recuperación sensorial. La ingle como área donante del injerto cuenta con la ventaja de ofrecer cantidades mayores de piel en comparación con otras partes del cuerpo así como menor impacto de la cicatriz (área de pliegue) con un periodo de curación relativamente corto.

Presentación del caso

Varón de 72 años. Antecedentes personales de tabaquismo e HTA. No antecedentes urológicos de interés, sexualmente activo (IIEF 22). Acude a consulta derivado desde Dermatología tras el descubrimiento de una lesión en el pene de 6 meses de evolución.

A la exploración física se objetiva una lesión verrucosa con áreas ulceradas en cuerpo y base de pene acompañada de una segunda lesión sospechosa en prepucio. No impresiona

de invasión de cuerpos cavernosos ni de esponjoso. No se palpan ganglios inguinales sospechosos. Biopsia punch de carcinoma escamoso infiltrante p-16 +.

La RMN describe una imagen exofítica cutánea de (15x61x35 mm) localizada en el margen dorsal del pene y prepucio hipointensa en T2, con restricción de la difusión y captación de contraste.

Tras llegar a un consenso con el paciente se decide llevar a cabo resección tumoral seguida de reconstrucción peneana con injerto de espesor total de piel de ingle. Biopsia selectiva de ganglio centinela negativa para malignidad.

Tras el procedimiento el paciente fue dado de alta al primer día postoperatorio sin incidencias.

El análisis histopatológico mostró un carcinoma escamoso infiltrante de alto grado con subtipo histológico mixto (basaloide/condilomatoso). Márgenes de resección libres (pT1bN0, estadio IIA).

Tras el alta, acudió de manera regular a citas con la enfermera de Urología para el cuidado del injerto con buena curación del mismo. Inició una recuperación progresiva de la actividad sexual a partir del sexto mes tras la cirugía con muy buena satisfacción global, función eréctil y con discomfort mínimo en relación a las heridas quirúrgicas.

Conclusión

A la hora del tratamiento de la patología genital, resulta fundamental tener en cuenta las preferencias y expectativas del paciente desde el punto de vista sexual sin comprometer los resultados oncológicos.

La utilización de un injerto de espesor total de piel de ingle para la reconstrucción peneana tras resección tumoral es un método poco común. No obstante, ha mostrado buenos resultados en nuestra experiencia ofreciendo una aceptable combinación estética y funcional con escaso impacto en la esfera sexual y buenos resultados oncológicos asociados.

Vídeo:

REIMPLANTE URETEROILEAL BILATERAL MEDIANTE TÉCNICA DE BRICKER ASISTIDO POR ROBOT DA VINCI EN PORTADOR DE URETERO-ILEOSTOMÍA CUTÁNEA.

Placeres Hernández T., Plata Bello A.C., Giunco L., Concepción Masip T.
Servicio de Urología, Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Tenerife, España.

Introducción: la cistectomía radical es el tratamiento de referencia del cáncer de vejiga músculo invasivo (CVMI). En cuanto al abordaje quirúrgico, la cistectomía radical asistida por robot es una técnica cada vez más ampliamente extendida; no siendo inferior respecto al abordaje abierto en cuanto a los resultados oncológicos y con menor tasa de complicaciones. La uretero-ileostomía según la técnica de Bricker es la derivación urinaria tras cistectomía radical más ampliamente utilizada y la escogida en la mayoría de los casos en nuestro centro en los pacientes cistectomizados.

Material y métodos: presentamos el caso de un paciente varón de 74 años diagnosticado de CVMI en abril de este año que es sometido en mayo a cistectomía radical laparoscópica y derivación urinaria mediante uretero-ileostomía tipo Bricker. El paciente presenta como antecedentes quirúrgicos de interés, un mixofibrosarcoma retroperitoneal intervenido por nuestro servicio en enero del mismo año y dos RTU-V previas. El postoperatorio de la cistectomía cursa sin complicaciones y el paciente es altado al séptimo día postquirúrgico. Se procede a la retirada de los catéteres monoJs en consultas externas a los 14 días tras la cirugía. A las 3 semanas tras la retirada de los catéteres, el paciente ingresa de manera urgente en el Servicio de Urología con un cuadro compatible con importante fuga urinaria izquierda y urinoma asociado que se maneja inicialmente mediante nefrostomía percutánea izquierda y catéter interno-externo derecho. Se propone para reparación quirúrgica mediante reimplante ureteroileal asistido por robot Da Vinci. Intraquirófano se objetivan ambos uréteres distales de aspecto desvitalizado y parcialmente desinsertados del asa intestinal, por lo que se realiza el reimplante ureteroileal bilateral.

Resultados: el paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista postquirúrgico, procediendo a su alta hospitalaria con nefrostomía izquierda y catéteres monoJs bilaterales al sexto día tras la cirugía. Se valora en consultas de Urología en el día 16 tras la cirugía procediéndose a la realización de pielografía descendente izquierda con paso de contraste hacia el asa intestinal, por lo que se procede al cierre de la nefrostomía con buena tolerancia para posterior retirada bajo control radiológico.

Conclusión: el manejo quirúrgico de la reconstrucción ureteral se presenta como un procedimiento desafiante por la variabilidad de la localización, extensión y etiología de la enfermedad. El abordaje abierto ofrece clásicamente altas tasas de éxito incluso en los casos de patología ureteral compleja, aunque el reimplante ureteral laparoscópico asistido por robot demuestra resultados quirúrgicos comparables y mejoría en cuanto a las pérdidas sanguíneas, estancia hospitalaria y tiempo de catéteres urinarios. La elección de una técnica quirúrgica frente a la otra debe estar supeditada en función de la experiencia y preferencia del cirujano y las características del paciente y la lesión presentada.

Palabras clave: reimplante ureteroileal, robot Da Vinci, Bricker, fuga urinaria.

TÍTULO: RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿QUÉ HA CAMBIADO TRAS LA POSIBILIDAD DE EMPLEAR EL PET-COLINA/PET-PSMA?

AUTORES: Giunco L. , García Álvarez C. ; Placeres Hernández T. ; Morales Megret K. , Plata Bello A.C. ; Concepción Masip T.

OBJETIVO: La prostatectomía radical representa una de las principales opciones terapéuticas de los pacientes con cáncer de próstata localizado o localmente avanzado. Según la literatura disponible un 30% de los pacientes prostatectomizados sufren una recidiva bioquímica (RBQ) en los primeros 10 años de seguimiento, siendo fundamental su manejo para evitar la progresión de la enfermedad. Analizamos las características de los pacientes que evolucionan con recidiva bioquímica y el manejo diagnóstico-terapéutico de la misma, tras la posibilidad de emplear PET-Colina / PET-PSMA en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 316 pacientes intervenidos de prostatectomía radical desde enero de 2019 hasta diciembre de 2020 en nuestro centro. Se han analizado las características epidemiológicas, clínicas y oncológicas de los pacientes, así como las opciones de manejo diagnóstico-terapéutico elegidas tras la confirmación de recidiva bioquímica.

RESULTADOS: Se ha considerado recidiva bioquímica un PSA >0.20ng/ml tras prostatectomía radical. Un total de 51 pacientes (16%) evolucionaron con recidiva bioquímica en nuestro centro a medio plazo. En el momento del diagnóstico la edad media fue de 69 años (69,12 +/- 7,75) y el PSA total de 10,07 +/- 7,32 ng/mL. La mediana de tiempo desde la intervención hasta la confirmación de la recidiva bioquímica fue de 17 meses (516,37 +/- 360,00 días). El 80,4% de los pacientes que recidivan presentaba afectación extracapsular en la pieza quirúrgica y el 58,8% presentaba márgenes quirúrgicos positivos (aceptado como margen positivo cualquier tamaño en mm). Se obtiene una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$) comparando la afectación extracapsular y los márgenes positivos de los pacientes que evolucionan sin recidiva bioquímica. En el 96% de los pacientes (49/51) en los que se confirma la recidiva bioquímica se realiza un estudio de extensión, que resulta positivo en el 41,8% de ellos (20/49). En el 21,6% de los pacientes (11/51) se realiza un PET-PSMA y en el 35,3% (18/51) se realiza un PET-Colina. En los pacientes que se benefician de PET-PSMA o PET-Colina tras un estudio de extensión convencional, el manejo cambia según los resultados del PET en el 25% (5/20) de los casos.

