

P R O G R A M A

# 31 CONGRESO SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA



01 al 03 de octubre 2026

**Hotel Bancal - La Gomera**

Colabora



**Cabildo Insular  
de la Gomera**



Actividad no reglada sin carácter oficial. Acreditada por la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias con nº de expediente 05-1215-47A con 1,2 créditos.

Los créditos de esta actividad formativa no son aplicables a los profesionales que participen en la misma, y que estén formándose como especialistas en Ciencias de la Salud.



Evento libre de  
humo de tabaco

Con el reconocimiento de Interés Sanitario de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias (RIS 1195)

# 31 CONGRESO SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA

01 al 03  
octubre 2026

Hotel Bancal  
La Gomera



## 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 Y CIENTÍFICO

Dr. Jesús Monllor Gisbert. HUNSC

Dr. José Esteban González de Chaves Fernández. HUNSC

Dra. Cristina Gómez de Segura Melcón. HUNSC

Dr. Manuel Felipe Ravina Pisaca. HUNSC

Dr. Sergio Fumero Arteaga. HUNSC

# 31 CONGRESO SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA

## INFORMACIÓN GENERAL

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| Junta Directiva SCU             | 3 |
| Comité Organizador y Científico | 3 |

## PROGRAMA

|                       |   |
|-----------------------|---|
| Jueves 01 de octubre  | 6 |
| Viernes 02 de octubre | 7 |
| Sábado 03 de octubre  | 9 |

## COMUNICACIONES

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Índice de títulos de comunicaciones       | 10 |
| Resúmenes de comunicaciones               | 16 |
| Sesión 1 · Oncología Urológica            | 18 |
| Sesión 2 · Hiperplasia Prostática Benigna | 39 |
| Sesión 3 · Miscelánea                     | 44 |

## OTROS

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| Notas                          | 58 |
| Información útil               | 62 |
| Sede, SCU y Secretaría Técnica |    |

## JUEVES 01 OCTUBRE 2026

15:30-19:00 RECEPCIÓN Y ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN

16:30-18:45 MESA: RESIDENTES EN UROLOGÍA – CASOS CLÍNICOS “PASAPALABRA”

Copa UROCAN 2ª Ed. (litiasis, urología funcional, uro-oncología, andrología, trasplante renal)

18:45-19:00 Nueva herramienta para el tratamiento en Endo litiasis y HBP. Láser Vega de Jena Surgical.

José Feito, Jefe de producto de Palex Healthcare

19:00-19:30 Coffee Break

19:30-20:00 PRESENTACIÓN Y APERTURA DEL CONGRESO REGIONAL DE UROLOGÍA 2026

- Excmo. Sr. D. Casimiro Curbelo. *Presidente del Cabildo Insular de La Gomera*
- Dr. Jesús Monllor Gisbert. *Presidente de la Sociedad Canaria de Urología*
- Dr. Omar Bilal Halawa González. *Secretario de la Sociedad Canaria de Urología*

20:00-20:45 CONFERENCIA INAUGURAL

- Excmo. Sr. D. Jaime Serrano-Jover. *Fiscal Superior de Canarias*

21:00 Cóctel de Bienvenida

## VIERNES 02 OCTUBRE 2026

08:30-10:30

### MESA URO-ONCOLOGÍA:

08:30-10:00

#### Parte 1: Sesión basada en casos clínicos

**Moderan:** Dra. Cristina Gómez de Segura, *Coordinadora de Urooncología del HUNSC*; Dra. Almudena Carrión Valencia. *HUNSC*

**Caso 1:** **Cáncer localizado de próstata, riñón y vejiga. Más allá de la curación: Binomio onco-funcional como nuevo estándar de éxito**

