

XXX CONGRESO DE LA SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA

2-4 de octubre de 2025
MASPALOMAS - GRAN CANARIA
Hotel Maspalomas Tabaiba Princess

JUNTA DIRECTIVA SCU

Presidente: Dr. Jesús Monllor Gisbert

Vicepresidente: Dr. Antonio Blanco Díez

Secretario/Tesorero: Dr. Omar Bilal Halawa González

Vocal: Dr. David Kim Lee

Vocal: Dr. Víctor Ramos Gutiérrez

COMITÉ ORGANIZADOR

- Dr. R. Marrero Domínguez
- Dr. D. Kim Lee
- Dr. J. Hernández Medina
- Dr. R. Espino Espino
- Dr. P. Guedes Oliva
- Dr. P. Jiménez Marrero
- Dra. M. Sánchez Pérez
- Dra. J. García Pérez
- Dra. N. Marrero Umpiérrez
- Dra. L. Moreno Guerra
- Dr. J. Muro Hechevarría
- Dr. J. Alemán Pérez
- Dr. M. Peñate Alemán
- Dra. Claudia Sanabria Cordero
- Dra. Ligia Hernández Alemán
- Dra. María Fernández Morales
- Dra. Marta Bordón Méndez
- Dr. Diego Ribera Díaz

COMITÉ CIENTÍFICO

- Dr. R. Marrero Domínguez
- Dr. D. Kim Lee
- Dr. J. Hernández Medina
- Dr. R. Espino Espino
- Dr. P. Guedes Oliva
- Dr. P. Jiménez Marrero



Evento libre de humo de tabaco

Declarado de Interés Sanitario por el Servicio Canario de la Salud

(Expediente N/R^a RIS 1180)

Solicitados Créditos de Formación Continuada

JUEVES 2 DE OCTUBRE 2025

15:30 – 19:00

Recepción y Entrega de Documentación.

16:30 – 19:00

Mesa: Residentes en Urología – Casos Clínicos “Pasapalabra”

Copa UROCAN 2ªEd.

(litisias, urología funcional, uro-oncología, andrología, trasplante renal).

Talleres Urológicos

- Taller de Cistoscopia y Ureteroscopia.

Roser Plans (Product Manager Urology Olympus)

- Taller Biopsia Fusión y Terapia Focal

Miguel Pérez Romero (Product Manager Palex Medical)

- Taller de Microultrasonidos prostáticos y Terapia Focal

Dr. Rubén Espino Espino. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

D. Francisco Gómez Prada. (Product Manager MAC)

19:00 – 19:30

Coffee Break

19:30 – 20:00

Presentación y apertura del Congreso Regional de Urología 2025.

Dra. Rita Trisancho Ajamil. Directora General del Paciente y Cronicidad del SCS

Dr. Nicolás José Santana Gil. Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas

Dr. Jesús Monllor Gisbert. Presidente de la Sociedad Canaria de Urología

Dr. Reinaldo Marrero Domínguez. Presidente XXX Congreso Soc. Canaria Urología

20:00 – 20:45

Conferencia inaugural:

Nuevos desafíos en la profesión médica.

Dr. Nicolás José Santana Gil. Secretario General del Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas

21:00

Cóctel de bienvenida. Hotel Maspalomas & Tabaiba Princess.

VIERNES 3 DE OCTUBRE 2025

08:30 – 09:00

Sesión introductoria. Nuevos desafíos en la Cirugía Urológica

Dr. Pablo Juárez Del Dago, Hospital Universitario San Roque. Gran Canaria

MESA ONCOLOGÍA: CÁNCER DE PRÓSTATA

Moderador: Dr. Reinaldo Marrero Dominguez, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

09:00 – 09:20

**PSMA-PET en el diagnóstico y estadificación inicial del cáncer de próstata.
– Ventajas comparativas frente a RM multiparamétrica en los diferentes estadios.**

Dra. Laura Muñiz Suárez, Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

09:20 – 09:45

**Terapia focal guiada por imágenes en cáncer de próstata de riesgo intermedio
– Resultados preliminares de estudios con HIFU, IRE y crioterapia focal**

Dr. Pedro De Pablos Rodríguez, Instituto Valenciano de Oncología.
Dra. Silvia García Barreras, Hospital Ramón y Cajal y ROC Clinic Madrid

09:45 – 10:05

Nuevas estrategias sistémicas en cáncer de Próstata metastásico y no metastásico hormonosensible: mHSPC/nmHSPC

– Intensificación con ARPI en pacientes de alto volumen y alto riesgo: evidencia y aplicación clínica.

Dra. Cristina Gómez de Segura Melcón, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

10:05 – 10:30

Inhibidores de PARP y perfil molecular en cáncer de próstata resistente a castración (CPRC). Utilidad de BRCA1/2 y otros biomarcadores genómicos para la selección de pacientes.

Dra. Saray Galván Ruiz, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

MESA ONCOLOGÍA: CÁNCER DE VEJIGA (Carcinoma urotelial)

Moderador: Dr. Tomás Concepción Masip, HUC. Santa Cruz de Tenerife

10:30 – 10:50

Cáncer vesical no músculo-invasivo de alto riesgo: manejo del paciente no respondedor a BCG y del no candidato a cistectomía radical.

Dr. Mario Hernández Arroyo, Hospital 12 de Octubre. Madrid

10:50 – 11:10

Cáncer vesical músculo-invasivo: estrategias quirúrgicas y tratamientos perioperatorios.

Dra. Lara Torres León, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

11:10 – 11:30

Carcinoma urotelial del tracto superior: actualización diagnóstica y terapéutica. Urología.

Dra. Laura Vera Álamo, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

11:30 – 11:50

Nuevas herramientas diagnósticas en el cáncer urotelial: de la citología clásica a la inteligencia artificial.

Dra. Laura González Pérez, Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

12:00 – 12:30

Coffee Break

MESA ONCOLOGÍA: CÁNCER RENAL

Moderador: Dr. Marco A. Tamayo Jover, Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife

12:30 – 12:50

Recidiva local tras Nefrectomía en cáncer renal.

Dra. Paula León Medina, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

12:50 – 13:10

Cáncer renal metastásico: ¿cómo elegir la mejor secuencia terapéutica?

Dr. Paolo Guedes Oliva, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

13:10 – 13:30

Cirugía parcial en tumores renales complejos: actualización en indicaciones y límites técnicos

Dra. Lorena García García, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

13:30 – 13:50

Pacientes unfit o no candidatos a cirugía: abordaje alternativo del tumor renal

Dra. Carolina Artilles Ortega, Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria

14:00 – 16:00

Almuerzo de trabajo

16:00 – 17:30

MESA LITIASIS

“Fronteras actuales en la Litiasis renal”

Participantes:

- **HUC:** Dr. Víctor Ramos Gutiérrez
- **Hospital Candelaria:** Dr. Sergio Fumero
- **CHUIMI:** Dr. Samuel Suárez
- **Hospital Dr. Negrín:** Dr. David Kim Lee – Dra. Claudia Sanabria Cordero

Temas a discutir.

- Gestión de la lista de espera en pacientes con litiasis
- Microbioma urinario y litogénesis: ¿ciencia o moda?
- Tratamiento de las estenosis ureterales como complicación: el nicho litiasico
- Cuando NO operar: abstención quirúrgica en la litiasis
- Manejo conservador de la litiasis asintomática
- Cómo realizar un consejo dietético de impacto en el paciente

17:30 – 18:00

Coffee Break

18:00 – 19:30

MESA UROLOGÍA FUNCIONAL

“Situaciones complejas en Urología Funcional”

Moderadores:

- **Hospital Dr. Negrín:** Dr. José Alberto Hernández Medina
- **Hospital Candelaria:** Dr. Manuel Ravina Pisaca
- **MD Anderson Cancer Center:** Dr. Luis Resel Folkersma

Temas a discutir.

• **Síndrome de vejiga hipoactiva.**

Dr. Rubén Cutanda Puigvert. Grupo San Roque

• **Síndromes del espectro hiperlaxo y su implicación en urología funcional.**

Dr. Javier Alemán Pérez. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

• **Esfínter urinario artificial: cuando la uretra no ayuda.**

Dr. Omar Halawa González. Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria

• **Resolución de complicaciones en cirugía de incontinencia urinaria y del prolapso.**

Dr. Guillermo Conde Santos. Hospital Quirón

Dr. Eduardo Barroso Deyne. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

19:30 – 19:45

Debate y Conclusiones finales

20:30

Cena de Trabajo

Restaurante El Senador (Paseo del Faro, s/n. Maspalomas)

SÁBADO 4 DE OCTUBRE 2025

08:30 – 13:30

Presentación de médicos residentes

08:30 – 10:15

Comunicaciones orales

10:15 – 10:45

Coffee Break

10:45 – 13:30

Pósters y vídeos

13:30 – 14:00

Asamblea General de la Sociedad Canaria de Urología.

20:30

Cena del Congreso – Hotel Maspalomas Tabaiba Princess



ÍNDICE DE TÍTULOS DE COMUNICACIONES ORALES, POSTER Y VÍDEO

1. LPA-G (LAS PALMAS APPROACH-GASTON): NUEVA VARIANTE DE ABORDAJE LATERO-POSTERIOR CON LA TÉCNICA MODIFICADA DE GASTÓN

Noya Mourullo A.¹, Di Bello F.², Vargas A.¹, Jorge Pérez N.¹, Breda A.², Gaston R.P.¹, Juárez Del Dago Anaya P.¹

¹Urointec. Urología | Innovación | Tecnología. Gabinete de Urología y Andrología, Urology, Las Palmas de Gran Canaria, España

²Fundació Puigvert, Urology, Barcelona, España

2. DEMORA QUIRÚRGICA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿INFLUYE EN EL PRONÓSTICO ONCOLÓGICO? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

María Fernández, Paolo Guedes, Claudia Sanabria, Ligia Hernández, Diego Rivera, Marta Bordón, Pablo Jiménez

3. MÁS ALLÁ DE LA RADIOTERAPIA FOCAL: ROL DE LA PROSTATECTOMÍA ROBÓTICA DE RESCATE

Noya Mourullo, Andrea ; Stagnaro, Martin ; Cala Mon, Alfredo ; Montáns Araujo, José ; Gaston, Richard ; Juárez del Dago Anaya, Pablo

4. OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA COMPARATIVA CON MICROULTRASONIDO Y RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA

Noya-Mourullo, A.; Di Bello, F.; Penichet, L.; Silva Garretón, A.; Ajubita Hernández, H.; Juárez del Dago Anaya, P.

5. NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN RÉGIMEN AMBULATORIO: NUESTRA SERIE DE CASOS

Arena, P.; Noya-Mourullo, A.; Rivero Cárdenas, A.; Vargas, A.H.; Greco, I.; Juárez del Dago Anaya, P.

6. INTERPOSICIÓN ROBÓTICA DE COLGAJO ILEAL: SOLUCIÓN PARA FÍSTULA RECTOVESICAL COMPLEJA.

Noya-Mourullo, Andrea ; Vargas Trujillo, Andrés; Cutanda Puigvert, Rubén; Greco, Isabela; Gaston, Richard; Juárez del Dago Anaya, Pablo.

7. RESOLUCIÓN DE EXTRUSIÓN DE PRÓTESIS DE PENE: ABORDAJE Y SOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Díaz Mesa C., Amir Nicolau B., Glez de Chaves E., Ortega Y., Jiménez Navarro M., Torres Leon, L., Clemente Graffigna R., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Ledesma Reyes J., Rodríguez Talavera J., Monllor Gisbert J.

Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria

8. LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON CARCINOMA DE PENE.

Sotillo, Angelo J.; González de Cháves, Esteban; Jiménez Navarro, Marta; Amir, Balig; Carrión Valencia, Almudena; Torres León, Lara; Rodríguez Talavera, Jonathan; Clemente Graffigna, Raquel; Monllor Mendez, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Ledesma Reyes, Javier; Monllor Gisbert, Jesús.

9. CIRUGÍA CONSERVADORA EN CÁNCER DE PENE: RESURFACING DE GLANDE CON INJERTO DERMEOEPIDÉRMICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO EN VÍDEO

Jiménez García P, Ortega González M Y, Clemente Graffigna R, Monllor Méndez A, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Ledesma Reyes J, Glez De Chaves E, Amir Nicolau B, Jiménez Navarro M, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.

10. PRIAPISMO REFRACTARIO: DESCOMPRESIÓN PENOESCROTAL COMO TÉCNICA EN UN ESCENARIO DE URGENCIA UROLÓGICA, A PROPOSITO DE UN CASO

Jiménez García P, Ortega González M Y, Clemente Graffigna R, Monllor Méndez A, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Ledesma Reyes J, Glez De Chaves E, Amir Nicolau B, Jiménez Navarro M, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.

11. VALORACIÓN PREDICTIVA DE BIOPSIA PARA CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO BASADA EN LA DENSIDAD DEL PSA Y PIRADS

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

12. ADHERENCIA Y TOLERANCIA DE LA ABIRATERONA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO VS ADYUVANCIA AL TRATAMIENTO RADICAL

Victoria Maldonado Guerrero, Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Paula León Medina, Carolina Artilles Ortega, José Vicente Armas Molina
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

13. IMPACTO DEL PET EN EL CAMBIO DEL MANEJO TERAPÉUTICO Y DECISIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Hernández Alemán, Ligia; Sanabria Cordero, Claudia; Guedes Oliva, Paolo; Bordón Méndez, Marta; Fernández Morales, María; Kim Lee, David.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

14. RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIO (HOLEP): ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 93 CASOS CONSECUTIVOS

Diego Ribera, Lucía Moreno, Javier Alemán, Claudia Sanabria, Paolo Guedes, Marta Bordón
Hospital Universitario Doctor Negrín

15. UTILIDAD DEL TC OPORTUNISTA COMO HERRAMIENTA PARA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES TRATADOS CON ADT Y ARTA EN CPHSM.

Monllor Méndez A, Carrión Valencia A, Amador Robayna A, Clemente Graffigna R, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Jiménez García P, Ledesma Reyes J, Gómez de Segura Melcón C, García García L, Torres León L, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.
Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

16. CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN TUMORAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA Y VOLUMEN HISTOPATOLÓGICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADO CON PROSTATECTOMÍA RADICAL

Sotillo, Angelo J. Coautores: Pantoja Ortíz, Violeta; Carrión Valencia, Almudena; Gómez de Segura, Cristina; Torres León, Lara; García García, Lorena; Amador, Adrian; Clemente Graffin, Raquel; Monllor Mendez, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Ledesma Reyes, Javier; Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús.
Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

17. FACTORES ASOCIADOS AL UPSTAGING DE GLEASON 6 EN BIOPSIA Y SU IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN ONCOLÓGICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Jennifer Benítez Naranjo , Sergio Alemán Álamo, Paula León Medina, Carolina Artilles Ortega, Cayetano Jiménez García, José Vicente Armas Molina

18. IA APLICADA AL SEGUIMIENTO PERSONALIZADO DEL CÁNCER VESICAL NMIBC TRAS BCG: DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE RECURRENCIA.