CONCLUSIONES: La tasa de recidiva bioquímica tras prostatectomía radical en nuestro centro a corto plazo es comparable a lo descrito en la literatura. Los factores fundamentales relacionados con recidiva bioquímica han sido la afectación extracapsular y los márgenes positivos en la pieza quirúrgica. Las pruebas de imagen de nueva generación como el PET-Colina/PET-PSMA resultan ser una herramienta útil en el manejo diagnóstico-terapéutico de pacientes con recidiva bioquímica.

PAPEL DEL SEGUIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CISTECTOMIZADO EN ENSAYO CLÍNICO

Benítez Naranjo, J.; León Medina, P.; Vera Álamo, L.; Artiles Ortega, C.; Gómez de Liaño, A.; Suárez Hernández, S.; Alemán Álamo, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; Hernández Florez, C.N.; Armas Molina, J.V.; Artiles Hernández, J.L.

Introducción: El impacto en la calidad de vida del tratamiento del carcinoma urotelial músculo-invasivo es indiscutible. Tras años formando parte de ensayos clínicos con combinaciones de inmunoterapia neoadyuvante se plantea como objetivo demostrar si los pacientes incluidos informan de peor calidad de vida asociado al exhaustivo control médico que realizan.

Material y métodos: Se recogieron datos de 44 pacientes sometidos a cistectomía radical con ureteroileostomía tipo Bricker entre los años 2018 y primer semestre del 2022 en nuestro centro: 19 participaron en ensayos clínicos con combinaciones de inmunoterapia neoadyuvante y 25 recibieron neoadyuvancia con quimioterapia convencional. Los sujetos de ensayo acuden a consulta cada 3 semanas y realizan tomografía cada 6 el primer año; el grupo control efectúa control radiológico trimestralmente. Se incluyó a pacientes aptos para cirugía radical con ECOG<2, sin insuficiencias de órganos, pT2-T4a N≤1 M0, con histología urotelial ≥50%. Se plantea un estudio de cohortes prospectivo recogiendo 86 variables de resultados oncológicos, de calidad de vida y parámetros psicométricos de depresión y ansiedad mediante cuestionarios validados (EORTC-QLQ-C30, EQ-5D-5L VAS, BCI y HADS). Se realizan presencialmente antes de la intervención quirúrgica y tras 6 y 12 meses.

Resultados: Ambas cohortes son epidemiológica y oncológicamente comparables El grupo control tuvo: mayor tasa de complicaciones postquirúrgicas en el grupo de ensayo (RR=3,83 (1,07;13,7) p=0,003) y mayor tiempo de ingreso (13 días (7; 18) vs 7 (7;8.75) p=0,047). A pesar de no existir diferencias en la escala ECOG previo a la intervención, al año de la misma, fue mayor en los pacientes de ensayo (RR=2,72 IC95%(1,14;6,47) p=0,004). Ambos grupos partían de puntuaciones similares en los cuestionarios basales; se objetiva en el grupo de ensayo una mayor puntuación del cuestionario HADS a los 6 (Medianas: Ansiedad 6 (4;8) vs 3 (1;6) p=0,03; Depresión 6 (4;8) vs. 3 (2;7), p=0,04) y 12 meses de la intervención (Medianas: Ansiedad 5,5 (3,75;8) vs 2 (1;4) p=0,006; Depresión 5 (3;7,75) vs 2 (2;4) p=0,006).

Conclusiones: Los pacientes en ensayo clínico registran peores datos de percepción de calidad de vida, depresión y ansiedad a pesar de su menor tasa de complicaciones postquirúrgicas y de tiempo de ingreso hospitalario.

a. **Título:** LINFADENECTOMÍA GUIADA POR INDOCIANINA FRENTE A LINFADENECTOMÍA EXTENDIDA

b. **Autor principal:** De Pablos-Rodríguez, Pedro.

c. **Coautores:** Claps, Francesco; Rebez, Giacomo; Gómez-Ferrer, Álvaro; Casanova Ramon Borja, Juan; Ramírez Backhaus, Miguel.

d. **Centro de Trabajo:** Instituto Valenciano de Oncología.

e. **Texto:**

- i. **Objetivo:** Estudiar la seguridad y eficacia de la linfadenectomía guiada por verde de indocianina frente a la linfadenectomía extendida (ePLND) durante al momento de a prostatectomía radical.
- ii. **Metodología.** Ensayo clínico aleatorizado de pacientes candidatos a prostatectomía radical con linfadenectomía. Aleatorización 1:1 en dos grupos: ICG vs linfadenectomía extendida. El objetivo primario es el porcentaje de complicaciones a 3 meses de la cirugía. Los objetivos secundarios incluyeron el porcentaje de complicaciones graves (Clavien III-IV), porcentaje de pacientes clasificados como pN1, número de ganglios disecados, número de ganglios afectos, porcentaje de pacientes con PSA indetectable y libres de recidiva bioquímica durante el seguimiento.
- iii. **Resultados:** Se incluyeron 108 pacientes con una mediana de seguimiento de 16 meses. 54 pacientes aleatorizados al brazo ICG y 54 pacientes aleatorizados al brazo ePLND. El 70% de los pacientes del grupo ePLND presentaron al menos una complicación frente al 32% del grupo ICG ($p < 0.001$). La diferencia entre el porcentaje de complicaciones mayores no fue estadísticamente significativa ($p = 0.7$). La detección de pacientes pN1 fue mayor en el grupo ICG (28%) frente al grupo ePLND (22%) sin embargo, dicha diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p = 0.7$). El porcentaje de pacientes con PSA indetectable a 12 meses en el grupo ICG fue del 83%, frente al 76% del grupo ePLND, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Además, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las supervivencias libres de progresión bioquímica.
- iv. **Conclusión:** La linfadenectomía guiada por ICG es una técnica prometedora para estadificar pacientes con CaP de riesgo intermedio y alto. Ha demostrado un menor porcentaje de complicaciones con similares resultados oncológicos a corto plazo.

CONTROL DE CALIDAD DEL DESARROLLO DE MI TÉCNICA QUIRÚRGICA. GRÁFICAS CONTROL DE SHEWHART PARA LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA.

Torres León, L.; Carrión Valencia A.; García García, A.L.; Clemente Graffigna, R.; Monllor Méndez, A.; Sotillo, A.J.; Díaz Mesa, C.; Gomez de Segura Melcón, C.; Amador Robayna, A.; Jiménez Navarro, M.; Rodríguez Talavera, J.; Monllor Gisbert, J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

Las gráficas de control estadístico o de Shewhart permiten identificar si un proceso está bajo control estadístico con respecto al tiempo y así identificar puntos en los que no se cumple y poder aplicar acciones correctivas en la técnica.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue evaluar la curva de aprendizaje de la prostatectomía radical asistida por robot (PRAR) en nuestro centro mediante estas gráficas de control.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó de manera retrospectiva una cohorte de 209 pacientes sometidos a PRAR en nuestro centro entre abril de 2019 y diciembre de 2022. Se recogieron datos demográficos y resultados funcionales y oncológicos. Los resultados obtenidos se analizaron mediante gráficas de control para el tiempo quirúrgico y la estancia postoperatoria.

Se definió como límite de control estadístico 3 desviaciones estándar (DS) con respecto de la media para cada uno de los parámetros analizados. En el eje Y se representan subgrupos de 10 cirugías.

RESULTADOS

Se incluyeron 209 procedimientos realizados por el mismo cirujano, con experiencia previa laparoscópica, de forma consecutiva, sin excluir ningún caso. La edad media de la muestra fue de 64 (46-79) años. El tiempo quirúrgico medio fue de 259 (165-550) minutos. La estancia media fue de 3 (2-34) días.

Las gráficas de control estadístico para el tiempo quirúrgico revelan que sólo en un determinado momento, el proceso no estuvo bajo control, entre los 130 y 140 casos y para los días de estancia en torno a los 100 casos. Si analizamos detenidamente nuestros casos y buscamos en ese rango de casos, encontramos las causas de dicha variación (complicaciones intra o postoperatorias).