**Caso 2:** **Tumor de urotelio. Manejo integral: Updates and risk adapted treatment.**

**Caso 3:** **Cáncer Urológico avanzado. The T.O.P. model treatment**

#### Participantes:

**HUNSC:** Dr. Adrián Amador Robayna, Dra. Lorena García García, Dra. Lara Torres y Dra. Miriam Vera Dumpierrez

**HUC:** Dr. Carlos García Álvarez

**HUGCDN:** Dra. Lucía Moreno Guerra y Dr. Paolo Guedes

**H SAN ROQUE:** Dr. Pablo Juárez del Dago

10:00-10:30

#### Parte 2:

**Modera:** Dra. Cathaysa Fumero Gorrín. *H. Lanzarote*

#### Gestión de casos en Uro-Onco: Análisis de resultados

Dña. Lorena Belén Mora Santos, *DUE HUNSC*

#### Telecirugía Telementoring

Dr. Pablo Juárez del Dago, *H. San Roque*

10:30-11:00

### Coffee Break

11:00-13:00

### MESA UROLOGÍA RECONSTRUCTIVA Y ANDROLOGÍA

**Modera:** Dr. José Esteban González de Chaves Fernández. *HUNSC*

#### 1- Papel de los colgajos e injertos en cirugía reconstructiva

Dr. Yassin Karaman. *Cirugía Plástica. HUNSC*

Dr. Balig Fawwaz Amir Nicolau. *HUNSC*

#### 2- Manejo postoperatorio de injertos y colgajos

Mary Luz Abreu Pérez. *DUE en Urología*

**3- Pene enterrado y micropene: evaluación clínica y estrategias de manejo**

Dr. Javier Alemán Pérez. *HUGCDN*

**4- Complicaciones y retos técnicos en la cirugía de prótesis de pene**

Dr. Cristian Expósito Rodríguez. *CHUIMI*

13:00-13:30

**HISTORIA DE LA UROLOGÍA CANARIA**

Dr. Nicolás Chesa Ponce. *Urólogo*

13:30-15:00

**Almuerzo**

15:00-17:00

**MESA UROLOGÍA FUNCIONAL**

**Moderan:** Dr. Manuel Felipe Ravina Pisaca. *HUNSC*; Dr. Luis Resel Folkersma. *MD Anderson Cancer Center Madrid*

**1- Microbioma e implicaciones terapéuticas en ITU recurrentes**

Dr. Jonathan Rodríguez Talavera. *HUNSC*

Dr. Eduardo Barroso Deyne. *CHUIMI*

**2- Evidencia científica en el tratamiento con alfa bloqueantes en las mujeres con disfunción de vaciado**

Dr. Carlos Andrés Müller Arteaga. *Hospital Álvaro Cunqueiro de Vigo*

**3- Valora pronóstico de la vejiga hiperactiva en pacientes con obstrucción del tracto urinario inferior**

Dr. José Alberto Hernández Medina. *HUGCDN*

**4- Curva de aprendizaje y complicaciones postoperatorias de la cirugía HoLEP**

Dr. Omar Bilal Halawa González. *HUNSC*

Dr. Guillermo Conde Santos. *Hospital Quirón*

17:00-17:30

**Coffee Break**

17:30-19:30

**MESA DE URO-LITIASIS**

**Modera:** Dr. Sergio Fumero Arteaga. *HUNSC*

**1- Litiasis urinaria en el embarazo**

Dr. Samuel Suárez Hernández. *CHUIMI*

**2- Docencia y formación en Endourología**

Dr. David Kim Lee. *HUGCDN*

**3- Best of Stones. Novedades 2025-2026**

Dra. Begoña Ballesta Martínez. *HU del Vinalopó*

**4- Posiciones del paciente e indicaciones en NLP. Por fin, la respuesta definitiva.**

Dr. Antonio Servera Ruiz de Velasco. *Hospital Manacor*

**5- Discusión y controversias:**

Varios participantes de las Unidades de Litiasis

20:00

**Cena de trabajo**

## SÁBADO 03 OCTUBRE 2026

08:30-13:30

**COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERES**

**Modera:** Dr. Jonathan Rodríguez Talavera. *HUNSC*

08:30-10:20

**SESIÓN 1: ONCOLOGÍA UROLÓGICA**

10:20-11:00

**SESIÓN 2: HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA**

11:00-11:30

**Coffee Break**

11:30-13:30

**SESIÓN 3: MISCELÁNEA**

13:30-14:00

**Almuerzo**

16:30-17:30

**SESIÓN DE PÓSTERS**

17:30-19:00

**ASAMBLEA GENERAL DE LA SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA**

20:15

**Cena**

# ÍNDICE DE TÍTULOS DE COMUNICACIONES ORALES, PÓSTER Y VÍDEO



**CO-** Comunicación Oral

**CP-** Comunicación Póster

**CV-** Comunicación Vídeo

**SESIÓN 1**

**ONCOLOGÍA UROLÓGICA**

**08:30 - 10:20**

**CP-01**

**PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL UPGRADING DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN PROGRAMA DE VIGILANCIA ACTIVA**

**Guadalupe Santana, Víctor; Sanabria Cordero, Claudia; Guedes Oliva, Paolo; Espino Espino, Rubén; Jiménez Marrero, Pablo; Marrero Domínguez, Reinaldo H.**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**CP-02**

**VALOR PRONÓSTICO DE LA RESPUESTA BIOQUÍMICA PRECOZ DE PSA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO SOBRE LA PROGRESIÓN A CPRC Y LA SUPERVIVENCIA GLOBAL ESTADIFICADO MEDIANTE PET/TC**

**Hernández Alemán, Ligia; Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Marrero Domínguez, Reinaldo; Kim Lee, David; Fernández Morales, María; Bordón Méndez, Marta; Ribera Díaz, Diego; Guadalupe Santana, Víctor**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**CO-03**

**IMPACTO PRONÓSTICO DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN DE NUEVA GENERACIÓN EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO: ¿MANTIENE SU VALOR LA CLASIFICACIÓN DE CHARTED EN LA ERA DEL PET/TC?**

**Hernández Alemán, Ligia; Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Marrero Domínguez, Reinaldo; Kim Lee, David; Fernández Morales, María; Bordón Méndez, Marta; Ribera Díaz, Diego; Guadalupe Santana, Víctor**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**CP-04**