Expósito Rodríguez, Cristian, Artilles Ortega, Carolina; Vera Álamo, Laura; León Medina, Paula; Armas Molina, José Vicente.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

19. IMPACTO ONCOLÓGICO DE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA COMPLETA ANTES DE LA CISTECTOMÍA RADICAL EN EL CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR

Zaballos Carpintero,V; Benítez Naranjo, J; Alemán Álamo, S; León Medina, P; Artilles Ortega, C; Armas Molina, J.V.
Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

20. ASOCIACIÓN ENTRE INMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE Y COMPLICACIONES ANASTOMÓTICAS URETEROILEALES EN NEOPLASIA VESICAL MÚSCULOINFILTRANTE

Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Paula León Medina, Carolina Artilles Ortega, Cayetano Jiménez García, José Vicente Armas Molina

21. SUBCLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DEL T1: HACIA UNA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO MÁS PRECISA

C. Hofmann, A. Plata Bello, L. Giunco, J. Mejías. C.M. Tomás.
Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias.

22. EXPERIENCIA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA CON BALÓN OPTILUME.

Clemente Graffigna Raquel, Jiménez Navarro Marta, Amir Nicolau Balig Fawwaz, González de Chaves Fernández Esteban, Ortega González Yanira, Monllor Méndez Almudena, Sotillo Angelo, Díaz Mesa Carlos, Jiménez García Patricia, Ledesma Reyes Javier, Monllor Gisbert Jesús, Rodríguez Talavera Jonathan.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

23. PRIMERA EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE DISPOSITIVO OPTILUME EN NUESTRO CENTRO

Victoria Maldonado Guerrero, Jennifer Benítez Naranjo, Cristian Expósito Rodríguez, Andreina Cabral Fernández, Eduardo Barroso Deyne, Alejandro Alvarado Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

24. DORNIER S II VS DORNIER DELTA III PRO: COMPARACIÓN CLÍNICA DE DOS PLATAFORMAS DE LITOTRICIA EXTRACORPÓREA

Sanabria Cordero, Claudia, Sánchez Pérez, Miriam; García Pérez, Jéssica; Guedes Oliva, Paolo; Hernández Alemán, Ligia; Kim Lee, David.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

25. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LAS LITIASIS DE ALTO VOLUMEN EN EL CHUIMI

de la Guardia García A.; De Lorenzo-Cáceres Morales E.; Benítez Naranjo J. Navarro Medina P.; Sánchez Bordón S. M.; Suárez Hernández S.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

**26. IMPACTO DEL UROMUNE EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS DE REPE-
TICIÓN. RESULTADOS DE UNA COHORTE DEL HUGCDN.**

Bordón Méndez, Marta; Kim Lee, David; Guedes Oliva, Paolo; Sanabria Cordero, Claudia; Hernández Alemán, Ligia; Fernández Morales, María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

**27. IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CON CA-
BESTRILLO SUBURETRAL DE INCISIÓN ÚNICA TIPO ALTIS**

Zaballos Carpintero, V; Alemán Álamo, S; Barroso Deyne, E; Cabral Fernández, A; León Medina, P; Armas Molina, J.V.

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

28. INFILTRACIÓN DEL NERVIU PUDEUO EN EL MANEJO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: EXPERIENCIA PRELIMINAR DE UNA SERIE MULTIDISCIPLINAR

Noya-Mourullo, A.; Maldonado Saluzzi, D.J.; Cutanda Puigvert, R.; Gil Bolaños, A.; Juárez del Dago Anaya, P.

29. PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN INJERTO RENAL: ¿SALVAR LA VIDA O SALVAR LA VIDA Y EL INJERTO?

Mejías González, J, Giunco, L, Hofmann, C, Plata Bello, A, García Álvarez, C, Concepción Masip, T. Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

30. TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO ASISTIDO POR ROBOT DA VINCI: PRIMER CASO EN CANARIAS (VIDEO)

Lorenzo Giunco, Tomás Concepción Masip, Ana Cristina Plata Bello, Catalina Hofmann, Juan Francisco Mejías González, Mireia Musquera Felip, Antonio Alcaraz Asensio
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias / Hospital Clinic de Barcelona

31. PLASTIA ROBÓTICA DE CUELLO VESICAL CON FLUORESCENCIA MEDIANTE VERDE DE INDOCIANINA (ICG): NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DE UN CASO COMPLEJO (VIDEO)

Expósito Rodríguez, Cristian, Barroso Deyine, Eduardo; Cabral Fernández, Andreina Virginia; Alvarado Rodríguez, Alejandro; León Medina, Paula; Armas Molina, José Vicente.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.





**RESÚMENES DE
COMUNICACIONES
PÓSTERS
VÍDEOS**

LPA-G (LAS PALMAS APPROACH-GASTON): NUEVA VARIANTE DE ABORDAJE LATERO-POSTERIOR CON LA TÉCNICA MODIFICADA DE GASTÓN

Noya Mourullo A.¹, Di Bello F.², Vargas A.¹, Jorge Pérez N.¹, Breda A.², Gaston R.P.¹, Juarez Del Dago Anaya P.¹

¹Urointec. Urología | Innovación | Tecnología. Gabinete de Urología y Andrología, Urology, Las Palmas de Gran Canaria, España

²Fundació Puigvert, Urology, Barcelona, España

Introducción y objetivos

Las tasas de continencia en la prostatectomía radical asistida por robot (RARP) pueden verse influidas por el volumen prostático (VP), así como por el abordaje quirúrgico. El objetivo del presente estudio fue comprobar los resultados funcionales de la técnica LPA-G con el sistema robótico HUGO RAS.

Materiales y métodos

Dentro de nuestra base de datos institucional, se incluyeron 68 pacientes con CaP sometidos a RARP con HUGO RAS tras técnica LPA-G en 2023. Todos los pacientes realizaron al menos un seguimiento completo de 12 meses. El resultado principal fue la continencia a 1 mes (mo), definida como el uso de ninguna compresa/día o una compresa de seguridad/día. El resultado secundario fue la función eréctil, definida como la capacidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias. Se realizó estadística descriptiva. También se realizaron análisis de subgrupos en función del volumen prostático (≤ 40 ml [grupo 1] frente a >40 ml [grupo 2]).

Resultados

De los 68 pacientes con CaP, el 31% (21/68) presentaba ISUP 2 en la histología final, y el 52% (32/68) albergaba un estadio pT2. Dentro de la muestra, medimos las tasas de continencia a 1 mes del 52% (36/68) de los pacientes con RARP. El resto de pacientes RARP alcanzaron la continencia en los primeros 3 meses tras la cirugía. Según el PV, el 62% de los pacientes del grupo 1 y el 43% de los del grupo 2 eran continentes en el seguimiento de 1 mes. En general, las tasas de función eréctil tras la RARP fueron $>70\%$ sin diferencias entre los dos grupos. Desde el punto de vista oncológico, el 7% de los pacientes sometidos a RARP presentaron recurrencia bioquímica (BCR).

Conclusiones

La técnica LPA-G es un abordaje factible con el sistema robótico HUGO RAS. El BCR fue insignificante, y los resultados funcionales fueron óptimos. En concreto, las tasas de continencia de 1 mes fueron promotoras, con un mayor logro de continencia en próstatas con PV ≤ 40 ml. Estudios más amplios deberán validar o refutar estos hallazgos.

DEMORA QUIRÚRGICA EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ¿INFLUYE EN EL PRONÓSTICO ONCOLÓGICO? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

María Fernández, Paolo Guedes, Claudia Sanabria, Ligia Hernández, Diego Rivera, Marta Bordón, Pablo Jiménez

Introducción

El cáncer de próstata localizado generalmente tiene un pronóstico favorable tras un tratamiento radical, no obstante hasta un 50% de los casos puede presentar una evolución desfavorable. En la actualidad existe controversia sobre el impacto que puede tener el retraso de la cirugía en pacientes de riesgo intermedio y alto.

Objetivo

Evaluar la asociación entre el tiempo de espera quirúrgico, comprendido desde la realización de la biopsia de próstata hasta la cirugía y la tasa de recaída bioquímica.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo observacional de pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio y alto, diagnosticado y tratado mediante prostatectomía radical en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín entre 2019 y 2022. El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante la herramienta estadística SPSS versión 25.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 152 pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio con una mediana de edad de 62 años (58-66), una mediana de tiempo de espera de 3.25 meses y una mediana de 55 (43-70) meses de seguimiento.

Se estratificó la muestra en dos grupos de tiempo de espera ≤ 3 meses ($n=65$) 43% y > 3 meses ($n=86$) 57%. No se detectaron diferencias significativas entre las características de ambos subgrupos. El 43% de los pacientes se realizó la cirugía antes de los 3 meses. Las tasas de recaída bioquímica a los 2 y 5 años fue de 5% y 10% en los pacientes intervenidos en < 3 m y de 12.5% y 17.5% en el grupo intervenido > 3 meses. (HR 1.7 (0.7 - 4.2) $p=0.244$) No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el upgrading, upstaging ni márgenes quirúrgicos entre ambos grupos.

Conclusión

Los resultados obtenidos en nuestro centro evidencian que en pacientes con cáncer de próstata de riesgo intermedio, el tiempo de espera quirúrgico no tiene un efecto negativo en la tasa de recurrencia bioquímica ni en los resultados patológicos adversos analizados. Datos en consonancia con la evidencia científica disponible en la actualidad.

Tabla 1. Características de la muestra 1

| Variables | ≤ 3 meses | > 3 meses | p valor |
|--------------------------------------|-----------|-----------|---------|
| Edad, mediana, años | 63.3 | 62.9 | 0.71 |
| PSA, mediana, años | 7.43 | 7.49 | 0.21 |
| Tiempo de espera, mediana, meses | 2.1 | 4.5 | 0 |
| Tiempo de seguimiento, mediana, días | 53.2 | 55 | 0.38 |
| ISUP | | | 0.32 |
| ISUP 1 | 6 | 13 | |
| ISUP 2 | 49 | 56 | |
| ISUP 3 | 65 | 86 | |

Tabla 2. Comparativa de datos anatomopatológicos adversos

| Variables | ≤ 3 meses | > 3 meses | p valor |
|------------|-----------|-----------|---------|
| Upgrading | 11 | 18 | 0.5 |
| Upstaging | 27 | 37 | 0.9 |
| Márgenes + | 24 | 45 | 0.6 |

MÁS ALLÁ DE LA RADIOTERAPIA FOCAL: ROL DE LA PROSTATECTOMÍA ROBÓTICA DE RESCATE

Noya Mourullo, Andrea ; Stagnaro, Martin ; Cala Mon, Alfredo ; Montáns Araújo, José ; Gaston, Richard ; Juarez del Dago Anaya, Pablo

Introducción:

La cirugía de rescate tras radioterapia en cáncer de próstata localizado o recurrente representa un desafío técnico significativo debido a la fibrosis, adherencias y alteración de planos anatómicos así como resultados funcionales. Presentamos el caso de una prostatectomía robótica de rescate con linfadenectomía ampliada en paciente con recidiva ganglionar documentada por PET-PSMA tras tratamiento previo con radiocirugía focal.

Caso clínico:

Varón tratado en 2018 con radiocirugía estereotáctica (CyberKnife®, 36 Gy en 5 fracciones) por adenocarcinoma prostático Gleason 6. Presenta recidiva bioquímica en 2022 (PSA 4,5 ng/mL; nadir previo 0,86 ng/mL). RMN y PET-PSMA muestran adenopatía hipogástrica derecha de 16 mm. Ante ausencia de metástasis a distancia, se realiza cirugía de rescate.

Técnica quirúrgica:

Se realizó linfadenectomía pélvica derecha ampliada, identificando macroscópicamente 3 ganglios sospechosos. Posteriormente, abordaje posterior con disección de Douglas, liberación de vesículas seminales y deferentes, apertura de fascia de Denonvilliers y preservacionesfinteriana.

Se efectuó lateralización bilateral para liberación y preservación de bandeletas neurovasculares. Abordaje anterior mediante incisión peritoneal parietal y disección del triángulo de Gastón hasta la cara posterior prostática.

Clipaje y liberación de pedículos vasculares con preservación del cuello vesical y complejo venoso de Santorini. Disección minuciosa del ápex y sección uretral a nivel del verummontanum.

La anastomosis vesicouretral se realizó con sutura continua de V-Lock® doble barbada, comprobando estanqueidad y adecuada hemostasia.

Resultados anatomopatológicos:

Prostatectomía: adenocarcinoma acinar residual (<1% volumen glandular) con cambios post-radioterapia, invasión extraprostática focal (T3a), márgenes negativos y vesículas seminales libres. Ganglio patológico hipogástrico derecho con macrometástasis Gleason 8 (4+4) y patrón cribiforme, con invasión extranodal focal (pN1). Resto de ganglios libres (18/18).

Evoluciónpostoperatoria:

Ingreso de 2 días sin complicaciones. Recuperación progresiva de la continencia urinaria con rehabilitación de suelo pélvico, biofeedback y duloxetine. PSA indetectable a 6 semanas. Tratamiento de la disfunción eréctil (sildenafil y alprostadilo intrauretral), ondas de choque e infiltraciones de bandeletas neurovasculares con PRP.

Conclusiones:

La prostatectomía robótica de rescate tras radioterapia focal es factible y segura en manos experimentadas, permitiendo preservación de estructuras clave y adecuado control oncológico. La combinación con linfadenectomía ampliada guiada por PET-PSMA optimiza la estadificación y el tratamiento, incluso en presencia de afectación ganglionar aislada.

OPTIMIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA: EXPERIENCIA COMPARATIVA CON MICROULTRASONIDO Y RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA

Noya-Mourullo, A.; Di Bello, F.; Penichet, L.; Silva Garretón, A.; Ajobita Hernández, H.; Juárez del Dago Anaya, P.

Introducción:

La resonancia magnética multiparamétrica (mpMRI) es una técnica de imagen fundamental para la biopsia prostática, aunque su coste y complejidad pueden limitar su disponibilidad a nivel mundial. El microultrasonidos (microUS) ofrece imágenes en tiempo real y de alta resolución, pudiendo mejorar la detección del cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa). Planteamos la hipótesis de que la combinación de microUS y mpMRI puede optimizar el diagnóstico de csPCa, reduciendo la tasa de detección de cáncer clínicamente insignificante (ciPCa).