CONCLUSIÓN

Las gráficas de control estadístico podrían ser otra variable a medir en las curvas de aprendizaje de las técnicas quirúrgicas y control de calidad de las mismas. Permiten identificar variaciones en los resultados esperados y aplicar medidas de mejora.

PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA DE RESCATE: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Autor principal

Almudena Monllor Méndez¹

Co-autores

Almudena Carrión Valencia¹, Cristina Gómez de Segura Melcón¹, Lara Torres León¹, Raquel Clemente Graffigna¹, Angelo Jesús Sotillo¹, Carlos Díaz Mesa¹, Jonathan Rodríguez Talavera¹, Jesús Monllor Gisbert¹.

1. Servicio de Urología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife. Islas Canarias. España.

1. INTRODUCCION

La prostatectomía radical de rescate (sRP) para Cáncer de Próstata (CáP) radiorrecurrente ha sido históricamente infrautilizada debido a las altas tasas de complicaciones asociadas.

En las últimas décadas se han sucedido importantes avances en tecnología y técnica quirúrgica y con ello importantes mejoras en resultados oncológicos y funcionales.

2. OBJETIVOS

- Analizar los resultados oncológicos y funcionales de los pacientes sometidos a sRP en nuestro centro entre marzo de 2021 y junio de 2023 y compararlo con otras series publicadas.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Los criterios para someter a sRP fueron, en su mayoría, los recomendados por en las Guías Europeas: baja comorbilidad, esperanza de vida > 10 años, PSA < 10 ng/mL, biopsia inicial ISUP 2-3, N0 M0, estadio inicial cT1-2.

Se analizaron de manera retrospectiva los resultados oncológicos y funcionales de 15 pacientes sometidos a sRP robótica entre marzo de 2021 y junio de 2023 en el HUNSC.

4. RESULTADOS

Edad media de 71,4 ± 4,43 años. Mediana de PSA al diagnóstico de 6,7 ± 23,54 ng/mL [4,2-78]; ISUP I 66,7%, ISUP II-III 26,7% e ISUP IV-V 6,7%. El estadiaje clínico (AJCC): cT1 6,7%, cT2 66,7%, cT3 26,7%. Como tratamiento inicial: 53,3% RT externa, 46,7% RT externa + TDA.

La mediana de tiempo hasta la RB fue de 57 ± 35 meses [15-149]. La mediana de valor de PSA previo a sRP fue de 3,66 ± 8,87 ng/mL [0,7-36,4].

Todos se estadificaron con pruebas de imagen convencionales: RMN, TC y gammagrafía.

Los resultados de la pieza quirúrgica: ISUP I 9,1%, ISUP II-III 63,7% e ISUP IV-V 27,3% ; rT2 33% (*Chad y cols 2011* reportaron un 55% \leq T2); rT3a 40%; rT3b 13,3,%; 6% de afectación ganglionar (*Ogaya-Pinies y cols 2018* 8%) con un 38,5% de invasión linfoscavular. Un 69,2% márgenes quirúrgicos afectados (*Marra y cols 2021* 30%).

En relación a la morbilidad peri-postoperatoria: 26,7% de complicaciones \geq III Clavien Dindo (*Marra y cols 2021* 19%) ; 6,7% de transfusión intraoperatoria y ninguna injuria rectal (media de series publicadas de un 4,1%). 3 pacientes (20%) reingresaron <30 días tras cirugía (2 hematuria y 1 linfocele). 3 pacientes (20%) presentaron fuga urinaria, 1(6,7%) estenosis de la anastomosis uretrovesical (*Gontero y cols 2017* 17%) y 3(20%) linfocele.

3 pacientes (20%) resultaron continentes en el seguimiento (\leq 1 compresa/día) y la función eréctil no se preservó en ningún paciente (según la EAU IU entre el 21%-90% y DE en casi 100%).

Con una mediana de tiempo de seguimiento de $18 \pm 8,05$ meses [1-27], 8 pacientes (53,3%) presentan PSA indetectable.

5. CONCLUSIONES

La sRP es un tratamiento a considerar para un grupo seleccionado de pacientes, con resultados aceptables demostrados en numerosas series publicadas así como en nuestra experiencia. No obstante, se trata de un procedimiento técnicamente exigente, con mayor morbilidad asociada que la de una cirugía primaria.

VALIDACIÓN INTERNA DEL NUEVO ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN BIOPSIAS DE PRÓSTATA EN NUESTRO CENTRO (HUNSC)

Autor principal: Sotillo, Angelo J.

Coautores: Carrión Valencia, Almudena; Jiménez Navarro, Marta; Torres León, Lara; Clemente Graffin, Raquel; Monllor Mendez, Almudena, Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Introducción:

La biopsia de próstata es un procedimiento que se realiza a diario en Urología, es seguro y pero no exento de complicaciones. La mortalidad es rara y principalmente relacionada con sepsis, con una tasa de alrededor del 1%.

Objetivo:

Comparación en la incidencia de complicaciones infecciosas en pacientes de dos grupos de biopsia de próstata, con esquemas de profilaxis antibiótica diferente.

Material y Métodos:

Se revisaron retrospectivamente 215 pacientes sometidos a biopsia de próstata en 2022-2023.

Resultados:

Se compararon 172 pacientes con profilaxis de trimetoprim-sulfametoxazol (160 mg/800 mg, intramuscular, 30 minutos antes del procedimiento) (Grupo 1-TMP-SFX) y 43 pacientes con fosfomicina (3 g, un día antes y después de la biopsia) (Grupo 2-FOS).

Se analizaron datos demográficos, variables implicadas en el riesgo de complicaciones infecciosas e incidencia de complicaciones infecciosas, microorganismos implicados y patrón de resistencia antibiótica.

En el Grupo 1-TMP-SFX, con una n= 172 pacientes, la edad media es de 66 años, PSA medio de 7.59 ng/dL, 11.05% fumadores, 8.14% obesos, 19,19% diabéticos y 1,16% portaban sonda vesical.

En el Grupo 2-FOS, con una n= 43, la edad media es de 69 años, PSA medio 13.9 ng/dL, el 29.9% eran fumadores, el 20.93% diabéticos, y un 11,63% portaba sonda vesical.

En el Grupo 1-TMP-SFX el 3.7% (8 casos) presentó fiebre post-biopsia prostática con hospitalización, en el grupo 2, ningún paciente ingresó.

De estos 8 casos del grupo de trimetoprim-sulfametoxazol, el 37,5% (3 casos) tuvieron cultivos negativos, mientras que el resto de casos tenían cultivos positivos para E. coli multisensible.

En el análisis de los pacientes diagnosticados de fiebre post-biopsia, la edad media era de 72 años, con un PSA medio de 9.11 ng/dL. Sin tabaquismo ni sondaje vesical; el 25% eran obesos, 37.5% diabéticos, 62.5% presentaban STUI previos, con un 12.5% de antecedente ITU.

La estancia media hospitalaria de estos pacientes fue de 3 días.

Conclusión:

Los cambios en los esquemas de profilaxis antibiótica de nuestros procedimientos diagnósticos y cirugías deben revisarse y validarse para su uso.

La fosfomicina oral es el antibiótico de elección en nuestro medio para la profilaxis previa a la realización de biopsias de próstata, según las guías europeas de Urología. Se requieren estudios a más largo plazo, para corroborar la validez del mismo en nuestro medio, pero nuestra experiencia inicial parece favorable.

**Microultrasonidos para el diagnóstico del cáncer de próstata clínicamente significativo.
Aplicación del protocolo Madrid.**

Andrea Noya Mourullo, Pietro Diana, Rebeca Davó Cerda, Alejandro Silva Garreton, Ruben Cutanda Puigvert, Hector Héctor Ajubita Fernández, Pablo Juarez Del Dago Anaya

Dept. of Urology, Hospitales Universitarios San Roque, Las Palmas de Gran Canaria, Spain
Gabinete de Urología y Andrología, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

Introducción: El diagnóstico de cáncer de próstata (PCa) se ha venido realizando con biopsia sistemática, subóptima en la detección del PCa clínicamente significativo, y el uso de resonancia magnética (RM) para dirigir la biopsia ha incrementado la detección. Los microultrasonidos (mUS), emergen como un método diagnóstico para identificar lesiones de cáncer de próstata, siendo el único mecanismo con aplicación en pacientes no subsidiarios de RM.