**IMPACTO DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO EN LA RECUPERACIÓN DE LA CONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: RETZIUS-SPARING FRENTE AL ABORDAJE ANTERIOR**

**Díaz Mesa C., Monllor Gisbert J., Ortega Y., Gómez de Segura C., Carrión Valencia A., Amador Robayna A, García García L., Torres León L., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Ledesma Reyes J., Siotis H., Rodríguez Talavera J.**

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**CV-05** PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DEL ESPACIO DE RETZIUS

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

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**CP-06** RENTABILIDAD CLÍNICA DE LA ReRTU VESICAL EN EL TUMOR VESICAL NO MÚSCULO-INVASIVO: ENFERMEDAD RESIDUAL, REESTADIFICACIÓN Y CAMBIO TERAPÉUTICO

Ribera Díaz, D.; Guedes Oliva, P.; Sanabria Cordero, C.; Hernández Alemán, L.; Fernández Morales, M.; Bordón Méndez, M.; Kim Lee, D.; Jiménez Marrero, P.; Marrero Domínguez, R.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**CP-07** IMPACTO PRONÓSTICO DEL NLR Y PLR PREOPERATORIOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL MÚSCULO INVASIVO SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL

Bordón Méndez, Marta; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Kim Lee, David; Benítez Naranjo, Jennifer; Guedes Oliva, Paolo

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**CO-08** PRÁCTICA CLÍNICA Y MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL

Clara Armas Moreno, Max Mòdol Vidal, Saray Ojeda Jorge, Pedro Raúl Castellano Santana, Manuel Luque González

Rethink Medical SL

**CP-09** PATRONES DE DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS Y VARIABLES ASOCIADAS EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL METASTÁSICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO BICÉNTRICO

Guadalupe Santana, Víctor; Jiménez Marrero, Pablo; Guedes Oliva, Paolo; Moreno Guerra, Lucía; Ribera Díaz, Diego; Marrero Domínguez, Reinaldo

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**CO-10** **NEFROMETRÍA RENAL CON MODELOS DE LENGUAJE MULTIMODALES: PRECISIÓN FRENTE A REFERENCIA GEOMÉTRICA Y COMPARACIÓN CON URÓLOGOS DE DISTINTA EXPERIENCIA**

Ledesma Reyes J, Carrión Valencia A, García García L, Sotillo A, Díaz Mesa C, Jiménez García P, Siotis Uriarte H, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**CP-11** **IMPACTO DE LA LINFADENECTOMÍA INGUINAL PRECOZ EN EL CÁNCER DE PENE: CARGA GANGLIONAR Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE UNA SERIE RETROSPECTIVA**

Mejías-González, J; González-Pérez,L.; Hoffman, C; García-Ortiz, D. Concepción-Masip, T.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**SESIÓN 2** **HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA** **10:20 - 11:00**

**CP-12** **IMPACTO DE LA TUTORIZACIÓN SOBRE LA EFICIENCIA QUIRÚRGICA Y LA CURVA DE APRENDIZAJE EN HOLEP. ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS CIRUJANOS**

Jiménez García .P; Halawa González .O; Rodríguez Talavera. J; Ortega González. Y; Sotillo, AJ., Díaz Mesa .C; Ledesma Reyes .J; Siotis Uriarte .H; Monllor Gisbert, J.

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**CP-13** **CONCORDANCIA ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO ESTIMADO POR IMAGEN Y EL PESO DE LA PIEZA DE ENUCLEACIÓN TRAS HoLEP**

Sotillo, Angelo J.; Halawa, Omar; Rodríguez Talavera, Jonathan; Ortega Gonzalez, Yanira; Monllor Méndez, Almudena; Carrión Valencia, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Ledesma Reyes, Javier; Siotis Uriarte, Helen; Monllor Gisbert, Jesús

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**CP-14** **HoLEP FRENTE A RTUp EN LA OBSTRUCCIÓN INFRAVESICAL TRAS RADIOTERAPIA POR CÁNCER DE PRÓSTATA: RESULTADOS FUNCIONALES Y SEGURIDAD DE UNA SERIE COMPARATIVA**

de la Guardia García A.; Laverde Patiño D; Artiles Ortega C. León Medina P.; Barroso Deyne E.; Armas Molina J.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

**SESIÓN 3**

**MISCELÁNEA**

**11:30 - 13:30**

**CP-15**

**CÓLICO NEFRÍTICO EN EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

Jiménez García .P; Fumero Arteaga .S; Falcón Barroso .J; Orribo Morales .N; Clemente Graffigna .R; Sotillo .AJ; Díaz Mesa .D; Ledesma Reyes .J; Siotis Uriarte .H; Ortega González .Y; Monllor Gisbert .J

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**CO-16**

**STENTS URETERALES METÁLICOS AUTOEXPANDIBLES COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETERAL EN EL TRASPLANTE RENAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y COMPARACIÓN CON OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS**

C. Hoffman, C. García Alvarez, J. Mejías, D. García Ortiz. C.M. Tomás.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**CP-17**