Material y métodos:

Se incluyeron retrospectivamente 95 varones con sospecha de cáncer de próstata entre octubre de 2021 y abril de 2024, con datos completos disponibles. Todos los pacientes fueron evaluados mediante el sistema ExactVu y posteriormente se realizaron biopsias dirigidas por microUS (micro-USTBx) y por mpMRI (MRI-TBx). El objetivo principal fue determinar la precisión diagnóstica en la detección de csPCa, definido como Gleason $\geq 3+4$ (Grupo de Gradación de la ISUP ≥ 2), comparando microUS y mpMRI.

Resultados:

La precisión diagnóstica de micro-USTBx fue del 74,7%, mientras que la de MRI-TBx fue del 70,5%. Micro-USTBx detectó csPCa en 45/95 pacientes (48,4%), frente a 56/95 (58,9%) con MRI-TBx, lo que supone una diferencia del 11,5% (IC 95%: -25% a +4,6%; $p = 0,1$) y una tasa relativa de detección de 0,8. Micro-USTBx identificó ciPCa en 8/95 casos (8,4%), y MRI-TBx en 9/95 (9,5%), con una diferencia del 1,0% (IC 95%: -10% a +8%; $p = 1$) y una tasa relativa de detección de 1,1. La biopsia sistemática (SBx) detectó csPCa en el 57% y ciPCa en el 27% de los pacientes. La combinación de mpMRI y microUS identificó csPCa en 40/95 casos y ciPCa en 4/95. De forma similar, la combinación MRI-TBx + micro-USTBx + SBx detectó ciPCa en 3/95 pacientes (3,1%), frente a 8/95 (8,4%) en el protocolo microUS ($p = 0,2$) y 7/95 (7,3%) en el protocolo mpMRI + microUS ($p = 0,3$).

Conclusiones:

La biopsia sistemática detectó tasas más elevadas de ciPCa en comparación con las biopsias dirigidas. MRI-TBx y micro-USTBx podrían reducir el sobrediagnóstico de ciPCa, limitando así la necesidad de SBx. Se requieren estudios prospectivos adicionales que comparen de manera directa las tecnologías microUS y mpMRI para confirmar o refutar estos hallazgos.

NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA EN RÉGIMEN AMBULATORIO: NUESTRA SERIE DE CASOS

Arena, P.; Noya-Mourullo, A.; Rivero Cárdenes, A.; Vargas, A.H.; Greco, I.; Juárez del Dago Anaya, P.

Introducción:

Los procedimientos ambulatorios se incrementaron en los últimos años para acortar las listas de espera y los costes relacionados con la hospitalización. La alta frecuencia de la patología litiásica, la larga lista de espera y la relativamente baja iatrogenia hacen que la nefrolitotomía percutánea (NLP) sea por tanto viable en un régimen ambulatorio. El objetivo de este estudio fue presentar nuestra serie de NLP ambulatoria y evaluar su seguridad en un centro privado.

Material y método:

Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes sometidos a NLP ambulatoria a partir del 2022 hasta el día de hoy. Se intervinieron de forma ambulatoria exclusivamente pacientes tratados por litiasis renales unilaterales. Criterios de exclusión fueron pacientes de edad superior a 80 años, presencia de comorbilidades significativas y la imposibilidad de acceder a nuestro departamento de urgencias si fuese necesario, como los residentes en otras islas. Todos los procedimientos fueron realizados por un cirujano con experiencia en más de 200 NLP.

Resultados:

Se incluyeron 23 pacientes, con edad mediana de 52 años (IQR 42–60); 14 (61%) hombres y 9 (39%) mujeres. Previamente a la cirugía 14 (61%) pacientes presentaban cultivo de orina negativo y 9 (39%) positivo, tratados antes de la cirugía. Se intervinieron litiasis múltiples en 20 (87%) pacientes; 9 (39%) tenían cálculos <20 mm y 14 (61%) ≥20 mm. La densidad mediana de las litiasis fue de 1100 Unidades Hounsfield (IQR 700–1400). Todos los procedimientos se realizaron mediante mini-PCNL en posición supina. El drenaje urinario se realizó en 21 (91%) pacientes, mediante catéter JJ, nefrostomía o ambos en 17 (81%), 3 (14%) y 1 (5%) casos, respectivamente. Todos los pacientes fueron dados de alta sin incidencias.

Durante los 30 días posteriores, 6 (26,1%) pacientes presentaron complicaciones y acudieron a urgencias. 4 (17%) pacientes presentaron complicaciones de grado I según Clavien-Dindo y 2 (8%) de grado III (un cólico y una perforación intestinal), requiriendo reingreso hospitalario.

Conclusiones:

Nuestra experiencia inicial sugiere que la NLP ambulatoria es segura en pacientes cuidadosamente seleccionados. Dada la elevada prevalencia de litiasis y las largas listas de espera quirúrgicas, esta estrategia podría ser una herramienta útil en la práctica clínica.

INTERPOSICIÓN ROBÓTICA DE COLGAJO ILEAL: SOLUCIÓN PARA FÍSTULA RECTOVESICAL COMPLEJA.

Noya-Mourullo, Andrea ; Vargas Trujillo, Andrés; Cutanda Puigvert, Rubén; Greco, Isabela; Gaston, Richard; Juárez del Dago Anaya, Pablo.

Introducción: La fístula rectovesical es una complicación infrecuente pero grave tras radioterapia (RT) por cáncer de próstata, con importante impacto funcional y calidad de vida. Su resolución quirúrgica supone un reto debido a la fibrosis y fragilidad tisular derivadas del tratamiento previo. Presentamos un caso tratado mediante cirugía robótica con interposición de colgajo ileal y derivación urinaria tipo Bricker.

Objetivo: Presentar el abordaje quirúrgico robótico para la corrección de una fístula rectovesical recidivada post-RT y prostatectomía de rescate.

Caso clínico: Varón con antecedentes de HTA, DM2, linfoma no Hodgkin y colostomía de descarga previa (06/2024). Antecedente de adenocarcinoma de próstata de alto riesgo (Gleason 9) tratado con radioterapia externa e inicio de terapia hormonal (2023). Consulta por fístula rectovesical confirmada por RM y cistoscopia, con esfínter anal conservado y margen fistuloso de ~1 cm, se realiza prostatectomía de rescate y reparación de fístula mediante cierre primario y flap de grasa, recidivando la misma.

Técnica quirúrgica: Bajo anestesia general y posición supina, se colocaron 4 trocares robóticos más puertos auxiliares.

- Fase exéretica: liberación de adherencias, disección vesical con tejido extremadamente friable, clipado bilateral de arterias umbilicales, identificación dificultosa de uréteres “congelados” a pelvis, apertura de cavidad cloacal y liberación de recto. Ante imposibilidad de cierre primario, se decidió interposición de colgajo de íleon distal sin tensión.
- Fase de anastomosis intestinal: confección de conducto ileal de 20 cm para derivación urinaria y colgajo ileal adicional para la fístula, con anastomosis latero-lateral mecánica.
- Fase de corrección de fístula: Inyección vía laparoscópica de PRP sobre borde de fístula. Sutura mono-plano de colgajo ileal al orificio fistuloso con V-Lock 3/0.
- Fase de derivación urinaria: anastomosis uretero-ileal bilateral tipo Bricker con cateterización interna-externa (monoJ 6 Ch), reconstrucción de estoma y extracción de pieza por minilaparotomía.

Resultados: Tiempo quirúrgico: 315 min. Sangrado estimado: 800 mL. El paciente fue dado de alta a los 5 días.

Conclusiones:

La interposición de colgajo ileal se posiciona como una posible solución quirúrgica para defectos de fístulas que no permiten un cierre directo. La cirugía robótica permitió un abordaje seguro y preciso en un caso de alta complejidad.

RESOLUCIÓN DE EXTRUSIÓN DE PRÓTESIS DE PENE: ABORDAJE Y SOLUCIÓN QUIRÚRGICA

Díaz Mesa C., Amir Nicolau B., Glez de Chaves E., Ortega Y., Jiménez Navarro M., Torres Leon, L., Clemente Graffigna R., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Ledesma Reyes J., Rodríguez Talavera J., Monllor Gisbert J.

Hospital Universitario Ntra. Señora de Candelaria

Introducción: La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente o recurrente para lograr y/o mantener una erección suficiente del pene que permita una actividad sexual satisfactoria. La prótesis de pene es la opción de tratamiento quirúrgica definitiva para las DE refractarias a tratamiento.

Las complicaciones asociadas a las prótesis de pene son varias: fallo mecánico, infección, hematoma, extrusión de la prótesis, lesión uretral,...

La extrusión de la prótesis ocurre cuando el cilindro atraviesa la túnica albugínea que se encuentra debilitada por dilatación excesiva de cuerpos cavernosos, la presión de cilindros sobredimensionados y traumatismos repetidos. El riesgo de extrusión se ve aumentado por la disminución de la sensibilidad distal secundaria a diabetes o lesión medular, radioterapia previa, fibrosis, uso excesivo de la prótesis, uso prolongado de la prótesis e instrumentación uretral frecuente.

Objetivo: Descripción del caso, presentación de técnica quirúrgica de reparación de extrusión de prótesis de 3 componentes mediante video y seguimiento postquirúrgico del paciente. Revisión de la literatura al respecto.

Material y métodos: Presentación mediante un video de caso clínico de extrusión de prótesis de pene de 3 componentes, mostrando signos y síntomas previos, cirugía y evolución postquirúrgica del paciente. Se revisa bibliografía disponible.

Resultados: Revisión de 1 caso: Varón de 56 años con DE, al que se le coloca la segunda prótesis de pene en 2024 tras retirada de la primera por fallo mecánico. Dos meses después de la operación presenta rotura traumática de cuerpo cavernoso que requiere reintervención. En seguimiento en consulta se observa extrusión de prótesis en base de pene, confirmada con RM. Se realiza intervención quirúrgica donde se objetiva adelgazamiento de albugínea a nivel de zona de extrusión, por lo que se decide reparación de la debilidad albugínea mediante colocación de parche de TachosilR e infradimensionamiento de la prótesis.

Conclusión: La extrusión de prótesis de pene hidráulica es una complicación poco frecuente. Sin embargo, nuestro paciente presenta varios factores predisponentes de esta complicación; DM, fumador, cirugías previas,... Otros factores que pueden contribuir a esta complicación son el sobredimensionamiento de la prótesis o una cicatriz albugínea previa. Tras la rotura de la albugínea, las futuras extrusiones son más fáciles a través de la cicatriz. Por ello la técnica seleccionada tenía el objetivo de reducir la presión albugínea en el punto debilitada mediante el infradimensionamiento de la prótesis.

Palabras clave: Disfunción eréctil, extrusión de prótesis, prótesis de pene hidráulica.

LINFADENECTOMÍA INGUINAL VIDEO-ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON CARCINOMA DE PENE.

Sotillo, Angelo J.; González de Chaves, Esteban; Jiménez Navarro, Marta; Amir, Balig; Carrión Valencia, Almudena; Torres León, Lara; Rodríguez Talavera, Jonathan; Clemente Graffigna, Raquel; Monllor Mendez, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Ledesma Reyes, Javier; Monllor Gisbert, Jesús.

Introducción:

La afectación linfática regional constituye el principal factor pronóstico en el carcinoma de pene. En pacientes con adenopatías inguinales palpables (cN1-N2) la linfadenectomía radical inguinal continúa siendo el tratamiento estándar. La morbilidad significativa de la linfadenectomía radical inguinal abierta (alteración del drenaje linfático de las piernas y el escroto) ha conllevado al desarrollo de técnicas mínimamente invasivas como la video disección endoscópica.

Objetivo:

Presentar el abordaje quirúrgico mediante videoendoscopia de la linfadenectomía inguinal en paciente con Cáncer de pene escamoso.

Material y Métodos:

Se expone un vídeo en el que se aborda la técnica quirúrgica de linfadenectomía inguinal mediante video-endoscopia. Se presenta el caso de un paciente de 73 años con carcinoma escamoso de pene que engloba todo el cuerpo del pene y con adenopatía palpable inguinal derecha (cN1). Se realizó penectomía radical con linfadenectomía inguinal por videoendoscopia. El resultado de anatomía patológica revela: Ca escamoso pT1b, HPV independiente, con invasión perineural y márgenes quirúrgicos libres, junto con 12 ganglios linfáticos: 0 metastásico.

Resultados:

La cirugía transcurrió sin complicaciones, el sangrado intraoperatorio fue menor de 50cc con alta al tercer día postoperatorio con equimosis en sitio de herida quirúrgica sin colecciones ni linfocele inguinal (Grado I Escala de Clavien Dindo). El paciente no presentó secuelas quirúrgicas invalidantes en el postoperatorio tardío.

Conclusión:

La linfadenectomía inguinal vídeo endoscópica ha demostrado ser una técnica segura, eficaz y reproducible, con bajo perfil de complicaciones y óptimo control oncológico. Diversos estudios avalan su ventaja frente a la técnica convencional, consolidándose como opción terapéutica validada en guías internacionales y adoptada en centros especializados.

CIRUGÍA CONSERVADORA EN CÁNCER DE PENE: RESURFACING DE GLANDE CON INJERTO DERMOEPIDÉRMICO, PRESENTACIÓN DE UN CASO EN VÍDEO

Jiménez García P, Ortega González M Y, Clemente Graffigna R, Monllor Méndez A, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Ledesma Reyes J, Glez De Chaves E, Amir Nicolau B, Jiménez Navarro M, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.

Introducción: El cáncer de pene, a pesar de su baja frecuencia, supone la necesidad de tratamientos que pueden tener gran impacto psicológico y funcional en el paciente. Por ello, siempre y cuando se aseguren los resultados oncológicos, se opta por realizar técnicas más conservadoras. Aquí es donde cobra importancia el resurfacing de glande con injerto dermoepidérmico, permitiendo en tumores superficiales una mejor preservación anatómica con excelentes resultados sensitivos y funcionales.

Objetivos: Presentar, mediante video quirúrgico, el caso de un paciente con cáncer superficial de glande en el que se lleva a cabo resurfacing con injerto de piel de muslo. Además, se revisa la literatura actualizada comparando esta técnica y sus resultados con otras intervenciones indicadas en lesiones no invasivas.

Material y métodos: La técnica descrita se realiza con anestesia general. A través de una incisión circular bajo el surco coronal se retira la piel prepucial. Disección de la mucosa glandar hasta el subepitelio con exposición del cuerpo esponjoso. En este punto se recomienda realizar biopsias del esponjoso para asegurar márgenes negativos. Obtención del injerto dermoepidérmico del muslo con dermatomo. Cobertura del lecho glandar con el injerto y fijación con puntos sueltos a borde de piel peneana y uretra. Apósito compresivo en pene durante 48-72 horas y sonda vesical Foley 12 Ch.