Objetivo: examinar la eficacia del uso de MUS en la detección de cáncer de próstata clínicamente significativo.

Material y método: Análisis unicéntrico retrospectivo de las biopsias realizadas bajo el protocolo Madrid instaurado en Noviembre de 2022 hasta el momento actual. En un total de 14 pacientes biopsiados a lo largo de 9 meses, se ha utilizado el sistema ExactVu 29MHz examen por mUS, así como la estratificación PRI-MUS para la descripción de las lesiones. El análisis estadístico se ha llevado a cabo con el sistema SPSS.

Resultados: En las 14 biopsias guiadas por microultrasonidos y dirigidas por fusión con RM, la mediana de edad de los pacientes fue de 65 años (62-66). Solo un paciente presentaba antecedentes familiares (7%). Un paciente había presentado una biopsia transrectal previa (7%) y otro una RTU (7%). El volumen prostático medio medido por RM fue de 50 cc (36-76) mientras que por ecografía fue de 60cc (30-81). El tacto rectal fue positivo en 3 casos (21%), siendo dos de los mismo cT2b y uno cT2a. La mediana de PSA fue 9,06ng/mL (4,9-13). La RM fue realizada en 13 casos (92,9%), siendo no posible realizarla en uno de los pacientes por portar marcapasos. De los 13 casos con RM, dicha técnica detectó lesiones clínicamente significativas en 9 casos (PIRADS 3 : 3 (21%), PIRADS 4 : 2 (14%), PIRADS 5: 4(29%). En cuatro pacientes la descripción PIRADS fue igual a 2 (29%). Se describieron lesiones con microultrasonidos en los 14 pacientes incluidos, describiéndose hasta 4 lesiones en un mismo paciente. La lesión principal se identificó como PRI-MUS 4 en 7 casos (50%) y como PRI-MUS 5 en los 7 restantes. Las segundas lesiones: un paciente una lesión PRI-MUS 3(7%) y en 6 casos PRI-MUS 4 (43%). Las terceras lesiones fueron identificadas como PRI-MUS 4 en dos casos (14%) y como PRI-MUS 5 en otros dos (14%). El resultado de las biopsias evidenció en el caso de la RM 7 pacientes con lesiones radiográficas sin tumor, 3 con adenocarcinoma Gleason 6 y otros 3 con adenocarcinoma Gleason 7(3+4). En cuanto a los mUS hubo 2 casos con Gleason 6, 2 con Gleason 7(3+4), 1 con Gleason 7(4+3), 1 caso con Gleason 9 (4+5) y un caso con tumor de estirpe estromal. La sensibilidad de la biopsia dirigida por RM fue del 80% frente al 100% de la biopsia dirigida por mUS. La especificidad de la RM fue de 75% frente al 50% de los mUS. El PPV de la RM fue del 89% y el PPV de mUS fue de 83%.

Conclusión: La biopsia dirigida por microultrasonidos es un arma diagnóstica realizable por el urólogo, aplicable a aquellos pacientes con diferentes patologías que no pueden realizar RM como la claustrofobia, portadores de marcapasos e insuficiencia renal. Su alta sensibilidad y valor predictivo positivo permiten evitar el infradiagnóstico de cáncer clínicamente significativo que se puede dar por RM, además de limitar costes de la misma.

NEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER VESICAL MÚSCULOINFILTRANTE: RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

RESUMEN

Autor principal: Sanabria Cordero, Claudia.

Coautores: Sánchez Pérez, Miriam; Guedes Oliva, Paolo; Moreno Guerra, Lucía; Hernández Alemán, Ligia; Jiménez Marrero, Pablo.

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

Introducción: La cistectomía radical en el tratamiento del cáncer de vejiga músculoinvasivo es, a menudo, insuficiente y se asocia con una mayor tasa de mortalidad cáncer específica. Se sabe que las combinaciones de quimioterapia a base de platino son efectivas en pacientes con carcinoma urotelial avanzado, de forma que diversos estudios han analizado su efecto en los resultados oncológicos de estos pacientes.

Según las guías europeas, la quimioterapia neoadyuvante presenta un beneficio absoluto en términos de supervivencia global en torno al 5-8% a los 5 años en pacientes seleccionados (cT2-T4N0M0 candidatos a tratamiento con cisplatino). La quimioterapia neoadyuvante parece reducir la carga de micrometástasis, así como el tamaño primario del tumor, aumentando la posibilidad de una resección quirúrgica completa. Sin embargo, en pacientes no respondedores, este tratamiento puede provocar un retraso importante de la cirugía, mientras produce efectos adversos por su toxicidad.

Objetivo: Analizar los resultados de supervivencia global y supervivencia libre de progresión, así como resultados en morbimortalidad, en pacientes tratados con quimioterapia neoadyuvante en el cáncer vesical músculoinfiltrante.

Material y métodos: Estudio de cohortes de carácter longitudinal retrospectivo de pacientes sometidos a cistectomía radical por carcinoma urotelial músculoinfiltrante entre 2013 y 2022, 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 (antecedentes, síntomas, pruebas diagnósticas, TNM al diagnóstico y TNM de la pieza quirúrgica, respuesta a la quimioterapia, histología del tumor), así como análisis de supervivencia global y supervivencia libre de progresión.

Resultados: Bajo un total de 228 cistectomías, 66 pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante (28.95%), de los cuales 48 tuvieron respuesta al tratamiento (21.05%). Las características generales de la serie se recogen en la Tabla I. El porcentaje de pacientes que requiere adyuvancia tras la cirugía es menor en aquellos que recibieron neoadyuvancia, con un resultado estadísticamente significativo (OR 0.455, IC 95% 0.212 – 0.972). Se observan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la tasa de fallecimientos, siendo menor en el grupo de neoadyuvancia (OR 0.382, IC 95% 0.210 – 0.692). Se objetiva una supervivencia global, así como una supervivencia libre de progresión, mayor en el grupo que recibe neoadyuvancia, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: Se observa una mayor supervivencia global en aquellos pacientes que reciben neoadyuvancia, al igual que en otras series de pacientes en la literatura publicada. Además, el grupo de neoadyuvancia presenta una mayor supervivencia libre de progresión, con un menor empleo de adyuvancia posterior.

SEXO	Hombre	190 (83.33%)
	Mujer	38 (16.67%)
TABACO	174 (76.32%)	
HEMATURIA	196 (85.96%)	
APA RTUv	Urotelial	202 (88.6%)
	Otros	26 (11.4%)
NEOADYUVANCIA	66 (28.95%)	
RESPUETA	Parcial	37 (16.23%)
	Completa	11 (4.82%)
TOTAL: 228 PACIENTES		

TABLA I.
Características de la muestra

TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO: NUESTRA EXPERIENCIA TRAS 14 AÑOS

Autor: Guedes Oliva, Paolo;

Coautores: Jiménez Marrero, Pablo; Hernández Alemán, Ligia; Espino Espino, Rubén; Galván Ruiz, Saray; Sanabria Cordero, Claudia, Piñero González, Marta.

Centro: Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor 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. En los últimos diez años esta enfermedad ha sufrido un cambio importante en lo que respecta a su tratamiento, con la aparición de nuevas terapias, destacando la aparición de los antiandrógenos de nueva generación, los cuáles han producido una mejoría en los resultados oncológicos y constituyen la piedra angular en el manejo de estos pacientes.

Objetivos

Analizar los resultados oncológicos del tratamiento de los pacientes con enfermedad metastásica hormonossensible.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los pacientes con enfermedad metastásica de alto riesgo en nuestro centro que hayan sido tratados con una segunda terapia hormonal o Docetaxel. 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 para el análisis estadístico.