**EXPERIENCIA INICIAL EN CANARIAS CON MÁQUINAS DE PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA CONTINUA**

García Ortiz D., Plata Bello A.C, García Alvarez C., Hoffman C., J Mejías González J.F., Concepción Masip T.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

**CO-18**

**ANÁLISIS CONJUNTO DEL EMPLEO DE LA GASOMETRÍA CAVERNOSA Y LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN EL MANEJO DEL PRIAPISMO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y PROPUESTA DE UN ALGORITMO PARA RESIDENTES DE UROLOGÍA**

José Alonso Silva Torres, Eleni Anastasiadis

Hospital Universitario de Croydon

**CV-19**

**LIBERACIÓN ROBÓTICA BILATERAL DEL NERVIO PUDENDO EN NEURALGIA PUDENDA REFRACTARIA**

Expósito Rodríguez, Cristian;Barroso Deyne, Eduardo; Ruibal Moldes, Manuel; Cabral Fernandez, Andreina; Armas Molina, José Vicente

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

**CP-20** **MORBILIDAD Y SECUELAS DE LA ZONA DONANTE TRAS LA OBTENCIÓN DE MUCOSA ORAL PARA URETROPLASTIA: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO**

**Zaballos Carpintero, V; Barroso Deyne, E; Alvarado Rodriguez, A; Cabral Fernandez, A; Expósito Rodriguez, C; Armas Molina, J.V.**

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

**CV-21** **URETROPLASTIA PERINEAL EN UN TIEMPO PARA ESTENOSIS PANURETRAL MEDIANTE INJERTOS MÚLTIPLES DE MUCOSA BUCAL Y LINGUAL: TÉCNICA DE KULKARNI CON INVAGINACIÓN PENEANA**

**Zaballos Carpintero, V; Barroso Deyne, E; Alvarado Rodriguez, A; Cabral Fernandez, A; Expósito Rodriguez, C; Armas Molina, J.V.**

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

**CO-22** **VALORACIÓN DE FACTORES HUMANOS DE UNA SONDA URINARIA INNOVADORA: ESTUDIO DE USABILIDAD EN PACIENTES, CUIDADORES Y PROFESIONALES SANITARIOS**

**Clara Armas Moreno, Saray Ojeda Jorge, Manuel Luque González**

Rethink Medical SL

**CO-23** **NUEVA SONDA URINARIA T-CONTROL®: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CLÍNICO PILOTO ALEATORIZADO**

**Clara Armas Moreno, José Medina Polo, Marta Sangrador Díaz, Yolanda de Blas Lozano, Santiago Pérez García, Manuel Luque González**

Rethink Medical SL





**RESÚMENES DE  
COMUNICACIONES  
ORALES  
PÓSTER  
VÍDEOS**

## **PAPEL DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN EL UPGRADING DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA EN PROGRAMA DE VIGILANCIA ACTIVA**

**Guadalupe Santana, Víctor; Sanabria Cordero, Claudia; Guedes Oliva, Paolo; Espino Espino, Rubén; Jiménez Marrero, Pablo; Marrero Domínguez, Reinaldo H.**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

### **INTRODUCCIÓN**

La vigilancia activa (VA) se ha consolidado como una estrategia aceptada y recomendada para el manejo de cáncer de próstata (CaP) de bajo riesgo clínico, con el objetivo de evitar tratamientos invasivos y preservar la calidad de vida sin comprometer los resultados oncológicos.

En este contexto, la resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) ha emergido como una herramienta de gran valor tanto para la detección temprana de progresión o upgrading tumoral durante el seguimiento, mejorando la detección de lesiones sospechosas de mayor agresividad que no habían sido identificadas mediante biopsias convencionales y permitiendo dirigir biopsias dirigidas con mayor precisión.

### **OBJETIVO**

Evaluar el impacto de la resonancia magnética multiparamétrica en la detección de upgrading patológico en pacientes con cáncer de próstata incluidos en un protocolo de vigilancia activa en nuestro centro.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo de cohortes en el que se han recopilado datos de todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata de bajo riesgo incluidos en el programa de vigilancia activa de nuestro hospital entre los años 2019 y 2024. Los datos recogidos incluyen: características demográficas y clínicas basales (edad, PSA inicial, volumen prostático, densidad de PSA, Gleason en biopsia inicial), resultados de RMmp realizadas tanto en el momento diagnóstico como en puntos clave del seguimiento, resultados de biopsias confirmatorias y de seguimiento, abandono de VA, tratamiento recibido y mortalidad.