Resultados: Paciente de 62 años con diagnóstico de neoplasia intraepitelial peneana (PeIN), HPV independiente, pT1a no invasivo confirmado por biopsia. Inicialmente recibió ablación láser CO₂, con persistencia de lesión perimeatal, por lo que se llevó a cabo resurfacing de glande total con injerto tipo Bracka. El paciente fue dado de alta el primer día postoperatorio con vendaje compresivo durante 48 horas y sonda vesical.

Acudió al hospital para realizar curas una vez por semana, sin datos de necrosis o infección, con buena evolución del injerto.

En la literatura encontramos series de casos y estudios retrospectivos que concluyen, según los datos obtenidos, que las cirugías de preservación de órgano como el resurfacing de glande presentan menores tasas de recurrencia que las técnicas locales. Además, en comparación con las amputaciones peneanas, muestran resultados oncológicos similares y una clara mejoría en cuanto a preservación funcional y estética.

Conclusiones: El resurfacing de glande con injerto dermoepidérmico de muslo, es una técnica que asegura los resultados oncológicos en cáncer de pene no invasivo, con bajas tasas de recurrencia y excelentes resultados estéticos, sensitivos y funcionales. Por todo esto, aparece en las guías de la EAU entre las opciones de primera línea del cáncer de pene no invasivo o en recurrencia tras otras técnicas locales.

PRIAPISMO REFRACTARIO: DESCOMPRESIÓN PENOESCROTAL COMO TÉCNICA EN UN ESCENARIO DE URGENCIA UROLÓGICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Jiménez García P, Ortega González M Y, Clemente Graffigna R, Monllor Méndez A, Sotillo A J, Díaz Mesa C, Ledesma Reyes J, Glez De Chaves E, Amir Nicolau B, Jiménez Navarro M, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.

Introducción

El priapismo isquémico representa una emergencia urológica tiempo-dependiente con riesgo de disfunción eréctil irreversible. El tratamiento comienza por un manejo conservador. Si falla, son necesarias derivaciones o shunts que permitan un drenaje rápido de la sangre venosa. Entre ellas encontramos la descompresión penoescrotal (PSD), que aparece como una técnica novedosa con excelentes resultados estéticos y funcionales.

Objetivos

Presentar un caso clínico, mediante vídeo quirúrgico, de priapismo isquémico refractario a shunt distal tratado con PSD, así como revisar la literatura actual sobre esta técnica.

Material y Métodos

La técnica descrita se lleva a cabo con anestesia general. Se referencia la uretra con sonda vesical Foley de 12 Ch. Incisión perineal y disección por planos hasta exposición de túnica albugínea con localización de cuerpos cavernosos. Corporotomía de 2 cm con bisturí frío, seguido de dilatación distal y proximal del cuerpo cavernoso con cánula de Yankauer pediátrica. La descompresión manual e irrigación con suero fisiológico favorecen el drenaje de sangre venosa. Si persiste la erección, corporotomía bilateral. Cierre de túnica albugínea con sutura absorbible y herida escrotal con Monocryl 2/0 por planos. Se mantiene la sonda vesical durante 24 horas.

En la descripción de la técnica convencional, se realiza una incisión penoescrotal transversal de unos 3 cm. Sin embargo, describimos un acceso perineal, que ofrece dos ventajas: 1) permite la realización de un shunt proximal, en el caso de que fuera necesario, y 2) permite reducir el riesgo de fibrosis de los tejidos penoescrotales, lo que facilita la colocación de prótesis de pene futura en el caso de que fuera necesaria.

Resultados

Se describe el caso de un varón de 51 años con priapismo isquémico de 26 horas de evolución, asociado a cocaína. El diagnóstico se estableció mediante gasometría cavernosa, recibiendo tratamiento conservador con aspiración e irrigación, administración intracavernosa de fenilefrina y shunt distal (Ebbehøj), sin éxito.

Finalmente, se indicó PSD. En el postoperatorio presentó erecciones parciales dolorosas que cedieron a la compresión. Alta el 5o día. En el seguimiento a 6 meses, el paciente refiere erecciones normales, no dolorosas.

En la literatura publicada, la mayoría de los estudios son series de casos, estudios retrospectivos y un metaanálisis que confirma la efectividad de esta técnica, así como sus prometedores resultados en preservación de función eréctil. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos para establecer definitivamente la PSD en el algoritmo terapéutico de esta patología.

Conclusiones

El priapismo isquémico refractario continúa siendo un desafío terapéutico con riesgo de disfunción eréctil irreversible. La PSD constituye una alternativa quirúrgica novedosa, con altas tasas de resolución inmediata, baja recurrencia y potencial beneficio funcional, evitando complicaciones asociadas a prótesis precoces.

VALORACIÓN PREDICTIVA DE BIOPSIA PARA CÁNCER DE PRÓSTATA CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO BASADA EN LA DENSIDAD DEL PSA Y PIRADS

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

Introducción: La resonancia magnética de próstata (RMN-p) se ha integrado en la evaluación diagnóstica del cáncer clínicamente significativo. La baja tasa de falsos negativos de la resonancia magnética de próstata, acompañada de una sensibilidad promedio del 91%, pueden llegar a reducir las biopsias entorno a un 30%, manteniendo la detección de cánceres significativos en comparación con la biopsia sistemática. Reducir los falsos negativos en la resonancia magnética sigue siendo una prioridad clínica, lo que exige estrategias adaptadas al riesgo para la selección de pacientes para biopsia.

Diversas publicaciones recomiendan la combinación de los hallazgos de la resonancia magnética y la densidad del PSA (DPSA) para definir a los hombres que pueden evitar la biopsia de forma segura.

Objetivo: Valorar la exactitud predictiva de la RMN-p junto con la DPSA para la detección del cáncer de próstata clínicamente significativo (CaPcs).

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen pacientes sometidos a biopsia de próstata entre 2020 y 2022 que contaban con RMN-p previa a la biopsia. Se analizaron las siguientes variables: PSA, volumen prostático medido por ecografía transrectal, densidad de PSA (≤ 0.10 ng/ml² bajo, 0.10-0.15 ng/ml² intermedio bajo, 0.15-0.20 ng/ml² intermedio alto y ≥ 0.20 ng/ml² alto), hallazgos de RMN (agrupados en PIRADS 1-2, 3, 4-5) y resultado anatomopatológico de la biopsia. Se agruparon los pacientes en función de la DPSA y la lesión PIRADS junto con los resultados de la biopsia de próstata (ISUP <2 vs ISUP ≥ 2).

Resultados: Se incluyeron un total de 149 pacientes.

El grupo de PIRADS 1-2 (44 pacientes), con una DPSA bajo tienen una probabilidad del 2% de CaPcs, con nivel intermedio bajo e intermedio alto de DPSA del 9% de CaPcs, y en el grupo de nivel alto de DPSA hay una probabilidad del 16% de CaPcs. El grupo de PIRADS 3 (41 pacientes), presentó una probabilidad de CaPcs del 5% para el grupo de DPSA bajo, del 5% para el grupo de DPSA intermedio bajo, y del 14.63% para el grupo de DPSA alto. El grupo de PIRADS 4-5 (64 pacientes), presentó una probabilidad de CaPcs del 10% para el grupo de DPSA bajo, del 6% en el grupo DPSA intermedio bajo, del 8% en el grupo DPSA intermedio alto y un 28 % en el grupo DPSA alto.

Conclusión: Según los resultados de nuestro estudio, la combinación de los hallazgos de la RMN-p junto con la DPSA para la detección del cáncer de próstata clínicamente significativo presenta una buena exactitud predictiva, siendo más probable a mayor DPSA y a mayor valor de PIRADS. De esta manera, el subgrupo de pacientes con DPSA bajo y PIRADS 1-2 y PIRADS 3 podrían evitar la realización de una biopsia de próstata. Es necesario aumentar el tamaño muestral de nuestro estudio para establecer conclusiones más sólidas que respalden nomogramas más precisos en busca de evitar biopsias innecesarias.

ADHERENCIA Y TOLERANCIA DE LA ABIRATERONA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO VS ADYUVANCIA AL TRATAMIENTO RADICAL

Victoria Maldonado Guerrero, Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Paula León Medina, Carolina Artilles Ortega, José Vicente Armas Molina
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Introducción: La toxicidad de los tratamientos sistémicos en régimen de adyuvancia a la terapia radical se podría traducir en un empeoramiento de la adherencia en comparación a los pacientes metastásicos. El acetato de abiraterona mejora los resultados oncológicos en pacientes con cáncer de próstata localizado de muy alto riesgo, pero presenta efectos adversos que no podemos pasar desapercibidos.

Materiales y Métodos: Se incluyeron de manera retrospectiva pacientes tratados con abiraterona tanto en el contexto de cáncer de próstata hormonosenible metastásico (n=48) como en adyuvancia de tratamiento con radioterapia externa (n=37). Se analizaron las características clínicas y demográficas, la adherencia al tratamiento (evaluada por reducción de dosis y suspensión) y los efectos adversos reportados durante el seguimiento con comparación entre ambos grupos.

Resultados: La adherencia al tratamiento fue elevada. Sin embargo, la tolerancia fue mayor en el grupo de pacientes metastásicos. En el grupo de pacientes en adyuvancia, hasta un 60% de los pacientes presentaron algún efecto adverso a lo largo del tratamiento, siendo significativamente mayor que en el grupo de pacientes metastásicos ($p < 0.01$).

En ambos grupos, el efecto adverso más frecuente fue la astenia leve, con hasta un 50% en el grupo de pacientes en adyuvancia, frente a 10% en el grupo de pacientes metastásicos; seguido de las náuseas y el deterioro de la función hepática.

En el grupo de pacientes en adyuvancia, el 10% de los pacientes tuvo que suspender el tratamiento con abiraterona debido a los efectos adversos; y otro 10% precisó de reducción de dosis.

En el grupo de pacientes metastásicos, 2 de los pacientes tuvieron que suspender la abiraterona y solo 1 paciente requirió de reducción de dosis.

Conclusión: La abiraterona mostró un excelente perfil de tolerancia y adherencia; no obstante, quizá por la intención radical curativa del tratamiento y la menor conciencia de enfermedad, los pacientes refieren más efectos adversos leves.

IMPACTO DEL PET EN EL CAMBIO DEL MANEJO TERAPÉUTICO Y DECISIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Hernández Alemán, Ligia; Sanabria Cordero, Claudia; Guedes Oliva, Paolo; Bordón Méndez, Marta; Fernández Morales, María; Kim Lee, David.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

INTRODUCCIÓN: El cáncer de próstata es una de las neoplasias más frecuentes en el varón. Para su estadiación y seguimiento se utilizan habitualmente pruebas de imagen como el TAC y la gammagrafía ósea, cuya sensibilidad y especificidad resultan limitadas, especialmente en pacientes con niveles bajos de PSA.

Con el objetivo de superar estas limitaciones se han desarrollado técnicas de imagen de nueva generación, entre ellas el PET- Colina y, más recientemente, el PET-PSMA, que han demostrado una mayor capacidad diagnóstica. Estas herramientas permiten detectar enfermedad oculta con mayor precisión, influyen en la potencial toma de decisiones clínicas y contribuyen a una planificación terapéutica más personalizada.

OBJETIVOS: Evaluar el impacto del PET en la modificación de la toma de decisiones clínicas en pacientes con cáncer de próstata y pruebas convencionales negativas..

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los pacientes con cáncer de próstata a quienes se les solicitó un PET entre los años 2020-2025 en el HUGCDN, utilizando el lenguaje de programación Python (versión 3.x), empleando las librerías SciPy y Statsmodels.

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de la muestra.

RESULTADOS: En el estudio fueron incluidos 88 pacientes con una edad mediana de 61 años, una mediana de PSA al diagnóstico de 10.6ng/mL y una mediana de PSA previo al PET de 3.09ng/mL.

El motivo principal de solicitud del PET fue la recaída bioquímica (34 pacientes, 38.6%). En cuanto al radio-trazador utilizado, 61 pacientes (70%) fueron estudiados con Colina.

El 72% de los pacientes se había realizado previamente una prueba de imagen convencional (TAC y/o GGO). Se observaron discordancias en el 11.1% de los casos (n=7), con PET positivo y TAC/GGO negativas. En cambio, el 6.8% (n=6) mostró el patrón inverso (PET negativo y TAC/GGO positivas).

De los 7 pacientes con TAC y GGO negativas y PET positivo, un total de 5 pacientes tenían un plan pre-PET para TDA (3 en monoterapia y 2 en combinación con RTE). Finalmente, el PET-Colina supuso un cambio de diagnóstico en 5/7 pacientes (71.43%): 3 con adenopatías catalogadas como M1a (42.86%) y 2 con metástasis óseas M1b (28.57%). Esto implicó una modificación en el plan de tratamiento inicial en estos pacientes con adición de SBRT y/o ARPI.

CONCLUSIONES: El PET aporta información crítica adicional, especialmente en pacientes con niveles bajos de PSA. Su utilización parece influir en el cambio de decisiones clínicas, particularmente en aquellos con TAC y GGO negativas, favoreciendo tratamientos dirigidos y con el potencial de mejorar tanto los resultados oncológicos como la calidad de vida.

RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER DE HOLMIUM (HOLEP): ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 93 CASOS CONSECUTIVOS

Diego Ribera, Lucía Moreno, Javier Alemán, Claudia Sanabria, Paolo Guedes, Marta Bordón
Hospital Universitario Doctor Negrín

Introducción

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) representa la principal causa de obstrucción del tracto urinario inferior en hombres. Tradicionalmente la resección transuretral de próstata (RTU-P) y la adenomectomía abierta han sido los tratamientos quirúrgicos de elección. Sin embargo, en los últimos años la enucleación prostática con láser de Holmium (HoLEP) ha surgido como una alternativa mínimamente invasiva que reproduce la enucleación anatómica. Numerosos estudios y guías internacionales avalan al HoLEP como una opción segura, eficaz y duradera, aplicable a próstatas de cualquier tamaño.

Objetivo principal

Analizar y presentar los resultados obtenidos en nuestro centro desde la implantación de la técnica.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes diagnosticados de HBP que fueron tratados mediante HoLEP en nuestro centro, desde su implantación, y con al menos una visita de seguimiento tras la cirugía. Se incluyeron pacientes operados entre febrero de 2023 y abril de 2025.