Resultados

Finalmente, se incluyeron en el estudio 112 pacientes con una edad mediana de 68.37 (64-74) y un tiempo de seguimiento mediano de 36.63 meses (18-46.75). Las características de la muestra quedan recogidas en la tabla 1. El tipo de metástasis más frecuente fue la metástasis ósea aislada (59.8%). El resto de la distribución de las metástasis queda recogido en la tabla 1. El tratamiento más empleado fue la TDA (31.3%), la abiraterona (20.5) y el Docetaxel (18.8). En la figura 1 se muestran los tratamientos estratificados por volumen tumoral. En lo que respecta a respuesta de PSA: el 87.5 % consiguió un reducción > 50 %, el 77.7 % > al 90 % y 33.9% consiguió un PSA <= a 0.02 (siendo la apalutamida la que presentó una mayor proporción). Los ARTA mostraron una mejoría estadísticamente significativa de supervivencia global (mediana no alcanzada vs 81 meses, HR 0.28, 95% CI 0.108-0.742, p 0.010) y supervivencia libre de progresión (56 meses vs 32 meses, HR 0.32, 95% CI 0.136-0.733, p 0.007) frente a la TDA. Por otro lado, el Docetaxel mostró peores resultados que la TDA aislada con una mediana de 41 meses (HR 1.99 , 95% CI 1.014-3.94, p 0.046) y 17 (HR 1.4 , 95% CI 0.779-2.62, p 0.249) meses, respectivamente.

Conclusión

Nuestros resultados con los ARTA apoyan los ensayos clínicos que comparan dichas moléculas con la TDA. No obstante, nuestros datos con quimioterapia no consiguen el beneficio esperado en comparación con la evidencia actual.

ANTIADRÓGENOS VS DOCETAXEL EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO DE ALTO VOLUMEN.

Autor: Guedes Oliva, Paolo;

Coautores: Jiménez Marrero, Pablo; Hernández Alemán, Ligia; Espino Espino, Rubén; Galván Ruiz, Saray; Sanabria Cordero, Claudia, Piñero González, Marta.

Centro: Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor 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. Además, estos pacientes podemos clasificarlos según la histología y las características de las metástasis en alto o bajo volumen (STAMPEDE). Si bien es cierto que en la actualidad el Docetaxel en monoterapia no constituye el Standard of care en esta fase de la enfermedad (tras los resultados del PEACE-1 y el ARASENS), en los años previos se ha utilizado esta quimioterapia o una segunda terapia hormonal como primera línea de tratamiento.

Objetivos

Analizar los resultados oncológicos de los pacientes con enfermedad metastásica hormonosensible de alto riesgo en nuestro centro que hayan sido tratados con una segunda terapia hormonal o Docetaxel.

Material y métodos

Análisis retrospectivo de los pacientes con enfermedad metastásica de alto volumen que hayan sido tratados en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín con una segunda terapia hormonal o Docetaxel entre 2010 y 2023. El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante la herramienta SPSS versión 25.

Resultados

De los 112 pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico, tratados entre los años 2010 y 2023, 39 de ellos presentaban enfermedad metastásica de alto volumen y fueron tratados con una 2ª hormona (10 Abiraterona, 2 Enzalutamida y 8 Apalutamida) o con Docetaxel. Las características de la muestra estratificadas por tratamiento están recogidas en la tabla 1. El tiempo medio de seguimiento desde el diagnóstico de la metástasis fue de 27.80 ± 25.47 en el grupo de los ARTA vs 36.63 ± 19.66 meses en el grupo del Docetaxel (p 0.235). El grupo de ARTA presentó un mayor porcentaje de reducciones del PSA > 90 % (95 % vs 89.5%, p 0.214) y un mayor número de reducciones de PSA menor o igual a 0.02 dentro del primer año (47.4 % vs 10.5%, p 0.012). La mediana de supervivencia libre de progresión (figura 1) fue de 29 meses (%95IC 11.53-46.47) en el grupo de los ARTA, siendo de 17 meses (95%IC 12.87-21.13) en el grupo del Docetaxel (p 0.081). Por otro lado, la mediana de supervivencia global (figura 2) fue de 39 (95%IC 21.38-56.62) meses con el Docetaxel y no se alcanzó en el grupo de los ARTA (p 0.027).

Conclusión

En el presente trabajo se han objetivado unos mejores resultados oncológicos de la terapia con antiandrógenos de nueva generación frente al Docetaxel, no obstante, esta diferencia puede estar influenciada, entre otras causas, por un peor perfil de paciente en el grupo de quimioterapia.

Resultados funcionales, oncológicos y seguridad de la prostatectomía radical asistida por robot en nuestro centro.

Introducción

La prostatectomía radical es el método quirúrgico de elección para el tratamiento del cáncer de próstata en aquellos pacientes con enfermedad localizada y esperanza de vida mayor a 10 años. Se trata de una técnica quirúrgica en constante desarrollo, que ha experimentado cambios significativos gracias a la expansión de la robótica. Desde la llegada a nuestro centro de esta tecnología en 2019, el número de prostatectomías radicales robóticas ha crecido exponencialmente.

Objetivos

Analizar los resultados oncológicos y funcionales de la prostatectomía radical laparoscópica y robótica en nuestro centro.

Materiales y métodos

Análisis retrospectivo de los pacientes con cáncer de próstata intervenidos de prostatectomía laparoscópica o robótica en nuestro centro: Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín HUGDN entre 2019 y 2022. El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante la herramienta estadística SPSS versión 25.

Resultados

Se incluyen en el estudio 232 pacientes varones con una mediana de edad de 62 años. La mediana de PSA inicial de la muestra fue de 7.21 , el grupo ISUP predominante fue el ISUP 2 (49.6%) y el estadio clínico- radiológico predominante fue el T2a (48,7%).

En lo que respecta a los resultados oncológicos, se objetiva un 51,8% de márgenes quirúrgicos positivos, de los cuales un 53,4% resultaron significativos. En cuanto a la recaída, se objetiva una tasa del 17,7%.

En términos de resultados funcionales, un 69,2% de los pacientes no padecieron incontinencia urinaria tras la intervención. De los pacientes sin DE previa a la cirugía (71.5%) un 44,5% preservaron su función eréctil , mientras que el 46,4% sufrió DE parcial (17,3%) o total (29,1%). Si estratificamos la muestra según la variable "Preservación" se objetivó que aquellos pacientes con al menos preservación de una bandeleta presentaron mejores resultados en lo que respecta tanto a la incontinencia y a la función sexual.

Conclusión

La PRAR se ha introducido en nuestro centro de manera segura con una baja tasa de complicaciones perioperatorias. Los resultados funcionales en términos de continencia son altos y la función sexual depende de la preservación. El impacto oncológico necesita de un mayor seguimiento para realizar conclusiones.

Tabla 1. Edad, características de las muestra y seguridad de la intervención.

N	232
Edad en la cirugía, mediana	62
PSA preoperatorio, mediana	7.21
Grado ISUP al diagnóstico, n (%)	
ISUP 1	76 (32.8)
ISUP 2	115 (49.6)
ISUP 3	28 (12.1)
ISUP 4	6 (2.6)
ISUP 5	7 (3)
Pérdidas	0
Estadio T clínico - radiológico, n (%)	
T1c	51 (21.98)
T2	135 (58.1)
T3a	38 (16.37)
T3b	5 (2.15)
Pérdidas	3 (1.29)
Grado ISUP en pieza quirúrgica, n (%)	
ISUP 1	36 (17.1)
ISUP 2	141 (66.8)
ISUP 3	15 (7.1)
ISUP 4	8 (3.8)
ISUP 5	11 (5.2)
Pérdidas	21 (9.1)
Estadio T patológico, n (%)	
T2	99 (42.67)
T2+	23 (9.91)
T3a	84 (36.20)
T3b	23 (9.91)
T4	0
Pérdidas	3 (1.29)
Tasas de complicaciones,	
Clavien y Dindo I	229 (96.2)
Clavien y Dindo II	6 (2.52)
Clavien y Dindo IIIa	1 (0.42)
Clavien y Dindo IIIb	2 (0.60)
Clavien y Dindo IVa/b	0
Clavien y Dindo V	0
Pérdidas	0
Márgenes quirúrgicos	
Positivos	119 (51,3)
Significativos	63 (53.4)
Negativos	110 (47.4)
Pérdidas	3 (1.29)

COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Alemán Álamo, S.; Barroso Deyne, E.; Suárez Hernández, S.; Benítez Naranjo, J.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

La colposacropexia laparoscópica es una técnica eficaz y mínimamente invasiva para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos, siendo considerada, hoy en día, la técnica Gold Standard. Presentamos nuestros resultados iniciales con este procedimiento.