### **RESULTADOS**

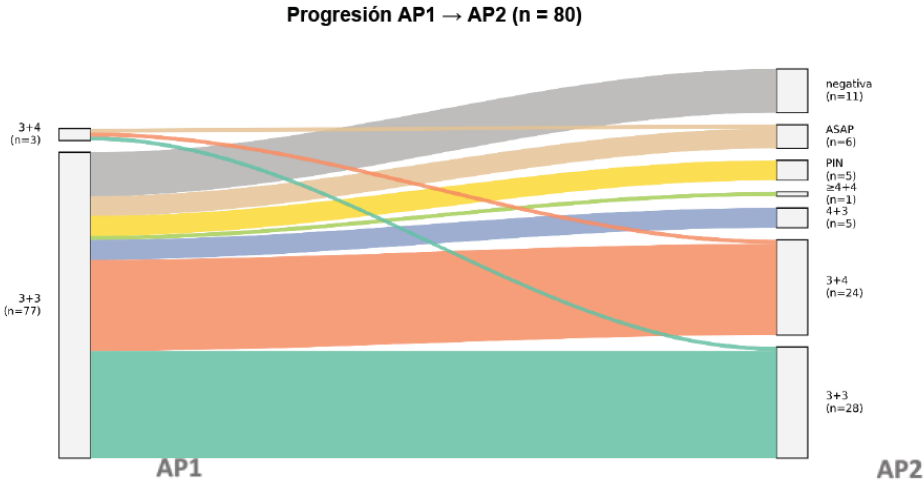
Se incluyeron un total de 80 pacientes con cáncer de próstata en programa de vigilancia activa. La Tabla 1 muestra las características demográficas y clínicas basales de la cohorte.



| VARIABLE                                           | Total (n=80)  |
|----------------------------------------------------|---------------|
| Edad al diagnóstico, años (mediana)                | 65 (60–70)    |
| Índice de Charlson (mediana)                       | 2 (1–3)       |
| PSA inicial, ng/mL (mediana)                       | 6,5 (5,7–8,0) |
| Biopsias prostáticas previas negativas             | 17 (20,7%)    |
| Tratamiento con inhibidores de la 5-alfa-reductasa | 7 (9,2%)      |
| RM basal realizada                                 | 57 (71,3%)    |

**Tabla 1. Características demográficas y clínicas basales de la cohorte.**

En la biopsia diagnóstica inicial, el 96% de los pacientes presentaba un Gleason 3+3, confirmando una cohorte de bajo riesgo. En la rebiopsia, se observó una redistribución del Gleason, como se observa en el gráfico 1.



**Gráfico 1. Progresión del grado de Gleason en la rebiopsia.**

AP1: resultado anatomopatológico biopsia inicial.

AP2: resultado anatomopatológico rebiopsia.

ASAP: proliferación acinar atípica.

PIN: neoplasia intraepitelial prostática.

Se observó upgrading histológico (por aumento de Gleason o del número de cilindros) en el 50% de la muestra (IC95%: 39,3–60,7).

En el modelo de regresión logística multivariable, la presencia de una lesión PI-RADS  $\geq 4$  en la RMmp de seguimiento se mantuvo como un predictor independiente de upgrading, tras ajustar por edad, PSA inicial e índice de Charlson (OR ajustada 6,17; IC95%: 1,40–27,25;  $p=0,016$ ).

De los 50 pacientes que presentaron upgrading, 37 (74%) abandonaron el programa de vigilancia activa. Trece pacientes (26%), presentaron un upgrading de bajo volumen o bajo impacto clínico, optando por continuar vigilancia activa tras discusión multidisciplinar y/o preferencia del paciente, sin que se registrara tratamiento activo durante el periodo de seguimiento.

| TRATAMIENTO RECIBIDO | UPGRADING (N = 37) | SIN UPGRADING (N = 5) |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| Cirugía radical      | 18 (48,6%)         | 4 (80,0%)             |
| Radioterapia externa | 19 (51,4%)         | 0 (0%)                |
| Watchful waiting     | 0 (0%)             | 1 (20,0%)             |
| Total                | 37 (100%)          | 5 (100%)              |

**Tabla 2. Abandono de la vigilancia activa y tratamiento recibido según presencia de upgrading.**

La mediana de tiempo hasta tratamiento activo fue de 3,1 años (RIC 1,7–4,2). La mediana de seguimiento fue de 1938 días (RIC 606–2332), equivalente a 5,3 años (RIC 1,7–6,4).

Durante el seguimiento, se registraron 2 exitus (2,5%), no atribuibles al cáncer de próstata.

### Conclusión:

Estos resultados indican que la RMmp aporta un valor diagnóstico significativo para la detección de upgrading histológico en el seguimiento de pacientes en VA, siendo la presencia de lesiones PI-RADS 4–5 el principal factor asociado a upgrading, con independencia de las características clínicas basales y del resultado de la RM inicial.

NOTA: Se está realizando un nuevo análisis estadístico con más pacientes que se han incluido para aumentar la muestra, estos datos son preliminares.