Los datos se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas electrónicas y recogida en una base de datos anonimizada. Se analizaron variables demográficas, tiempos perioperatorios, variables clínicas (complicaciones postquirúrgicas, necesidad de reintervención, tamaño prostático, comorbilidades, uso de anti-coagulantes) y variables funcionales (satisfacción referida, Qmax, residuo postmiccional).

Resultados

Se analizaron 93 pacientes sometidos a HOLEP. La edad media fue de 70,5 años y el tiempo mediano de seguimiento de 8 meses. La tabla 1 muestra las características generales de la muestra.

El volumen prostático medio fue de 92 cc. El tiempo medio de hospitalización fue de 1 día y el de sondaje de 3 días.

En cuanto a la seguridad, el 27,9% de la muestra presentó alguna complicación. La mayoría de las complicaciones fueron leves-moderadas, y no hubo muertes asociadas al procedimiento. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre comorbilidades y tasa de complicaciones. La figura 1 muestra la distribución de las complicaciones.

La tasa de ingresos fue del 5,4% a 30 días y del 6,5% a 90 días. Seis pacientes precisaron reintervención: dos de forma urgente (hematuria refractaria y perforación vesical con rafia y posterior embolización) y cuatro de manera diferida por estenosis del tracto urinario inferior. El 24,4% de los pacientes presentó incontinencia urinaria durante el seguimiento, en la mayoría de los casos fue de carácter leve.



Se observó que el flujo máximo (Qmax) aumentó un 73,5% (16,6 mL/s a 28,8 mL/s) y el residuo postmiccional descendió un 76,1% (97 mL a 23 mL). El 83,1% de los pacientes refirió satisfacción buena o muy buena. La tabla 2 muestra los principales resultados del estudio.

En cuanto a la curva de aprendizaje se observaron progresos en complicaciones, resultados funcionales y tiempos quirúrgicos, sin ser estos estadísticamente significativos, se muestra en la tabla 3.

Conclusiones

La HoLEP demostró ser una técnica segura y eficaz, con clara mejoría funcional y alta satisfacción de los pacientes. Las complicaciones fueron poco frecuentes y leves. Nuestros hallazgos, en línea con la literatura, refuerzan la HoLEP como técnica de elección en la HBP.

| Variable | Valor |
|--|--------------------|
| Edad media (años) | 70,5 (48 - 86) |
| IMC medio | 27,6 (14,2 - 38,9) |
| Diabetes Mellitus (% de la muestra) | 37,6% |
| Hipertensión arterial (% de la muestra) | 65,6% |
| Dislipemia (% de la muestra) | 59,1% |
| Uso de anticoagulantes (% de la muestra) | 9,7% |

Tabla 1. Características generales de la muestra.

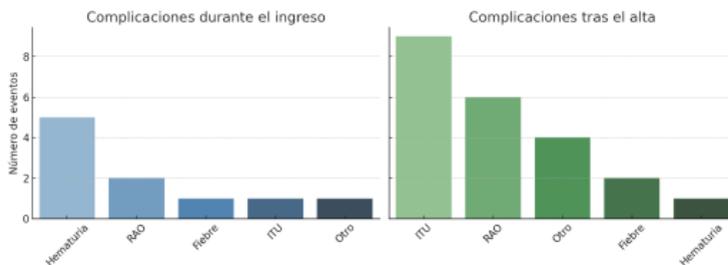


Figura 1. Distribución de las complicaciones post-HoLEP

| Variable | Valor |
|---|-----------------------|
| Aumento del Qmax | + 12,2 mL/s (+ 73,5%) |
| Disminución del residuo postmiccional | - 74mL (- 76,1%) |
| Reducción del PSA | - 87,4% |
| Complicaciones cualquier momento (% de la muestra) | 27,9% |
| Complicaciones durante ingreso (% de la muestra) | 10,8% |
| Complicaciones tras alta (% de la muestra) | 23,7% |
| Reingresos 30 días (% de la muestra) | 5,4% |
| Clavien >= 3 (% de la muestra) | 6,5% |
| Incontinencia urinaria (% de la muestra) | 24,4% |
| Incontinencia urinaria de gotas (% de los casos de incontinencia) | 54,5% |
| Satisfacción buena o muy buena (% de la muestra) | 83,1% |
| Tiempo quirúrgico medio (minutos) | 138 (60 - 360) |
| Tiempo de seguimiento mediano (meses) | 8 (1 - 24) |

Tabla 2. Resultados principales de la muestra.

| Variable | Curva de aprendizaje – Inicio | Curva de aprendizaje – Avanzada | Diferencia Avanzada - Inicio | p-valor |
|--|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|---------|
| Tiempo quirúrgico (min) | 140,4 | 137,3 | -3,1 | 0,521 |
| Complicaciones (% de la muestra) | 30,4% | 17% | -13,4% | 0,149 |
| Incontinencia urinaria (% de la muestra) | 28,3% | 20,5% | -7,8% | 0,466 |
| Diferencia Qmax (mL/s) | +11,5 | +12,9 | +1,4 | 0,473 |
| Diferencia Residuo PM (mL) | -71,1 | -76,6 | -5,5 | 0,970 |

Tabla 3. Relación entre resultados y curva de aprendizaje.

UTILIDAD DEL TC OPORTUNISTA COMO HERRAMIENTA PARA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN PACIENTES TRATADOS CON ADT Y ARTA EN CPHSM.

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

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

INTRODUCCIÓN

La ADT en pacientes con CaP se asocia a pérdida de densidad mineral ósea (DMO) y mayor riesgo de fracturas, que aumenta con la adición de ARTA. Las guías europeas recomiendan evaluar la DMO mediante densitometría (DXA) antes de iniciar ADT. En la práctica clínica esta puede omitirse por costo-eficiencia, optándose por tratamiento osteoprotector empírico en pacientes de alto riesgo.

La baja DMO se asocia a peor calidad de vida y menor supervivencia global, independientemente de las fracturas óseas. El estándar diagnóstico es la DXA. La medición de UH en TC se describió hace décadas como método oportunista alternativo.

El protocolo de Schreiber et al. determina la media de UH en L1-L4 en TC, mostrando una buena correlación con DXA. Valores >150 UH sugieren bajo riesgo y <100 UH alta probabilidad de osteoporosis.

OBJETIVOS

- Analizar las características de pacientes con CPHSm tratados con ADT + ARTA.
- Evaluar cambios en DMO mediante TC oportunista.
- Determinar la utilidad del TC oportunista para identificar pacientes candidatos a tratamiento osteoprotector.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 80 pacientes con CPHSm tratados con ADT + ARTA entre 2018-2025. La DMO se estimó midiendo las UH en L1 en TC oportunista. Análisis estadístico SPSS v25.

RESULTADOS

Se valoraron 80 pacientes con CPHSm tratados con ADT+ARTA entre 2018-2025 (70% leuporelina, 30% triptorelina, 45 Apalutamida, 35 Enzalutamida). Mediana de edad de $70 \pm 6,1$ años. 30% metástasis sincrónicas. 51,2% metástasis óseas. El 96,2% cumplían criterios CHAARTED de bajo volumen. Entre los FR, un 29,1% tenían diabetes, 51,4% tabaquismo, 46,8% consumo de alcohol y 2,6% ERC. Mediana de IMC 28,0 kg/m².

En la TC basal, el 21,2% presentó UH <100, 40% entre 101-150 y 38,8% >150. En análisis multivariante, la edad se asoció de forma independiente con UH <100 (OR 1,15; IC95% 1,02-1,29; p=0,022).

Los pacientes con leuporelina mostraron mayor pérdida de UH que triptorelina (-32,3 vs -18,3 UH), sin alcanzar significación estadística (p=0,33).

Entre los pacientes con TC basal y tras inicio del tratamiento (n=44; mediana seguimiento $16,5 \pm 7,6$ meses), el 93,2% presentó pérdida de UH, siendo mayor con Enzalutamida (-35,5 vs -13,0 UH; p=0,022), sin diferencias basales en edad ni factores de riesgo.

La suplementación calcio/vitamina D no modificó de forma significativa la pérdida de UH (-21,0 vs -32,0 UH; p=0,378). Ningún FR se asoció significativamente a mayor descenso (mayor pérdida en pacientes con corticoterapia concomitante (-50,0 vs -21,0 UH; p=0,130)).

El 81,8% de los pacientes presentó una pérdida de UH >5% (estableciendo 5% como punto de corte de pérdida de DMO de riesgo elevado) respecto al valor basal. Los tres pacientes con fracturas presentaron pérdida >5% de UH.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio evidenció cambios en la DMO basal y tras inicio del tratamiento con ADT + ARTA utilizando TC oportunista. Pese a sus limitaciones y escasa evidencia disponible, esta técnica podría constituir una herramienta accesible en nuestro entorno. Aunque la baja incidencia de fracturas impide extraer conclusiones firmes sobre su relación con eventos óseos, sí permite identificar pacientes en riesgo que podrían beneficiarse de tratamiento antirresortivo cuando la DXA no esté disponible.

CORRELACIÓN ENTRE EL VOLUMEN TUMORAL POR RESONANCIA MAGNÉTICA Y VOLUMEN HISTOPATOLÓGICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADO CON PROSTATECTOMÍA RADICAL

Sotillo, Angelo J. Coautores: Pantoja Ortíz, Violeta; Carrión Valencia, Almudena; Gómez de Segura, Cristina; Torres León, Lara; García García, Lorena; Amador, Adrian; Clemente Graffin, Raquel; Monllor Mendez, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Ledesma Reyes, Javier; Rodríguez Talavera, Jonathan; Monllor Gisbert, Jesús.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Introducción:

En el cáncer de próstata, el volumen tumoral se reconoce como un marcador pronóstico independiente, estrechamente vinculado con recurrencia bioquímica, progresión metastásica y desenlaces oncológicos adversos. Un mayor volumen tumoral se asocia con incremento del riesgo de extensión extracapsular, invasión de vesículas seminales, positividad de márgenes quirúrgicos y menor supervivencia libre de recurrencia tras prostatectomía radical.

Objetivo:

Evaluar la precisión de la resonancia magnética en la estimación del volumen tumoral índice, en comparación con la cuantificación histopatológica obtenida en la pieza de prostatectomía radical.

Material y Métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de 51 pacientes sometidos a resonancia magnética prostática y prostatectomía radical (robótica o laparoscópica) entre diciembre de 2024 y mayo de 2025. El volumen tumoral índice se determinó mediante resonancia magnética e histopatología, aplicando en ambos casos la fórmula del elipsoide ($\text{volumen} = 0,52 \times \text{diámetro máximo anteroposterior} \times \text{diámetro máximo transversal} \times \text{diámetro máximo céfalo-caudal}$). Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según el volumen tumoral patológico relativo (<20% vs. $\geq 20\%$ del volumen prostático total). Asimismo, se evaluó el poder predictivo al correlacionar el volumen tumoral por resonancia magnética, el PSA y la edad en la estimación del volumen histopatológico.

Resultados:

Se incluyeron 51 pacientes (edad media: 66 años; PSA prequirúrgico medio: 7,64 ng/ml; volumen prostático medio: 45,8 cc). El 54,3% presentaron Gleason 7 ISUP 2. El análisis histopatológico evidenció 35 casos pT2 y 16 casos pT3. En 46 pacientes, el volumen tumoral representó menos del 20% del volumen prostático. Se observó correlación positiva entre el volumen tumoral histopatológico y el PSA ($r = 0,352$; $p < 0,03$), mientras que la correlación con el volumen estimado por resonancia magnética fue débil ($r = 0,206$; $p = 0,03$). Asimismo, el volumen tumoral histopatológico se correlacionó significativamente con el grado de Gleason ($r = 0,652$), evidenciando que a mayor agresividad histológica corresponde un mayor volumen tumoral. Los casos pT3-R1 presentaron los mayores porcentajes de volumen tumoral, y en ambos estadios la positividad de márgenes se asoció con un incremento en dicho porcentaje.

Conclusión:

La resonancia magnética permite estimar el volumen tumoral en cáncer de próstata, aunque con tendencia a la subestimación frente a la histopatología. Las discrepancias se relacionan con limitaciones técnicas, variabilidad interpretativa y factores clínico-patológicos. Nuestros resultados preliminares sugieren que el volumen tumoral se asocia de manera significativa con el estadio, los márgenes quirúrgicos y puntos de corte clínicos, lo que refuerza su potencial valor como marcador pronóstico.

FACTORES ASOCIADOS AL UPSTAGING DE GLEASON 6 EN BIOPSIA Y SU IMPACTO EN LA EVOLUCIÓN ONCOLÓGICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Paula León Medina, Carolina Artiles Ortega, Cayetano Jiménez García, José Vicente Armas Molina

Introducción: El adenocarcinoma de próstata con Gleason 6 (ISUP 1) en biopsia se considera un factor de bajo riesgo, sin embargo, una proporción significativa de pacientes presenta upstaging en la pieza de prostatectomía radical. Identificar factores asociados a esta discordancia diagnóstica es clave para optimizar la selección de candidatos a vigilancia activa y evitar infratratamiento.

Objetivo: Analizar los factores clínicos, analíticos e imagenológicos asociados al upstaging de Gleason 6 en biopsia respecto a la prostatectomía radical y determinar si esta discordancia se traduce en una peor evolución oncológica.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes sometidos a prostatectomía radical con Gleason 6 en la biopsia inicial, entre enero de 2016 y enero de 2023. Se evaluaron variables demográficas y antecedentes médicos, conformando dos cohortes comparables en estos factores, diferenciadas según la presencia o ausencia de upstaging en la pieza de prostatectomía.

Se recogieron los siguientes datos: PSA total, densidad de PSA, número y porcentaje de cilindros afectados, hallazgos en la resonancia magnética multiparamétrica y estadio clínico. Posteriormente, se compararon los hallazgos histopatológicos finales con los obtenidos en la biopsia y se analizaron los resultados oncológicos, incluyendo margen quirúrgico positivo, recurrencia bioquímica y progresión a enfermedad metastásica.

Resultados: De 256 pacientes intervenidos, 100 presentaban Gleason 6 en la biopsia; 43 (43%) sufrieron upstaging, mayoritariamente a Gleason 7 (3+4) (70%). El 35% recibió biopsia dirigida por RMNmp y un 14% adicional RMNmp posterior a la biopsia. Sólo se realizó biopsia de confirmación en 5 pacientes.

El PSA y la densidad de PSA no se asociaron significativamente al upstaging. El tacto rectal patológico mostró tendencia a mayor tasa de upstaging (40% vs. 15,8%, $p=0,07$).

En la biopsia, los factores asociados al upstaging fueron mayor porcentaje de cilindros afectos (40% vs. 20%, $p<0,01$), afectación bilateral (41,9% vs. 31,6%, $p=0,29$) e invasión perineural (18,6% vs. 8,8%, $p=0,15$).