Se analizaron 15 pacientes intervenidas de colposacropexia laparoscópica en el Complejo Hospitalario Insular-Materno Infantil, entre los años 2018 y mayo 2023. Los datos fueron recogidos mediante la historia clínica electrónica. La media de edad fue de 57 años (49-65). Todas tuvieron al menos un parto y el 66.6% habían sido sometidas previamente a histerectomía. El 20% de las pacientes tenían incontinencia urinaria de esfuerzo, el 40% mixta y el 6.6% de urgencia, con una media de 4 compresas/día. La puntuación media del ICIQ-SF fue de 14. El 40% de las pacientes presentaba prolapso de los compartimentos anterior y posterior, el 20% del anterior y medio, y el 13.3% del anterior, medio o posterior, respectivamente.

El tiempo de intervención osciló entre los 150 y 300 minutos. No hubo complicaciones intraoperatorias. Tras la cirugía, la mayoría de las pacientes no presentaron ningún tipo de complicación, si bien la persistencia de la incontinencia de esfuerzo fue la más frecuente (26.6%). Otras complicaciones que se presentaron fueron la presencia de estreñimiento (13.3%), dolor abdominal (6.6%) y dolor con las relaciones sexuales (6.6%), si bien todas se solucionaron con manejo conservador. Todas las pacientes expusieron un alto grado de satisfacción con la cirugía, medida con la escala *Patient Global Impression of Improvement*, estando muchísimo mejor el 60% de las pacientes (puntuación de 1 en la escala PGI-I). Funcionalmente, ninguna de las pacientes presentó síntomas de prolapso tras la cirugía. Al examen físico, en el 26.6% se objetivó defecto del compartimento posterior y en el 20% del anterior, con punto más distal a nivel del himen, todos ellos sin significación clínica.

En conclusión, a pesar del limitado número de casos realizados en nuestro centro, la colposacropexia laparoscópica ha demostrado ser un procedimiento con buenos resultados en la corrección del prolapso de órganos pélvicos, especialmente en defecto de cúpula o de varios compartimentos.

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS RESULTADOS FUNCIONALES DE LAS BANDAS SUBURETRALES DE INCISIÓN ÚNICA ALTIS®.

Alemán Álamo, S.; Barroso Deyne, E.; Benítez Naranjo, J.; León Medina, P.; Saavedra Golán, A.; Suárez Hernández, S.; Expósito Rodríguez, C.; Hernández Flores, C.N.; Armas Molina, J. V.; Artiles Hernández, J.L.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Objetivos: Evaluar nuestros resultados al año de la cirugía de colocación del cabestrillo suburetral de incisión única tipo Altis® y comparar resultados según el peso de cada paciente.

Material y método: Se analizó una muestra de 136 pacientes femeninas con diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta con predominio de esfuerzo intervenidas de cabestrillo suburetral Altis® en nuestro centro entre julio del año 2016 hasta febrero de 2022. Todas las intervenciones fueron realizadas en régimen ambulatorio con anestesia regional y por dos cirujanos expertos. Mediante la historia clínica se recogieron diferentes variables etnográficas, exploración uroginecológica y pruebas urodinámicas. La gravedad de la incontinencia previa a la intervención se valoró con la puntuación del ICIQ-SF y el número de absorbentes. Los resultados de la cirugía se obtuvieron mediante la escala PGI-I (*Patient Global Impressions of Improvement*) y el número de absorbentes al año de la intervención. Además, en las pacientes con diagnóstico de incontinencia mixta, se estudió el tratamiento previo a la cirugía y el posterior. Para el análisis de datos se estratificó según el índice de masa corporal (IMC): normopeso (28.7%); sobrepeso (34.6%) y obesidad (36.8%).

Resultados: La edad media fue de 56 años (49-64). La puntuación media del ICIQ- SF fue de 16/21 (15-18) en normopeso; 16/21 (14-18) en sobrepeso; y 17/21 (16-18) en obesidad, sin diferencias significativas ($p = 0.484$). Al año de la cirugía, el 91.1% de la muestra había disminuido el número de absorbentes, estando el 89.7% totalmente continentes (absorbentes/día= 0): normopeso: 97.4%; sobrepeso: 93.6%; obesidad: 80%, $p = 0.023$.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA FORMACIÓN DE BIOFILM IN VITRO ENTRE EL CATÉTER T-CONTROL® Y UN CATÉTER CONVENCIONAL TIPO FOLEY

Autor principal Luque M,

Coautores: Mòdol M, Armas C, Serrano M, Endrényi S, García Mendieta JS

Centro de Trabajo: Rethink Medical SL.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: En la cateterización permanente, el flujo continuo de orina a través del catéter favorece la acumulación de bacterias, lo que lleva a la creación de biofilm y aumenta el riesgo de infecciones del tracto urinario asociadas al catéter (ITUC). T-Control® es un nuevo catéter con una válvula de control de fluidos integrada, un sistema innovador que imita el proceso natural de vaciado de la vejiga, reduciendo la posibilidad de formación de biofilm. Este estudio tiene como objetivo analizar la formación de biofilm in vitro hasta 3 y 5 días, en dos estudios independientes, en el nuevo catéter T-Control® en comparación con un catéter convencional tipo Foley, inoculando una cepa patógena de *Escherichia coli* en orina sintética.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se utilizó un sistema vertical que simula las condiciones de un tracto urinario cateterizado siguiendo la ecuación de Bernoulli, donde la presión es determinada solo por la altura, se introdujo una válvula de seguridad manual de 3 puertos con cierre luer (para la activación del sistema) y un sensor de flujo. El sistema se mantuvo a 37°C durante todo el ensayo. Se calculó que, para un flujo constante de 1.500 ml de orina por día, el flujo del catéter Foley convencional debería ser de 1 ml/min, mientras que el catéter T-control cuando se activa 3 veces al día con intervalos de 500 ml por activación (500 ml x 3 = 1500 ml) el flujo debería ser de 166 ml/min. Después de probar la supervivencia de la cepa de *E. coli* (ATCC 11775) en orina sintética, se inyectaron 500 µl de esta suspensión a una concentración de 1×10^5 UFC/ml a través de la parte distal de los catéteres y se dejaron durante 2 horas para permitir que las bacterias se adhirieran a la superficie del catéter, depositándose en su curvatura debido a la gravedad. El biofilm desarrollado en los catéteres a las 2, 4, 24, 48, 72 horas y 5 días se analizó a partir de la curvatura, que se cortó y dividió en cuatro partes, tres secciones se usaron para evaluar la formación de biofilm calculando las UFC en agar y la cuarta sección se usó para visualización por MEB. **RESULTADOS:** En el estudio de 3 días, después de 48 y 72 horas de recircular orina sintética, se encontró biofilm viable de *E. coli* en el catéter tipo Foley (promedio de 6.93×10^4 y 1.38×10^5 UFC/catéter, respectivamente), mientras que en el catéter T-Control® no se observó biofilm de *E. coli*.

Para el segundo estudio, en el quinto día, se observó un ligero desarrollo de biofilm en el catéter T-Control® (3.0×10^2 UFC/catéter) en comparación con los 2.6×10^4 UFC/catéter cuantificados en el catéter Foley convencional. La presencia o ausencia de biofilm fue confirmada en las muestras de ambos estudios mediante visualización por MEB.

CONCLUSIONES: El nuevo dispositivo T-Control® parece disminuir la bacteriuria y la formación de biofilm, lo que podría prevenir potencialmente el riesgo de ITUC a través de su sistema de control de fluidos que permite que la vejiga y el tracto urinario imiten su funcionamiento natural con una tasa de flujo similar que arrastra los microorganismos dentro del lumen del catéter al vaciar.

PALABRAS CLAVE: T-control®, catéter Foley, catéteres urinarios, *Escherichia coli*, ITUC, biofilm.