**VALOR PRONÓSTICO DE LA RESPUESTA BIOQUÍMICA PRECOZ DE PSA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO SOBRE LA PROGRESIÓN A CPRC Y LA SUPERVIVENCIA GLOBAL ESTADIFICADO MEDIANTE PET/TC.**

**Hernández Alemán, Ligia; Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Marrero Domínguez, Reinaldo; Kim Lee, David; Fernández Morales, María; Bordón Méndez, Marta; Ribera Díaz, Diego; Gualupe Santana, Víctor.**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**INTRODUCCIÓN**

El PET/TC detecta, de forma precoz, micrometástasis en el cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) con menores cargas tumorales biológicas. Puesto que la clasificación anatómica del volumen tumoral (CHAARTED) no es discriminatoria para las imágenes de nueva generación, parece importante evaluar si la supresión precoz de PSA ( $\leq 0,2$  y  $\leq 0,02\text{ng/mL}$ ) funciona como un marcador subrogado de progresión clínica y supervivencia en la era de la imagen molecular.

**OBJETIVOS**

Analizar el valor pronóstico de la respuesta precoz de PSA a los 3 y 6 meses sobre la supervivencia libre de CPRC (SLCPRC) y la supervivencia global (SG) en una cohorte clasificada exclusivamente por PET/TC de pacientes CPHSm.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional multicéntrico sobre pacientes con CPHSm evaluados mediante PET/TC y tratados con doblete hormonal (TDA+ARPI) entre los años 2017 y 2025. Se analizaron características basales, respuesta bioquímica y desenlaces oncológicos como SLCPRC y SG mediante análisis estadístico de la muestra con curvas de Kaplan Meier y pruebas de long-rank, así como un análisis de las variables cualitativas con test de Fisher.

**RESULTADOS**

Fueron incluidos 437 pacientes con CPHSm, con una mediana de edad de 72 años y un seguimiento mediano de 26 meses. En cuanto al tipo de PET, el 59,3% fue 18F/11C-Colina y el 40,5%, 68Ga/18F-PSMA. El ARPI más utilizado fue la apalutamida (73,5%).

El 71,4% (n=312) logró una respuesta precoz de PSA  $\leq 0,2\text{ng/mL}$  a los 3 meses. En este subgrupo, la tasa de progresión a CPRC fue inferior significativamente en comparación con pacientes con PSA  $>0,2\text{ng/mL}$  (2,9% vs. 12,0%;  $p=0,0003$ ), observándose asimismo una disminución de la mortalidad global (2,0% vs. 8,9%;  $p=0,0010$ ).

El 74,1% (n=324) mantuvo o alcanzó dicho objetivo (PSA  $\leq 0,2\text{ng/mL}$ ) a los 6 meses. Estos pacientes presentaron una tasa de progresión a CPRC significativamente menor (3,7% vs. 10,6%;  $p=0,0040$ ) y una

>>>

mortalidad menor independientemente de la causa (2,8% vs. 7,1%;  $p=0,0410$ ).

El 54,9% alcanzó una respuesta bioquímica ultraprofunda ( $PSA \leq 0,02\text{ng/mL}$ ) a los 6 meses, lo que se asoció con una probabilidad estimada de SG a los 24 meses superior al 96%.

## CONCLUSIONES

En nuestro estudio, la respuesta bioquímica precoz de PSA ( $\leq 0,2\text{ng/mL}$  a los 3-6 meses) mostró una clara asociación favorable con una mayor supervivencia libre de CPRC y una menor mortalidad global en pacientes con CPHSm evaluados con PET/TC. Sin embargo, existen limitaciones como son el diseño retrospectivo del estudio, el limitado tamaño muestral ( $n=437$ ) y el corto tiempo de seguimiento (24 meses). Por ello, nuestros resultados no permiten establecer una causalidad definitiva ni modificar la práctica clínica actualmente, debiendo considerarse una hipótesis prometedora que precisa validación en ensayos clínicos prospectivos.

## IMPACTO PRONÓSTICO DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN DE NUEVA GENERACIÓN EN LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO: ¿MANTIENE SU VALOR LA CLASIFICACIÓN DE CHAARTED EN LA ERA DEL PET/TC?

Hernández Alemán, Ligia; Guedes Oliva, Paolo; Jiménez Marrero, Pablo; Marrero Domínguez, Reinaldo; Kim Lee, David; Fernández Morales, María; Bordón Méndez, Marta; Ribera Díaz, Diego; Gualupe Santana, Víctor.

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

### INTRODUCCIÓN

Los criterios de carga tumoral de CHAARTED (Bajo volumen [BV]/ Alto volumen [AV]) se definieron mediante pruebas convencionales (PC). La incorporación de pruebas de imagen de nueva generación (NGI), como el PET/TC, en el cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) ha provocado un fenómeno de migración de estadio al detectar micrometástasis no visibles en la radiología clásica. Esto plantea si la estratificación pronóstica de CHAARTED mantiene su validez diferencial y su correlación con la respuesta bioquímica en la era de la imagen molecular.

### OBJETIVOS

Evaluar el impacto pronóstico de la estratificación de volumen tumoral (CHAARTED) empleando NGI frente a PC en una cohorte multicéntrica de pacientes con CPHSm tratados con doblete hormonal.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional multicéntrico en pacientes con CPHSm diagnosticados y tratados entre 2017 y 2025. Se estratificó a la cohorte según prueba de imagen al diagnóstico (PC vs NGI) y el volumen tumoral (CHAARTED). Se analizó la cinética de PSA, la profundidad de la respuesta bioquímica (PSA nadir) y la aparición de eventos clínicos. Se estimaron curvas de Kaplan-Meier para supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) comparando cuatro grupos: PC-VB, PC-AV, NGI-BV, NGI-AV.