En la RMNmp, las lesiones PIRADS 4-5 fueron más frecuentes en el grupo con upstaging (80% vs. 64%, $p=0,36$), y el tamaño de las lesiones PIRADS ≥ 3 fue superior (16 mm [10–20,8] vs. 10 mm [8–18,5]). La localización predominante fue la zona periférica en ambos grupos (83,3% vs. 63,2%), mientras que las lesiones en la zona transicional fueron más frecuentes en pacientes sin upstaging (26,3% vs. 5,56%, $p=0,23$).

En la pieza quirúrgica, el upstaging se asoció a mayor tasa de márgenes positivos (70% vs. 40%, $p=0,01$), mayor extensión tumoral (pT3: 20,9% vs. 10,5%, $p=0,08$) y mayor recurrencia bioquímica (16,3% vs. 3,5%, $p=0,03$). No se registraron casos de progresión metastásicas ni muertes relacionadas.

Conclusiones: Los pacientes con Gleason 6 en la biopsia que presentan upstaging en la prostatectomía radical muestran con mayor frecuencia un tacto rectal patológico y, en la biopsia, un mayor porcentaje de cilindros afectados, afectación bilateral e invasión perineural. En la RMNmp se observan con más frecuencia lesiones PIRADS

IA APLICADA AL SEGUIMIENTO PERSONALIZADO DEL CÁNCER VESICAL NMIBC TRAS BCG: DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE RECURRENCIA.

Expósito Rodríguez, Cristian, Artilés Ortega, Carolina; Vera Álamo, Laura; León Medina, Paula; Armas Molina, José Vicente.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Objetivos: Desarrollar y evaluar un modelo predictivo basado en inteligencia artificial para estimar el riesgo de recurrencia a 12 y 24 meses en pacientes con cáncer vesical no músculo-invasivo (NMIBC). El objetivo es personalizar el seguimiento y optimizar los recursos frente a calculadoras clásicas, que tienden a sobreestimar el riesgo y favorecen estrategias más invasivas, con impacto negativo en costes sanitarios y calidad de vida. **Material y Método:** Realizamos un estudio retrospectivo en una cohorte de 93 pacientes con NMIBC tratados con BCG intravesical. El tiempo de seguimiento se calculó desde la primera instilación de BCG, definiendo como evento la recurrencia confirmada en cistoscopia. Todos los pacientes fueron tratados siguiendo el esquema contemporáneo recomendado por las guías EAU para BCG. Se incluyeron variables demográficas, tumorales (estadio, grado, número y tamaño tumoral, CIS), antecedentes, características del tratamiento y parámetros analíticos básicos.

Se entrenaron dos modelos:

- Regresión logística penalizada: modelo estadístico clásico que selecciona las variables más influyentes y reduce sobreajuste, permitiendo interpretabilidad y construcción de un score clínico interpretable.
- Random Forest: algoritmo de machine learning que capta interacciones complejas.

Los modelos se entrenaron con pacientes tratados antes de 2024 y se validó en los posteriores, simulando así un uso real.

Se evaluó:

- Discriminación (AUC): capacidad para diferenciar pacientes con y sin recurrencia.
- Calibración: concordancia entre el riesgo estimado y la recurrencia real.
- Utilidad clínica: beneficio del modelo frente a estrategias estándar.

Resultados: Se obtuvo una AUC entre 0,68 y 0,71 en validación, mostrando buena discriminación a 12 y 24 meses. Tras la calibración, las probabilidades predichas fueron consistentes con la recurrencia observada. Se estratificó en tres grupos: bajo (35%), intermedio (40%) y alto (25%) riesgo, con diferencias significativas en curvas pronósticas tipo Kaplan-Meier ($p < 0,01$). Se observaron tasas de recurrencia a 24 meses del: 18% en bajo riesgo, 42% en intermedio y 67% en alto riesgo. Las simulaciones evidenciaron que el modelo mejora la toma de decisiones frente a esquemas estándar, optimizando la planificación del seguimiento en los distintos niveles de riesgo.

Conclusiones: Un modelo basado en IA ofrece estimaciones más ajustadas que las calculadoras clásicas, reduciendo exploraciones innecesarias, priorizando recursos en alto riesgo y adaptando la vigilancia a cada paciente. Este enfoque combina precisión y aplicabilidad, evitando sobreajuste y ofreciendo soporte a la toma de decisiones clínicas. Estos resultados abren la posibilidad de integrar modelos basados en IA en herramientas digitales que faciliten un seguimiento dinámico y alineado con la medicina personalizada. Este estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo, tamaño muestral reducido y procedencia unicéntrica, lo que resalta la importancia de validar y recalibrar el modelo en series más amplias. La incorporación de nuevos casos permitirá optimizar el rendimiento del modelo y facilitar su implementación clínica mediante herramientas digitales.

Palabras clave: Cáncer vesical, BGC, inteligencia artificial.

IMPACTO ONCOLÓGICO DE LA RESECCIÓN TRANSURETRAL DE VEJIGA COMPLETA ANTES DE LA CISTECTOMÍA RADICAL EN EL CÁNCER DE VEJIGA MÚSCULO INVASOR

Zaballos Carpintero, V; Benítez Naranjo, J; Alemán Álamo, S; León Medina, P; Artiles Ortega, C; Armas Molina, J.V.

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

Objetivo

El beneficio de la resección transuretral del tumor vesical (RTUv) completa está bien establecido en el cáncer de vejiga no músculo invasor y en las estrategias de conservación vesical en el cáncer de vejiga músculo invasor. Sin embargo, en este último faltan datos que confirmen si la exéresis completa es beneficiosa antes de la cistectomía radical.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de 132 pacientes sometidos a cistectomía radical en nuestro centro entre enero de 2015 y marzo de 2023. Se incluyeron pacientes en estadio clínico (cTNM) cT2-T4aN0M0 que no recibieron quimioterapia neoadyuvante. Los pacientes se clasificaron en dos grupos: RTUv parcial (n=41) y RTUv completa (n=97).

La respuesta patológica completa a la RTUv se describió como la ausencia de evidencia tumoral en la muestra de cistectomía radical definida como pT0N0. El objetivo primario de nuestro estudio fue evaluar el impacto de la RTUv completa en la respuesta patológica. Como criterio de valoración secundario se evaluó su efecto sobre la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG).

Resultados

El estadiaje clínico mediante tomografía computerizada fue similar y comparable en ambos grupos. Tras someterse a cirugía radical, en el grupo de RTUv completa predominaban los estadios bajos (pT0-pT2: 55,2% vs 33,3%), mientras que en RTUv parcial fueron más frecuentes los estadios avanzados (pT3-pT4: 66,7% vs 44,8%) de forma significativa ($p=0,05$). Los pacientes sometidos a RTUv parcial presentaron mayor tasa de márgenes quirúrgicos positivos (40% vs 12,5%; $p=0,02$).

En cuanto a la evolución oncológica, la RTUv parcial presentó un tiempo de progresión más corto, con una mediana de 4.9 meses vs 11.2 meses con una SLP y SG menores.

Conclusiones

Existe un impacto significativo de la RTUv macroscópicamente completa con respuestas patológicas más favorables y, en consecuencia, mejores resultados oncológicos y de supervivencia a largo plazo en los pacientes con cáncer de vejiga músculo invasor sometidos a cistectomía radical independientemente de la quimioterapia neoadyuvante.

ASOCIACIÓN ENTRE INMUNOTERAPIA NEOADYUVANTE Y COMPLICACIONES ANASTOMÓTICAS URETEROILEALES EN NEOPLASIA VESICAL MÚSCULOINFILTRANTE

Jennifer Benítez Naranjo, Sergio Alemán Álamo, Paula León Medina, Carolina Artilles Ortega, Cayetano Jiménez García, José Vicente Armas Molina

Introducción: En nuestro centro, la inmunoterapia neoadyuvante constituye uno de los tratamientos del cáncer vesical músculo-invasivo (CVMI) dentro del marco de los ensayos clínicos. El objetivo de este trabajo, fue evaluar el efecto de la inmunoterapia neoadyuvante en el CVMI respecto a la tasa estenosis de la anastomosis ureteroileal en las derivaciones tipo Bricker.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en 70 pacientes con diagnóstico de CVMI e intervenidos de cistectomía radical en nuestro centro entre los años 2020 y 2023. Todas las cirugías se realizaron mediante abordaje abierto por el mismo equipo de cirujanos, utilizándose la ureteroileostomía tipo Bricker como derivación urinaria. Mediante la historia clínica se recogieron las variables etnográficas y las relacionadas con la enfermedad. Para analizar los datos, se estratificó la muestra en tres grupos según el tratamiento neoadyuvante recibido: inmunoterapia (n=17); quimioterapia (n=23) y cistectomía directa (n=30).

Resultados: Los tres grupos fueron comparables en cuanto a edad, comorbilidades y características tumorales previas a la cirugía. Durante el postoperatorio, el 35.7% de los pacientes presentó algún tipo de complicación, siendo la más frecuente infección de la herida quirúrgica, sin diferencias entre grupos. Cabe destacar que 2 de los 3 pacientes que presentaron evisceración fueron del grupo de inmunoterapia. A largo plazo, el 25.7% mostró ectasia renal leve con manejo conservador, mientras que el 21.4% presentó ectasia grave con necesidad de derivación de la vía urinaria, sin diferencias entre grupos. Al analizar los grupos según el tratamiento adyuvante recibido, se objetivó que aquellos pacientes que fueron tratados con inmunoterapia previa o posteriormente a la cirugía, tuvieron mayor tasa de ectasia renal leve (31% vs. 22%, p=0,1) y grave (24.1% vs. 19,5%, p=0,7) que los que solo fueron tratados con cistectomía o quimioterapia.

Conclusiones: Si bien en el tratamiento con inmunoterapia se han descrito procesos inflamatorios que influyen en procesos adherenciales y cicatrización, en nuestra muestra, no se ha observado un aumento significativo de la tasa de estenosis de la anastomosis ureteroileal.

SUBCLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DEL T1: HACIA UNA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO MÁS PRECISA

C. Hofmann, A. Plata Bello, L. Giunco, J. Mejías. C.M. Tomás.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias.

Introducción: Los tumores vesicales con invasión de lámina propia (T1) representan el 20% de CVNMI. Se asocian a una elevada tasa de recurrencia del 77%, y 42% de progresión, lo que sugiere que requieren de una meticulosa evaluación (Re-RTU) y tratamiento complementario. La sub-estratificación basada en la relación tumoral con la muscularis mucosae ha demostrado tener un valor pronóstico y ayudar a la toma de decisiones terapéuticas (BCG vs cistectomía precoz).

Objetivo. Evaluar el papel pronóstico de la sub estratificación en T1a-c y su potencial implicación en la toma de decisiones relacionadas con la Re-RTU y el tratamiento posterior.

Métodos y materiales. Análisis observacional retrospectivo de 131 tumores T1 intervenidos por RTU-vesical entre (2012 y agosto 2025). La sub-estratificación se llevó a cabo por 2 patólogos especialistas en uropatología. Se realiza un análisis descriptivo y una comparativa empleando la prueba de Chi cuadrado de Pearson estableciendo significación estadística si $p < 0.05$ utilizando IBM SPSS v25.0.

Resultados. La mediana de edad fue de 74 años siendo el 86.4% varones. Con respecto a la patología oncológica el 64.4% eran tumores primarios, 50% multifocales, de un tamaño variable de 3-87mm (mediana 20 mm), sólo un 7.6% tenían CIS concomitante. El 65.9%, 18.2% y 15.9% fueron clasificados como pT1a, pT1b y pT1c respectivamente. El 70.5% fueron sometidos a re-RTU siendo sólo el 32.6% positivas para tumor. La positividad se relaciona directamente con una mayor invasión tumoral (79.2% de los pT1b y 76.2% de los pT1c) ($p < 0.05$). Fueron reclasificados en la Re-RTU a tumores T2 un 3.3%, 62.5% y 16.3% de lo clasificados inicialmente como pT1a, pT1b y pT1c respectivamente. Sólo un 8% de los pT1a fue manejado finalmente con cistectomía frente a un 24-25% de los pT1b y pT1c.

Conclusiones. El grado de invasión de la lámina propia proporciona información pronóstica relevante identificando pacientes con mayor riesgo de reclasificación a T2 (T1b/T1c). Además estos últimos se relacionan con mayor riesgo de recidiva y progresión. Esto sugiere la necesidad de un manejo precoz y más intenso de los tumores T1b y T1c frente a los clasificados como T1a.

EXPERIENCIA INICIAL DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA CON BALÓN OPTILUME.

Clemente Graffigna Raquel, Jiménez Navarro Marta, Amir Nicolau Balig Fawwaz, González de Chaves Fernández Esteban, Ortega González Yanira, Monllor Méndez Almudena, Sotillo Angelo, Díaz Mesa Carlos, Jiménez García Patricia, Ledesma Reyes Javier, Monllor Gisbert Jesús, Rodríguez Talavera Jonathan.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

Introducción: La estenosis uretral se caracteriza por el estrechamiento de la luz uretral, provocando dificultad miccional a los pacientes y un impacto negativo en su calidad de vida.

Hasta el 50% de las estenosis se producen en la uretra bulbar y se estima que más del 75% son de origen iatrogénico o idiopático.

Se trata de una patología con una prevalencia y costo sanitario elevado, por lo que es crucial ofrecer opciones de tratamiento eficaces.

El tratamiento estándar de la estenosis uretral se divide en técnicas endoscópicas (dilatación uretral o uretrotomía interna) o cirugía abierta (uretroplastias o uretrotomía perineal).

Optilume ofrece un enfoque mínimamente invasivo en el tratamiento de la estenosis uretral utilizando un balón recubierto de paclitaxel que previene la generación de la cicatriz fibrótica.

Objetivo: Estimar la efectividad y seguridad de la dilatación uretral con balón Optilume en varones con estenosis de uretra.

Material y métodos: Se realizó una revisión observacional prospectiva en la que se incluyeron consecutivamente varones sometidos a dilatación uretral con balón Optilume desde enero del 2024 hasta febrero del 2025 en nuestro centro

Se realizó una CUMS para confirmar el diagnóstico de estenosis uretral y para describir las características de la misma.

Los pacientes fueron evaluados con flujometría libre al mes, a los tres meses y a los seis meses tras el tratamiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 28 pacientes con una mediana de seguimiento de 15 meses.

La mayoría de los pacientes presentaron estenosis a nivel de la uretra bulbar (85,71%) y una longitud media de la estenosis de 15.18 milímetros.