EVALUACIÓN DE POSIBLES MEJORAS EN LA INSERCIÓN DE SONDAS URINARIAS PERMANENTES. INSERCIÓN SIMULADA COMPARATIVA ENTRE T-CONTROL® Y SISTEMAS ABIERTO Y CERRADO DE SONDAS TIPO FOLEY

Autor principal: Molina-Mazón CS₂

Coautores: Serrano M.₁, Luque L.₃, Armas C.₁, Módulo M.₁, Luque M.₁

Centro de Trabajo: (1) Rethink Medical, Las Palmas de Gran Canaria, Spain;

(2) Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, Spain;

(3) Healthcare Living Lab Catalonia, Barcelona, Spain

OBJETIVOS: Simular la inserción de la nueva sonda urinaria T-Control® con profesionales sanitarios experimentados en sondaje vesical y evaluar la usabilidad y funcionalidad de la nueva sonda en comparación con los sistemas abiertos y cerrados de las sondas tipo Foley convencionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio cuantitativo con 11 profesionales que tenían un mínimo de 3 años de experiencia profesional y 1 año de experiencia en sondaje vesical. Para probar las ventajas de la nueva sonda urinaria T-Control®, se realizó un Living Lab, que es un instrumento diseñado para probar soluciones innovadoras en entornos de la vida real con los usuarios. Las sondas utilizadas en la simulación fueron: una sonda tipo Foley convencional en sistema abierto, una sonda tipo Foley convencional en sistema cerrado y la nueva sonda T-Control®. Las inserciones fueron evaluadas por los participantes, a través de un cuestionario de satisfacción, y por una enfermera experta, utilizando un cuestionario de usabilidad después de que visualizara completamente el Living Lab.

RESULTADOS: T-Control® redujo en un 27,3 % la contaminación de la bolsa colectora de orina y la contaminación del conector de la bolsa colectora de orina.

Los derrames accidentales al conectar la bolsa de recolección de orina también se redujeron en un 54,5% utilizando la sonda T-Control®, reduciendo la carga de trabajo y reduciendo los accidentes laborales antes de conectar la bolsa de orina.

El entrenador consideró satisfactorias 9/12 inserciones de T-Control® realizadas, mejorando el número de inserciones satisfactorias observadas con los sistemas abiertos y cerrados de sonda tipo Foley (con resultados de 3/12 y 7/12 respectivamente). T-Control® fue el producto mejor valorado por los participantes, requiriendo menos tiempo y esfuerzo físico y mental. El 50% de las enfermeras recomendaría exclusivamente T-Control® en sus unidades, mientras que la otra mitad lo recomendaría en combinación con otros.

CONCLUSIONES: La inserción de T-Control® hace que el procedimiento de sondaje vesical sea más fácil y seguro. La preparación del campo estéril requiere menos material ya que no incluye la bolsa colectora de orina mientras que el sistema de control de fluidos favorece la reducción de contaminaciones y derrames accidentales. Según la evaluación de las enfermeras, T-Control® con su sistema integrado de control de orina podría aportar beneficios adicionales al personal sanitario para el cateterismo.

TÍTULO: ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA VALORAR EFECTIVIDAD Y CONTROL DEL DOLOR COMPARANDO TÉCNICA DE BLOQUEO REGIONAL VS ANALGESIA INTRAVENOSA EN LA LITOTRIZIA POR ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES LITIÁSICOS CON EL LITOTRIPTOR DORNIER DELTA III.

AUTOR PRINCIPAL: Suárez Hernández, Samuel.

COAUTORES: Navarro Medina, Patricio; Alemán Álamo, Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Expósito Rodríguez, Cristian; Maldonado Guerrero, Victoria; Hernández Flores, Carmen N.; Armas Molina, José V.; Artilés Hernández, José L.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar la efectividad de la litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) en pacientes litiásicos con el litotriptor Dornier Delta III en nuestro medio. Analizar el control del dolor durante el procedimiento mediante la técnica de bloqueo regional del plano erector espinal (ESP) y realizar estudio comparativo con la analgesia intravenosa utilizada habitualmente.

Material y métodos: Ensayo clínico iniciado tras previa aceptación por el comité ético de investigación clínico en el que se ha analizado la efectividad de la LEOC con el nuevo litotriptor Dornier Delta III en más de 270 procedimientos realizados desde enero de 2021 hasta agosto de 2023 con analgesia intravenosa, bloqueo regional (ESP) y sedación. Para ello, se han recopilado múltiples variables relacionadas con las características del paciente, de la litiasis y de la técnica terapéutica en cuestión. Así mismo, con una previa aleatorización de los casos, se ha estudiado el control del dolor percibido por los pacientes durante el procedimiento tras aplicar la técnica de bloqueo regional del erector espinal con Mepivacaína y la analgesia intravenosa con Ketorolaco y Metoclopramida (Petidina como rescate) utilizada habitualmente como protocolo en nuestro centro.

Resultados: Los datos están siendo analizados en el momento actual, por lo que no se pueden aportar en este abstract. 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 se han analizado estadísticamente (en proceso). El día del congreso regional de urología se aportarán las conclusiones obtenidas.

Resultados y complicaciones del uso de vaina de succión de cálculos en mininefrolitotomía percutánea

Benítez Naranjo, J; Navarro Medina, P; Sánchez Bordón, S; De Lorenzo-Cáceres Morales, E; Suárez Hernández, S; Alemán Álamo, S; Expósito Rodríguez, C; Maldonado Guerrero, V; Hernández Flores, C.N.; Artilés Hernández, J.L.

Introducción: Desde el año 2019 introdujimos la vaina de succión de cálculos en las nefrolitotomías percutáneas.

Objetivos: El objetivo será comparar los resultados y complicaciones entre los pacientes intervenidos de mini nefrolitotomía percutánea con y sin vaina de succión de cálculos.

Materiales y métodos: Se plantea un estudio comparativo retrospectivo, recopilando datos de pacientes intervenidos de nefrolitotomía percutánea con y sin vaina de succión de cálculos realizadas en nuestro hospital entre los años 2016 y primer semestre de 2023, mediante la búsqueda de los formularios específicos de litiasis ("Procedimientos del paciente litiásico" y "Hoja operatoria de cirugía percutánea") dentro del programa Drago Selene. Se recogen variables dependientes del paciente (edad, sexo, IMC, antecedentes, tratamientos litiásicos anteriores...), de la intervención (diámetro de vaina de acceso, instrumento litotriptor, tiempo...) y de los resultados obtenidos (presencia o no de restos, complicaciones, días de hospitalización, reingreso...). Se establece como stone free la presencia de restos litiásicos >5mm visualizados en radiografía simple de abdomen en el primer control postquirúrgico, a los 3 meses de la intervención. Se realiza análisis estadístico de las variables recogidas, comparando ambos grupos en cuanto a resultados y complicaciones.

Resultados y conclusión: A la espera de realizar análisis estadístico. Los resultados estarán disponibles para el congreso.

MICETOMA VESICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor principal: *Victoria Maldonado Guerrero*

Cristian Expósito Rodríguez

Jennifer Benítez Naranjo

Sergio Alemán Álamo

Samuel Suárez Hernández

Paula León Medina

José Vicente Armas Molina

José Luis Artilles Hernández

Centro de trabajo: *Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil*

Abstract

El micetoma o bola fúngica en el tracto urinario inferior es una entidad rara, y por lo tanto con escasas referencias en la literatura actual.

Por ello, presentamos el caso de un paciente varón de 53 años, con síndrome constitucional asociado a incontinencia urinaria de urgencia y episodios aislados de hematuria macroscópica de unos tres meses de evolución, derivado a nuestro servicio por hallazgo de LOE intravesical en ecografía abdominal. Se realizó cistostomía con extracción de cuerpo extraño, con diagnóstico anatomopatológico de micetoma. Tras la intervención el paciente presenta remisión completa de su sintomatología y cistoscopia dentro de límites normales.

INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER

Alemán Álamo, S.; Benítez Naranjo, J.; Suárez Hernández, S.; Expósito Rodríguez, C.; Maldonado Guerrero, V.; León Medina, P.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria

Objetivo: Comparar los resultados en el trasplante renal de donante cadáver según el índice de masa corporal del receptor.

Material y métodos: Se analizó una muestra de 238 pacientes intervenidos de trasplante renal de donante cadáver en el Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria entre los años 2015 y 2020. Las variables fueron recogidas mediante la historia clínica electrónica. Se registraron los datos etnográficos tanto del donante como del receptor, así como variables relacionadas con la cirugía y las complicaciones postoperatorias y a largo plazo.

Resultados: Pendiente del análisis estadístico.

Conclusiones: Pendiente del análisis estadístico.

TÍTULO: RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL CON DONANTE DE MUERTE ENCEFÁLICA Y ASISTOLIA CONTROLADA EN NUESTRO CENTRO.