### RESULTADOS

Se incluyeron 1.054 pacientes con una mediana de edad de 72 años y un seguimiento mediano de 26 meses. La mediana de PSA basal fue de 13ng/mL y un 62% tenían un ISUP grado 4-5 (n= 654). En cuanto a la presentación clínica, el 56% debutó con enfermedad metastásica y el 49% cumplía criterios de AV. El resto de características basales se detallan en las tabla 1.

Al estratificar por modalidad diagnóstica:

-Cohorte PC: la carga tumoral mantuvo un claro valor pronóstico. Los pacientes PC-AV mostraron peores tasas de respuesta bioquímica profunda en comparación con PC-BV (PSA  $\leq 0,2$  ng/mL: 65,9% vs. 85,9%,  $p < 0,001$ ; PSA  $\leq 0,02$  ng/mL: 39,5% vs. 57,0%,  $p < 0,001$ ), así como una reducción significativa en la SG a los 24 meses (76,6% vs. 90,2%,  $p < 0,001$ ) y en la SLP (69,6% vs. 89,1%,  $p < 0,001$ ).

>>>

-Cohorte NGI: la estratificación por volumen de CHAARTED perdió su capacidad pronóstica a 24 meses. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos NGI-AV y NGI-BV en las tasas de respuesta bioquímica (PSA  $\leq 0,2$  ng/mL: 93,3% vs. 94,6%,  $p = 0,732$ ; PSA  $\leq 0,02$  ng/mL: 77,4% vs. 73,0%,  $p = 0,360$ ), mostrando además resultados superponibles en SG (96,4% vs. 97,3%,  $p = 0,441$ ) y SLP (93,8% vs. 93,5%,  $p = 0,695$ ).

## CONCLUSIONES

La clasificación de volumen tumoral de CHAARTED constituye una herramienta pronóstica sólida en pacientes estadificados mediante imagen convencional. Sin embargo, pierde su capacidad discriminativa al emplear PET/TC. Es por ello que resulta necesario definir y validar prospectivamente nuevos modelos de estratificación del riesgo adaptados a la mayor sensibilidad de la imagen molecular.

**Tabla 1.**

| Variable                 |                          | % (n)       |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Pruebas de imagen        | Prueba convencional (PC) | 59% (n=617) |
|                          | Nueva Generación (NGI)   | 41% (n=437) |
| Localización metastásica | M1a                      | 25% (268)   |
|                          | M1b                      | 65% (689)   |
|                          | M1c                      | 10% (105)   |
| Tipo de ARPI             | Apalutamida              | 64% (682)   |
|                          | Enzalutamida             | 15% (161)   |
|                          | Abiraterona              | 21% (219)   |

## **IMPACTO DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO EN LA RECUPERACIÓN DE LA CONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: RETZIUS-SPARING FRENTE AL ABORDAJE ANTERIOR**

**Díaz Mesa C., Monllor Gisbert J., Ortega Y., Gómez de Segura C., Carrión Valencia A., Amador Robayna A, García García L., Torres León L., Monllor Méndez A., Sotillo A.J., Jiménez García P., Ledesma Reyes J., Siotis H., Rodríguez Talavera J.,**

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

El cáncer de próstata es una de las neoplasias malignas más prevalentes en la población masculina. La prostatectomía radical está asociada a un deterioro funcional postoperatorio; en particular de la función eréctil y la continencia urinaria. En la actualidad existen varios abordajes quirúrgicos: la PR con abordaje anterior convencional o la PR con preservación del espacio de Retzius (retzius sparing).

En la literatura se han comparado ambas técnicas, y los datos clínicos sugieren que el RS aporta cierta superioridad anatómica: los pacientes sometidos al acceso posterior muestran tasas de continencia urinaria inmediata y temprana superiores frente al acceso anterior.

### **OBJETIVO**

Comparar la recuperación de la continencia urinaria a los tres meses de la prostatectomía radical robótica entre el abordaje Retzius-sparing y el abordaje anterior convencional, utilizando la puntuación ICIQ-SF como medida principal de resultado funcional.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional de cohortes, con recogida ambispectiva de variables clínicas, quirúrgicas, anatomopatológicas y de seguimiento, en pacientes sometidos a prostatectomía radical asistida por robot en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, entre febrero y mayo de 2026. Los pacientes se agruparon en función de la técnica quirúrgica empleada: retzius sparing o abordaje anterior.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron un total de 42 pacientes de los cuales 19 fueron intervenidos mediante abordaje anterior y 23 mediante retzius sparing. El grupo de RS consiguió mejores tasas de continencia en un plazo de 3 meses (mediana de resultado de ICIQ Retzius 4, mediana abordaje anterior 7, U de Mann-Whitney  $p=0.026$ ). Al comparar el resultado de ICIQ a los tres meses con el resultado basal, el grupo de abordaje anterior tuvo un empeoramiento en la continencia (mediana anterior:7, mediana retzius: 4, U de Mann-Whitney  $p=0.008$ ). En cuanto a la recuperación de la función eréctil a los tres meses y comparando la basal con el resultado a los tres meses, no se identificó diferencias estadísticamente signi-

>>>

ficativas (anterior:7, retzius:5,  $p=0.243$ /Anterior 22, Retzius:24,  $p=0.732$ ). No hay diferencias entre las complicaciones postoperatorias precoces entre las dos técnicas ni en los márgenes quirúrgicos.