Prácticamente todos los pacientes presentaban antecedentes de cirugía previa para el tratamiento de la estenosis uretra (92.85%), siendo la técnica más frecuente la uretrotomía interna (60,71%).

El 92,86% de los pacientes presentaron una mejoría del Q_{máx} en la flujometría realizada al mes de la intervención.

El Qmax promedio mejoró de 6,12 mL/s previo a la cirugía a 14,46 mL/s al mes de la intervención, 13,44 mL/s a los 3 meses y 12,22 mL/s a los 6 meses.

Solo dos pacientes sufrieron un episodio de infección urinaria en el postoperatorio que se resolvió con tratamiento antibiótico ambulatorio.

Conclusiones: La dilatación de estenosis uretrales con balón Optilume presenta una mejoría del Qmáx en nuestra serie de 8,34 mL/s en el primer mes postoperatorio, con ningún caso de recidiva de la estenosis uretral en el periodo estudiado.

PRIMERA EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE DISPOSITIVO OPTILUME EN NUESTRO CENTRO

Victoria Maldonado Guerrero, Jennifer Benítez Naranjo, Cristian Expósito Rodríguez, Andreina Cabral Fernández, Eduardo Barroso Deyne, Alejandro Alvarado Rodríguez

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil

Introducción: El dispositivo Optilume ha sido propuesto como una alternativa mínimamente invasiva en el manejo de la estenosis uretral, con la ventaja potencial de combinar dilatación mecánica y liberación local de fármaco antiproliferativo.

Materiales y Métodos: Se presenta una serie de casos con los primeros pacientes intervenidos con el dispositivo Optilume en nuestro hospital. Se describen las características clínicas de los pacientes, la localización de la estenosis, el tiempo de seguimiento y los resultados clínicos, incluyendo necesidad de reintervención y el tiempo hasta indicación de nueva cirugía.

Resultados: Los resultados globales han sido heterogéneos. Un 60% de nuestros pacientes alcanzaron un QMax superior a 15 a los 6 meses, lo que indica efectividad de este tratamiento. Sin embargo, 6 de nuestros pacientes presentaron recidiva de la estenosis uretral, lo que supuso necesidad de reintervención en la mayoría de estos casos; con una mediana de 8 meses en el tiempo de indicación de esta reintervención. Las complicaciones tras la intervención fueron muy escasas y de baja relevancia clínica.

Conclusión: El uso del dispositivo Optilume en nuestro centro ha mostrado una efectividad inicial aceptable, con una mejoría significativa del QMax en la mayoría de los pacientes. Sin embargo, la tasa de recidiva observada, que implicó la necesidad de reintervención en un número considerable de casos, limita su impacto clínico a medio plazo. Aunque el perfil de seguridad ha sido favorable, nuestros resultados reflejan un beneficio global moderado y la necesidad de mayor seguimiento y de estudios adicionales que definan con precisión su papel en el manejo de la estenosis uretral.

DORNIER S II VS DORNIER DELTA III PRO: COMPARACIÓN CLÍNICA DE DOS PLATAFORMAS DE LITOTRICIA EXTRACORPÓREA

Sanabria Cordero, Claudia, Sánchez Pérez, Miriam; García Pérez, Jéscica; Guedes Oliva, Paolo; Hernández Alemán, Ligia; Kim Lee, David.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Introducción: La urolitiasis ha incrementado su prevalencia en países desarrollados, alcanzando hasta un 14,6% en España. La litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) es una alternativa no invasiva y eficaz, que ha desplazado en gran medida a la cirugía abierta y forma parte, junto con la ureteroscopia y la nefrolitotomía percutánea, de las opciones de primera línea en el manejo de litiasis renales y ureterales.

Objetivos: Comparar la tasa de éxito clínico y radiológico de la LEOC utilizando los litotriptores Dornier S II y Dornier Delta III Pro. Como objetivos secundarios, se analizaron las tasas de complicaciones, los perfiles de litiasis y paciente asociados al éxito, los parámetros técnicos de las sesiones, las tasas de abandono y la necesidad de retratamiento.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes tratados con el litotriptor Dornier S II con el Dornier Delta III Pro en nuestro centro. Se recogieron datos clínicos (demográficos, antecedentes personales), características de la litiasis, parámetros de la sesión de litotricia, complicaciones y seguimiento. Los análisis se realizaron con el software Jamovi.

Resultados: Se incluyeron 248 pacientes sometidos a LEOC divididos en dos grupos, según el litotriptor empleado. Las características basales de ambos grupos se resumen en la tabla 1.

La tasa de éxito global fue comparable entre ambas máquinas, siendo del 71,8% en la cohorte Delta III Pro y del 71% en la cohorte S II (tablas 2 y 3). No se hallaron diferencias significativas en los parámetros empleados para la fragmentación en ambas máquinas: energía total ($p = 0,520$), número de ondas ($p = 0,213$) e intensidad máxima ($p = 0,324$). La tasa global de éxito no se vio influenciada por ninguna de las variables analizadas dependientes de la máquina.

El análisis de la cohorte global muestra que los pacientes más jóvenes, el uso de tamsulosina, así como las litiasis proximales y las litiasis del menor tamaño (≤ 10 mm) se asociaron con un mayor éxito terapéutico.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones registradas.

Conclusiones: El litotriptor Dornier Delta III Pro mantiene una eficacia y seguridad equivalentes al modelo Dornier S II, sin incrementar complicaciones ni abandonos en el tratamiento. Características relacionadas con la litiasis a tratar, así como factores clínicos, continúan siendo determinantes en los resultados de la LEOC. Estos hallazgos subrayan la importancia de una selección individualizada de la técnica y un enfoque optimizado en el manejo perioperatorio.

Tabla 1. Características basales de ambas cohortes.

| VARIABLE | DORNIER S II (N = 124) | DORNIER DELTA III PRO (N = 124) | p valor |
|---|------------------------|---------------------------------|---------|
| Edad (mediana, rango) | 56 (18-84) | 58 (16-82) | p=0,678 |
| Sexo masculino, n (%) | 69 (55,65%) | 73 (58,9%) | p=0,53 |
| Tamaño litiasis (mm, mediana [p25-p75]) | 12 (9-16) | 11 [8-14] | p=0,096 |
| Catéter doble J previo, n (%) | - | 22,8% | - |
| Tratamiento médico previo, n (%) | - | 21,8% | - |
| LEOC previa (%) | 16,4% | 17,7% | p=0,233 |

*Nota: Las variables "catéter doble J" y "tratamiento médico previo" no estaban disponibles en la cohorte retrospectiva (Dornier S II), por lo que no se calculó p valor.

Tabla 2. Resultados del éxito de la LEOC con Dornier Delta III Pro.

| Éxito | Frecuencias | Porcentaje del Total (%) | Porcentaje Acumulado (%) |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Radiológico ¹ | 62 | 50,0% | 50,0% |
| Clínico ² | 27 | 21,8% | 71,8% |
| Fracaso ³ | 35 | 28,2% | 100,0% |

Tabla 3. Resultados del éxito de la LEOC con Dornier S II.

| Éxito | Frecuencias | Porcentaje del Total (%) | Porcentaje Acumulado (%) |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Radiológico ¹ | 59 | 47,6% | 47,6% |
| Clínico ² | 29 | 23,4% | 71% |
| Fracaso ³ | 36 | 29% | 100% |

1: se define como éxito radiológico fragmentos ≤ 4 mm.

2: se define como éxito clínico fragmentos > 4 mm, pero mejoría sintomática respecto a la clínica previa.

3: se define como fracaso fragmentos > 4 mm y persistencia de clínica.



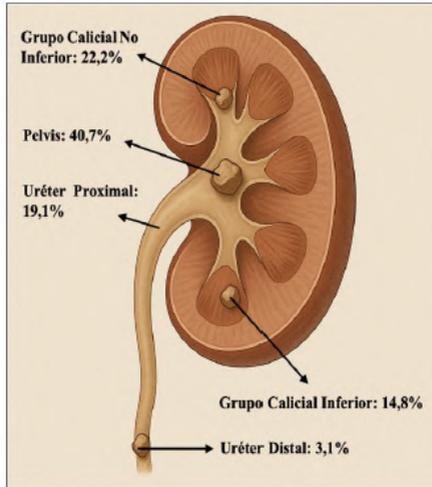


Figura 1. Frecuencias de litiasis por localización en el grupo Dornier Delta III Pro.

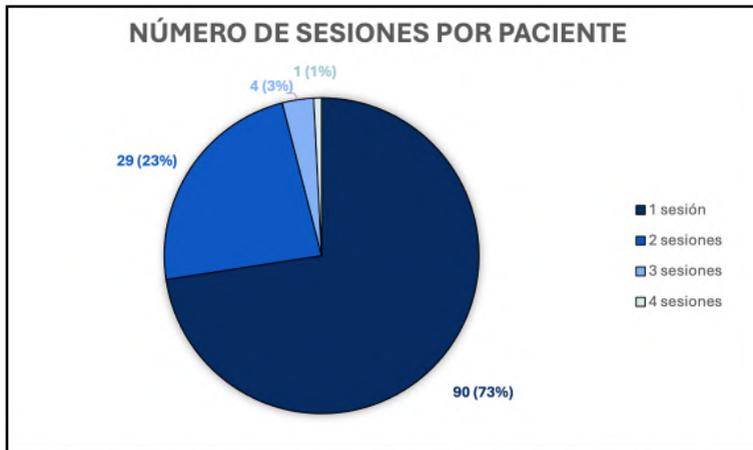


Figura 2. Distribución del número de sesiones por paciente, expresada en frecuencias absolutas y relativas, en el grupo Dornier Delta III Pro.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LAS LITIASIS DE ALTO VOLUMEN EN EL CHUIMI

de la Guardia García A.; De Lorenzo-Cáceres Morales E.; Benítez Naranjo J. Navarro Medina P.; Sánchez Bordón S. M.; Suárez Hernández S.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

OBJETIVO: Analizar los resultados clínicos del tratamiento quirúrgico de la patología litiasica renal de alto volumen (>20 mm) en nuestro centro, mediante abordaje endoscópico retrógrado (RIRS), percutáneo (NLPC) o combinado (ECIRS).

MATERIAL Y MÉTODOS: Utilizamos un modelo analítico y de corte transversal para recoger datos de los pacientes intervenidos por litiasis renal mediante RIRS, NLPC y ECIRS con cálculos renales mayores de 20 mm de diámetro por imagen radiológica entre enero de 2022 y junio de 2025 en el CHUIMI. Un total de 70 pacientes fueron incluidos en el estudio tras aplicar los criterios de exclusión establecidos.

Respecto a las variables recogidas, se tuvieron en cuenta factores demográficos, antecedentes clínicos del paciente, características de la litiasis, instrumental empleado, intervención quirúrgica y resultados postoperatorios.

RESULTADOS: Tras el análisis de las variables destacamos: un tamaño promedio de 24.2 mm (+/-6.46) para las RIRS, 35.2 mm (+/-16.2) en el caso de la NLPC y 51.1 mm (+/- 21.2) en el grupo de ECIRS. Una anemización promedia de 3.1 mg/dl en la NLPC.

Las RIRS en nuestro centro se realizan en régimen ambulatorio (CMA), mientras que el promedio de ingreso fue de 3.47 días para las NLPC y 4.73 en las ECIRS. No se documentó ninguna incidencia o complicación en las RIRS recogidas, mientras que en los grupos NLPC y ECIRS se obtuvo una tasa de complicaciones del 11.76% y 54.55% respectivamente. En cuanto a resultados quirúrgicos. Considerando como "Stone free" aquellas intervenciones en las que quedaron remanentes fragmentos litiasicos menores a 3 mm, la tasa de éxito fue del 68% en las RIRS, 79.4% en NLPC y 27.3% en las ECIRS. Asimismo, las litiasis coraliformes, las cuales representan un 35.71% de la muestra, fueron clasificadas según su complejidad atendiendo al número de astas que presentaban, siendo este menor o bien mayor o igual a dos, el 44% (11) y 56% (14) de las mismas respectivamente. Mencionar que hasta un 64.28% de las litiasis coraliformes de alta complejidad fueron abordadas mediante NLPC.

CONCLUSIONES: Pese a que las Guías Clínicas Europeas (AEU) proponen como primera opción de abordaje quirúrgico en cálculos renales superiores a 20 mm la cirugía percutánea, la miniaturización del instrumental endourológico, sumado a la actual tendencia por la práctica mínimamente invasiva y el desarrollo de equipos de litotricia intracorpórea de alta potencia, permiten plantear al paciente otras alternativas como el acceso retrógrado (RIRS) o en algunos casos combinar ambos accesos (ECIRS). Atendiendo al perfil de seguridad del abordaje retrógrado, la alta tasa de éxito favorable demostrada tanto en la bibliografía consultada como en este estudio, y su menor impacto económico al tratarse de un procedimiento ambulatorio, se debería considerar la RIRS en el abordaje de litiasis de alto volumen.

IMPACTO DEL UROMUNE EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN. RESULTADOS DE UNA COHORTE DEL HUGCDN.

Bordón Méndez, Marta; Kim Lee, David; Guedes Oliva, Paolo; Sanabria Cordero, Claudia; Hernández Alemán, Ligia; Fernández Morales, María.

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Introducción

Las infecciones urinarias de repetición constituyen uno de los principales motivos de consulta en Urología, generando una elevada carga asistencial y un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. En este contexto Uromune® se plantea como alternativa para reducir costes, recurrencias, antibióticos y positividad microbiológica.

Objetivos

Analizar la efectividad del tratamiento con Uromune®, así como detectar factores de riesgo asociados al fracaso terapéutico.

Material y métodos

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes tratados con Uromune® en el HUGCDN entre los años 2019 y 2025. Se analizaron variables demográficas, antecedentes personales, datos microbiológicos, tratamientos administrados y satisfacción de los pacientes. El análisis estadístico se realizó con Phytón 3.10.

Resultados

Se incluyeron 65 pacientes con una edad media de 67 años, de los cuales el 89,2 % eran mujeres. El 23 % de los pacientes presentaba cirugías urológicas previas y el 9% tenían algún tipo de disfunción vesical. El resto de las características de la muestra están recogidas en la tabla 1.

En la figura 1 se muestran los microorganismos más frecuentemente empleados en la elaboración de Uromune®, destacando el *Escherichia coli* (32.9%). El tratamiento con ácido hialurónico fue la terapia asociada más utilizada (9,2 %). El resto de los tratamientos asociados se recogen en la figura 2.

El tratamiento con Uromune redujo en un 72 % el número de infecciones tras un año de seguimiento, así como el empleo de antibióticos (de 4 a 1-2 prescripciones antibióticas al año).