AUTOR PRINCIPAL: Suárez Hernández, Samuel.

COAUTORES: León Medina, Paula; Alemán Álamo; Sergio; Benítez Naranjo, Jennifer; Expósito Rodríguez, Cristian; Maldonado Guerrero, Victoria; Hernández Flores, Carmen N.; Armas Molina, José V., Ariles Hernández, José L.

CENTRO DE TRABAJO: Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria.

RESUMEN

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos en el trasplante renal con donante de muerte encefálica con asistolia y análisis descriptivo de la serie.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo de los pacientes intervenidos de trasplante renal de donante cadáver desde mayo 2007 hasta diciembre 2022 (n=692) en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria. Se han recogido de la historia clínica electrónica múltiples variables relacionadas con el paciente donante y receptor, datos relacionados con el injerto y la cirugía, así como variables en el postoperatorio como las complicaciones y los resultados de función renal entre otros.

Resultados: Los datos están siendo analizados en el momento actual, por lo que no se pueden aportar en este abstract. No obstante, para 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 se han analizado estadísticamente (en proceso). Sin embargo, para el día del congreso regional de urología se aportarán las conclusiones obtenidas.

Trasplante renal en paciente con enfermedad renal terminal de etiología urológica: resultados y complicaciones

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

Introducción: De la misma manera que la disfunción del tracto urinario inferior puede ser causa de enfermedad renal crónica, con posibilidad a progresar a enfermedad renal crónica terminal y de requerir trasplante renal, se ha planteado que esta patología pueda a su vez limitar la supervivencia del injerto.

Objetivo: Comparar resultados y complicaciones del trasplante renal en pacientes con enfermedad renal crónica terminal de etiología urológica.

Material y métodos: Planteamos un estudio de cohortes retrospectivo, en el que se incluyen los pacientes con enfermedad renal crónica terminal de etiología urológica intervenidos de trasplante renal de donante cadáver en el Hospital Insular de Las Palmas entre los años 2007 y 2023 (n=51) y se seleccionan controles con enfermedad renal crónica terminal por poliquistosis renal autónoma dominante (n=51). Se recogen múltiples variables entre las que destacan datos epidemiológicos de los pacientes, datos del injerto, de la cirugía, del postoperatorio, de la funcionalidad del injerto a largo plazo (y de síntomas del tracto urinario inferior. Cada paciente aporta un seguimiento máximo de 5 años.

Resultados: Aún no contamos con los resultados a la espera de finalizar la estadística, pero estarán disponibles para la fecha del congreso.

APLICACIÓN DE GRÁFICAS CONTROL DE SUMA ACUMULATIVA (CUSUM) EN LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: BUSCANDO PUNTOS DE REFERENCIA.

Torres León, L.; Carrión Valencia, A.; García García, A.L.; Clemente Graffigna, R.; Monllor Méndez, A.; Sotillo, A.J.; Díaz Mesa, C.; Gómez de Segura Melcón, C.; Amador Robayna, A.; Jiménez Navarro, M.; Rodríguez Talavera, J.; Monllor Gisbert, J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN

El abordaje asistido por robot de la Prostatectomía Radical (PRAR) está cada día más en auge, lo que obliga a buscar mecanismos de valoración de la calidad de su desarrollo en los distintos centros hospitalarios. El análisis estadístico CUSUM (Cumulative Sum) es una representación visual que permite identificar tendencias en la curva de aprendizaje. Existe una variabilidad inherente a cada proceso quirúrgico, siendo necesario definir los límites máximos y mínimos de dicha variabilidad.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue evaluar la curva de aprendizaje de PRAR en nuestro centro mediante la técnica de gráficas CUSUM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Evaluación retrospectiva de una cohorte de 209 pacientes sometidos a PRAR en nuestro centro, entre abril de 2019 y diciembre de 2022. Se recogieron datos demográficos, resultados funcionales y oncológicos. Los resultados obtenidos se analizaron mediante gráficas de control CUSUM en comparación con los estándares aceptables de la literatura. Se definió como límite de inaceptabilidad de incontinencia $\geq 25\%$, para disfunción eréctil $\geq 75\%$ y para márgenes quirúrgicos positivos $\geq 24\%$. Se agruparon las cirugías en grupos de 8 en la curva de aprendizaje.

RESULTADOS

Se incluyeron 209 procedimientos realizados por el mismo cirujano. La edad media de los pacientes fue de 64 años (46-79). En las gráficas se observa como las tres curvas de sumas acumulativas siguen una tendencia descendente en relación a la consecución de los casos.

Para los márgenes quirúrgicos se observa que partir de los 40-50 casos, la gráfica adquiere una pendiente más pronunciada y alcanza los límites de control. Con respecto a la incontinencia, a partir de los 32-40 casos, comienza su pendiente hacia el control del objetivo y para la disfunción eréctil, como el margen es más amplio, a partir de los 16 casos.

CONCLUSIÓN

En nuestro estudio observamos que la experiencia del cirujano en la técnica va de la mano con la mejora de los resultados tanto funcionales como oncológicos. Las gráficas CUSUM constituyen una herramienta eficaz para hacer una monitorización y seguimiento en el tiempo de los resultados y determinar de forma aproximada cuantos procedimientos son suficientes para definir la maestría en la técnica.

EXPERIENCIA INICIAL DE PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMA DE EXTRACCION DE ORGANOS DEL HOSPITAL GENERAL DE FUERTEVENTURA

Dr León-Ramirez, Daniel* ., Dra Figueroa-Sosa, Vanesa*. Dr.Suarez-Lopez Victor**. Dr Candebat Montero,Luis-H.* * Servicio de urologia . **Servicio de UCI

Introducción:

Actualmente, España es el país con la tasa más alta de trasplante renal de donante cadáver en el mundo, el segundo si tenemos en cuenta también el trasplante renal de donante vivo, con una tasa superior a los 50 por millón de población en 2020, con 1335 donantes en 2001 y 2241 en 2018, cifras record, según datos de la ONT. La certificación para autorizar a un centro hospitalario la extracción multiorgánica es un procedimiento complejo y multidisciplinar que involucra a varios equipos médicos, además de la infraestructura general del hospital, también hay que tener en cuenta aspectos forenses y jurídicos relacionados con la certificación de la muerte y el cumplimiento de las leyes y reglamentos de trasplante vigentes en nuestro país.

Objetivo:

Presentar la experiencia inicial de la implantación del programa de extracción de órganos tras la muerte cardíaca controlada en donantes del Hospital General de Fuerteventura

Diseño

Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

Resultados

En la cohorte de estudio se incluyó al 100 % de los pacientes sometidos a extracción de órganos en el HGFTV desde su certificación como centro extractor hasta diciembre del 2022. El 50 % correspondieron a extracciones multiorgánicas, 50 % a extracciones renales exclusivamente. Las extracciones dieron lugar a 100% de implantes renales efectivos tras un seguimiento de 12 meses. El tiempo de isquemia caliente por debajo de los 21 min. Los 20 receptores han evolucionado favorablemente a 12 meses desde el implante ,priorizandose siempre al ambito regional y posteriormente nacional según criterios de ONT. En los primeros 03 casos la extracción fue tutelada bajo supervision del servicio de urología del CHUIMI, para luego ser realizada exclusivamente por el equipo de urología del HGFTV. Todas las donaciones se realizaron en asistolia controlada (DAC) utilizando como métodos de preservación la técnica de extracción de órganos rápida, sin canualzacion previa.En el 100 % de los casos la solución utilizada fue de la Universidad de Wisconsin y la tecnica de extraccion fué en bloque para su posterior individualizacion

Conclusión

Nuestra experiencia inicial ha sido estimulante y alentadora, permitiendo aumentar el número de órganos aprovechables para cubrir mejor las necesidades de trasplante de nuestra región. Aprovechandose injertos renales que anteriormente mayoritariamente se perdían.

Organiza



Patrocina



Ayuntamiento
de San Bartolomé
de Tirajana



CONSEJERÍA
DE EDUCACIÓN
Y JUVENTUD



Gobierno
de Canarias
Consejería de Sanidad



Sabina



Colabora





28
Congreso
**Sociedad Canaria
de Urología**

Secretaría Técnica: Magna Congresos S.L.
congresoscu@magnacongresos.es 922 65 62 62