Además, el 80 % de los pacientes refirió una mejoría subjetiva en su calidad de vida. La incontinencia, la disfunción de la vejiga y la litiasis se asociaron con peores resultados, aunque no de forma significativa.

Conclusiones

En esta cohorte, Uromune® se asoció con una reducción sustancial de ITUs/año y de la exposición antibiótica, con mejoría clínica percibida en la mayoría de los pacientes. Los predictores de mala respuesta sugieren el papel de factores urológicos como incontinencia o litiasis, requiriéndose confirmación en estudios multivariantes y prospectivos

Tabla 1: Características de la muestra

| Variable | Resultado |
|--------------------------------|-------------|
| Número de pacientes | 65 |
| Edad (media ± DE) | 67,5 ± 16,0 |
| Sexo femenino (%) | 89,2% |
| Diabetes (DM) | 18,5% |
| Incontinencia | 50,0% |
| Disfunción miccional | 9,2% |
| Litiasis | 16,9% |
| Malformaciones tracto urinario | 6,2% |
| Menopausia | 80,0% |
| Cirugías urológicas previas | 23,1% |

Figura 1: Microorganismos más frecuentemente empleados en la elaboración de Uromune®.

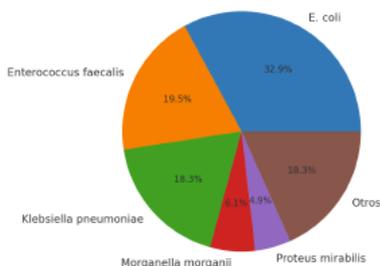


Figura 2: Distribución de otros tratamientos registrados junto a Uromune®.



IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CON CABESTRILLO SUBURETRAL DE INCISIÓN ÚNICA TIPO ALTIS

Zaballos Carpintero, V; Alemán Álamo, S; Barroso Deyne, E; Cabrál Fernández, A; León Medina, P; Armas Molina, J.V.

Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil

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 176 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 abril de 2025. 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 (48); sobrepeso (60) y obesidad (68).

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 (14.75-18) en obesidad, sin diferencias significativas (p. 0.827). Al año de la cirugía, el 95,45% de la muestra había disminuido el número de absorbentes, estando el 79,54% totalmente continentes (absorbentes/día= 0): normopeso: 89,6%; sobrepeso: 86,7%; obesidad: 66,2%, p 0.0263. Subjetivamente, el 93,2% de las pacientes había mejorado con la cirugía (PGI-I de 1-3): normopeso: 95,8%; sobrepeso: 93,3%; obesidad: 91,2%, p 0.039.

Conclusiones: A pesar de que el IMC de la paciente influye negativamente en los resultados objetivos y subjetivos de la cirugía de las bandas suburetrales de incisión única tipo Altis®, 6 de cada 10 pacientes con obesidad se quedan totalmente continentes al año de la cirugía, lo que justifica la intervención en este grupo de pacientes.

INFILTRACIÓN DEL NERVIIO PUDENDO EN EL MANEJO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO: EXPERIENCIA PRELIMINAR DE UNA SERIE MULTIDISCIPLINAR

Noya-Mourullo, A.; Maldonado Saluzzi, D.J.; Cutanda Puigvert, R.; Gil Bolaños, A.; Juárez del Dago Anaya, P.

Introducción:

La neuralgia del pudendo y el dolor pélvico crónico asociado representan un desafío diagnóstico y terapéutico. La infiltración del nervio pudendo se ha utilizado como herramienta diagnóstica y terapéutica, aunque la evidencia clínica es limitada.

Material y métodos:

Se realizó un análisis retrospectivo de la base de datos institucional de pacientes sometidos a infiltración del nervio pudendo entre 2019 y 2025. Se recogieron variables demográficas, antecedentes, características clínicas, técnica utilizada, número de infiltraciones y evolución clínica. El objetivo principal fue describir la seguridad y la respuesta clínica tras los bloqueos.

Resultados:

Se incluyeron 13 pacientes (7 hombres, 6 mujeres; edad media 49 años, rango 31–78). La indicación principal fue dolor pélvico crónico con sintomatología urinaria, defecatoria y/o sexual asociada. El número medio de bloqueos realizados fue 1 (rango 1–10). La mayoría de pacientes refirió mejoría inicial tras la infiltración, si bien la recidiva sintomática fue frecuente en las semanas posteriores. No se registraron complicaciones mayores, observándose únicamente efectos secundarios menores y transitorios.

Conclusiones:

En nuestra experiencia, las infiltraciones del nervio pudendo constituyen un procedimiento seguro, factible y de utilidad diagnóstica, con una respuesta clínica inicial favorable pero habitualmente transitoria. Son necesarios estudios prospectivos con mayor número de pacientes y seguimiento más prolongado para definir el papel real de esta técnica en el manejo del dolor pélvico crónico.

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA EN INJERTO RENAL: ¿SALVAR LA VIDA O SALVAR LA VIDA Y EL INJERTO?

Mejías González, J, Giunco, L, Hofmann, C, Plata Bello, A, García Álvarez, C, Concepción Masip, T.
Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

Introducción: La pielonefritis enfisematosa (PNE) es una infección necrosante con una elevada mortalidad asociada caracterizada por la presencia de gas en el parénquima renal, sistema colector y/o tejidos perirrenales. En injertos renales su incidencia es extremadamente baja pero potencialmente letal, siendo un reto diagnóstico y terapéutico por la inmunosupresión y las alteraciones anatómicas propias del injerto. El objetivo es describir un caso clínico real de PNE en un injerto renal funcional e integrar sus hallazgos con una revisión sistemática de la literatura, analizando las formas de presentación, factores de riesgo, clasificaciones, manejo terapéutico y pronóstico de la PNE en pacientes trasplantados renales.

Metodología: Se presenta el caso de una paciente trasplantada renal que desarrolló PNE, detallando su evolución clínica, resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas. Paralelamente, se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, *Scopus* y *Embase* (hasta abril de 2025) siguiendo la guía PRISMA 2020. Se incluyeron estudios que reportaran PNE en receptores de trasplante renal. Se extrajeron variables demográficas, comorbilidades, manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos, tratamiento instaurado y desenlaces.

Resultados: El caso clínico descrito hace referencia a una PNE en injerto renal 15 años después de su trasplante renal. Presentaba como factores de riesgo ITUS recurrentes y DM. Se presentó en forma de shock séptico y deterioro agudo de la función del injerto. Gracias al diagnóstico radiológico temprano (ecografía y TAC) y al manejo conservador multidisciplinar intensivo (antibióticos de amplio espectro y drenaje percutáneo), se logró la recuperación clínica y la preservación de la función del injerto. En la revisión sistemática, que incluyeron 50 publicaciones con 37 casos. La edad media fue de unos 51.5 años, siendo el 75.5% diabéticos. Los patógenos más comunes fueron *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. El 59.4% se clasificaron como tipo 3 según la clasificación de Huang. El 64.9% de los pacientes precisaron nefrectomía del injerto. Sólo el 18.9% fue manejado con drenaje percutáneo más antibióticos y un 16.2% sólo con tratamiento antibiótico. La mortalidad global reportada fue del 24.3%. Sólo el 27% de los pacientes que vivieron conservaron el injerto.

Conclusiones: La PNE en el trasplante renal es una entidad devastadora que exige un alto índice de sospecha clínica y una confirmación radiológica urgente. La DM, las ITUS recurrentes y la inmunosupresión son factores predisponentes. Un manejo multidisciplinario e individualizado es crucial. En casos seleccionados, un abordaje conservador agresivo puede llevar a la curación y preservación del injerto. No obstante, en formas extensas o con inestabilidad clínica, la nefrectomía temprana del injerto sigue siendo la única alternativa de garantizar la supervivencia del paciente.

TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO ASISTIDO POR ROBOT DA VINCI: PRIMER CASO EN CANARIAS

Lorenzo Giunco, Tomás Concepción Masip, Ana Cristina Plata Bello, Catalina Hofmann, Juan Francisco Mejías González, Mireia Musquera Felip, Antonio Alcaraz Asensio

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias / Hospital Clinic de Barcelona

OBJETIVOS. El trasplante renal de donante vivo se considera el mejor tratamiento para la enfermedad renal crónica avanzada, ya que permite una supervivencia del injerto significativamente más elevada en comparación con el trasplante de donante cadáver. En 2009 se realizó en Chicago el primer trasplante renal laparoscópico asistido por robot. Actualmente, varios centros han desarrollado esta técnica, demostrando una reducción de las complicaciones postoperatorias y garantizando resultados funcionales comparables a la vía abierta. Presentamos la primera experiencia en Canarias de trasplante renal de donante vivo asistido por robot Da Vinci.

MATERIAL Y MÉTODO. Un varón de 52 años, con enfermedad renal crónica avanzada, fue evaluado en las consultas externas de Urología y Nefrología del CHUC para someterse a trasplante renal. Se decidió el implante en la fosa ilíaca derecha de un riñón izquierdo con anatomía simple, procedente de su hermano varón de 47 años, ABO compatible. El abordaje fue laparoscópico, asistido por robot Da Vinci. En quirófanos contiguos, de forma simultánea, se realizó la nefrectomía del donante vivo y se preparó al receptor. Este fue colocado en decúbito supino y, mediante acceso transperitoneal laparoscópico asistido por robot, se procedió a la disección de los vasos ilíacos externos derechos para el implante. La extracción se llevó a cabo por vía transperitoneal laparoscópica. Se seccionó la arteria renal en su origen aórtico y la vena renal en su entrada a la vena cava, mediante dos cargas de 45 mm de endograpadora vascular. Tras completar la extracción, se realizó la cirugía de banco y la perfusión, para luego introducir el injerto en la cavidad peritoneal del receptor. Se efectuaron las anastomosis venosa y arterial con sutura de PTFE 6/0, tras clampaje con Bulldog. Una vez asegurada la estanqueidad de las suturas, se restableció el flujo al injerto mediante desclampaje de los vasos renales. Se revisó la hemostasia del injerto y se comprobó la presencia de flujo sanguíneo mediante ecografía laparoscópica. La anastomosis ureterovesical se realizó según la técnica de Lich-Gregoir.

RESULTADOS. La evolución postquirúrgica del receptor fue óptima, con buen aspecto y buen riego del injerto al desclampaje, y con diuresis inmediata. El paciente se traslada a planta de hospitalización tras menos de 24 horas de la intervención quirúrgica. Receptor y donante reciben el alta a domicilio en el octavo y en el quinto día postoperatorio, respectivamente. A los seis meses de la intervención quirúrgica, el receptor y el donante no han sufrido complicaciones.

CONCLUSIONES. Nuestra experiencia demuestra que el trasplante renal de donante vivo asistido por robot es una intervención factible en un centro de tercer nivel y alto volumen en trasplante renal. La menor manipulación tisular, junto con la mayor precisión de la cirugía robótica, permite una recuperación más rápida del receptor y reduce la incidencia de complicaciones postquirúrgicas. Esta técnica representa una alternativa menos invasiva para el implante en el trasplante renal de donante vivo, si bien requiere un alto nivel de preparación en cirugía robótica y trasplante renal.

PLASTIA ROBÓTICA DE CUELLO VESICAL CON FLUORESCENCIA MEDIANTE VERDE DE INDOCIANINA (ICG): NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE DE UN CASO COMPLEJO (VÍDEO)

Expósito Rodríguez, Cristian, Barroso Deyine, Eduardo; Cabral Fernández, Andreina Virginia; Alvarado Rodríguez, Alejandro; León Medina, Paula; Armas Molina, José Vicente.
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil.

INTRODUCCIÓN: La estenosis recidivante del cuello vesical tras cirugía prostática constituye un reto terapéutico con alta morbilidad. La cirugía asistida por robot, combinada con fluorescencia mediante verde de indocianina (ICG), permite optimizar la exposición anatómica y valorar la perfusión tisular en reconstrucciones complejas.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia en una plastia robótica del cuello vesical con fluorescencia ICG en un paciente con esclerosis recidivante y fibrosis severa.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 71 años con antecedentes de enucleación prostática (16/10/2023) y RTU prostática con cervicotomía por persistencia de adenómeros y esclerosis del cuello vesical (11/03/2024), ambas intervenciones realizadas en un centro privado. Posteriormente, el paciente inició seguimiento en nuestro centro por clínica de prostatitis de repetición, dolor perineal y sensación de vaciado incompleto. Colocación de sonda de cistostomía suprapúbica el 13/06/2024 por retención aguda de orina e imposibilidad de derivación vía uretral. Las pruebas complementarias confirmaron una estenosis crítica recidivante del cuello vesical (la CUMS evidenció estenosis obliterativa del cuello vesical, con ausencia total de paso de contraste tanto retrógrado como anterógrado). Ante la complejidad del caso y la fibrosis severa, se propuso realizar una plastia robótica del cuello vesical con fluorescencia mediante verde de indocianina (ICG), cuya técnica se describe de manera detallada en la presentación del video.

RESULTADOS: El postoperatorio inmediato cursó sin incidencias, con adecuada recuperación funcional inicial. En la primera revisión, a los dos meses, la cistoscopia mostró paso libre de un cistoscopio flexible de 16 Ch a través del cuello vesical. Evolutivamente, el paciente presentó micción espontánea adecuada, desaparición del dolor perineal y mejoría significativa de la sensación de vaciado. A los seis meses, el control mediante flujometría mostró parámetros satisfactorios (Q_{máx} 11 ml/s, volumen 208 ml, residuo negativo), y el paciente refirió encontrarse asintomático con buena dinámica miccional en comparación con la situación previa a la cirugía. Sin embargo, la cistoscopia reveló una disminución del calibre del cuello vesical respecto a la revisión anterior, impidiendo el paso del cistoscopio flexible de 16 Ch, aunque permitiendo el de 12 Ch. Ante estos hallazgos, se mantiene una actitud expectante, considerando el punto de partida del paciente, la mejoría clínica conseguida y la intención de retrasar procedimientos invasivos adicionales mientras la evolución sea favorable.

CONCLUSIONES: La plastia robótica del cuello vesical con asistencia mediante verde de indocianina (ICG) es una opción factible que puede aportar ventajas en escenarios reconstructivos complejos. En este caso, se logró una mejoría clínica significativa y parámetros funcionales aceptables, por lo que actualmente se mantiene una estrategia de observación evolutiva. Consideramos importante difundir experiencias como esta para optimizar la toma de decisiones individualizada y fomentar la investigación en técnicas reconstructivas avanzadas.

Palabras clave: Plastia robótica. Estenosis de cuello vesical. Fluorescencia con verde de indocianina (ICG).

COLABORAN



MARCIAL FERNANDEZ BETANCORT, S.L.
Suministros y Servicios Hospitalarios



ORGANIZA:



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