### CONCLUSIÓN

El retzius sparing se asoció con una recuperación precoz de la continencia urinaria frente al abordaje anterior, objetivada mediante menores puntuaciones en el ICIQ-SF y un menor deterioro con respecto a la situación basal de los pacientes previa a la cirugía. Esto sugiere que la prostatectomía radical retzius sparing supone un beneficio en la recuperación de la continencia urinaria. Se requiere continuar con el estudio para conclusiones más sólidas en nuestro centro.

## PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DEL ESPACIO DE RETZIUS

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

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

La prostatectomía radical asistida por robot con preservación de Retzius (RS-RARP) es un abordaje cuyo objetivo es mejorar la continencia precoz mediante la preservación de las estructuras pélvicas anteriores, el esfínter uretral interno y los haces neurovasculares. Presentamos un vídeo quirúrgico paso a paso y nuestra experiencia con la técnica.

### OBJETIVO

Descripción del caso, presentación de la técnica quirúrgica de prostatectomía radical asistida por robot con preservación del espacio de Retzius mediante vídeo y seguimiento postquirúrgico.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Presentación mediante un vídeo de caso clínico de un paciente con cáncer de próstata intervenido de RS-RARP utilizando el sistema robótico da Vinci®. Esta técnica realiza un abordaje posterior a través del fondo de saco recto-vesical, evitando el espacio de Retzius. En este vídeo recogemos paso por paso la técnica, haciendo hincapié en los puntos críticos y los pasos técnicos como: la disección de los conductos deferentes, la técnica de preservación neurovascular, la disección del cuello vesical y la anastomosis uretrovesical.

### RESULTADOS

Al mes y medio el PSA fue de <0.02. El paciente presenta erecciones y continencia urinaria en la actualidad.

### CONCLUSIÓN

La experiencia con el RS-RARP en nuestro centro muestra que es una técnica factible y segura, con una recuperación de la continencia urinaria precoz, sin comprometer el resultado oncológico.

## **RENTABILIDAD CLÍNICA DE LA ReRTU VESICAL EN EL TUMOR VESICAL NO MÚSCULO-INVASIVO: ENFERMEDAD RESIDUAL, REESTADIFICACIÓN Y CAMBIO TERAPÉUTICO**

**Ribera Díaz, D.; Guedes Oliva, P.; Sanabria Cordero, C.; Hernández Alemán, L.; Fernández Morales, M.; Bordón Méndez, M.; Kim Lee, D.; Jiménez Marrero, P.; Marrero Dominguez, R.**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

**INTRODUCCIÓN:** La resección transuretral de tumor vesical (RTUv) constituye el procedimiento diagnóstico y terapéutico inicial del tumor vesical no músculo-invasivo. Sin embargo, incluso tras una resección aparentemente completa, la segunda resección (reRTUv) puede identificar enfermedad residual o un estado superior al inicialmente asignado, hallazgos capaces de modificar el tratamiento. Su rentabilidad diagnóstica debe valorarse junto con la morbilidad añadida del procedimiento.

**OBJETIVOS:** Determinar la frecuencia de **enfermedad residual y upstaging en la reRTUv**, así como su repercusión sobre la estrategia terapéutica. Como objetivos secundarios, explorar factores asociados a la reestadificación y evaluar la seguridad de la intervención.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de 110 pacientes sometidos a reRTUv entre mayo de 2021 y octubre de 2025 en el Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Se incluyeron pacientes cuya RTUv inicial fue completa y mostró un tumor T1 o un Ta de alto grado sin músculo detrusor en la pieza. Se recogieron características clínicas y tumorales, intervalo entre procedimientos, anatomía patológica de la reRTUv, cambios en la indicación terapéutica y complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo. Se realizó un análisis descriptivo y exploratorio de factores asociados a reestadificación mediante SPSS versión 27.

**RESULTADOS:** La mediana de edad fue de 71 años (P25-P75: 65-79); el 80% eran varones y el 81% presentaba antecedente de tabaquismo. En la RTUv inicial, el 60% de los tumores fueron T1. La reRTUv se efectuó tras una mediana de 46 días. Se detectó **enfermedad residual histológica en 39 pacientes (35,5%): 31,8% de los Ta y 37,9% de los T1 iniciales (p=0,548)**. La enfermedad residual clínicamente relevante ( $\geq$ T1 y/o carcinoma in situ) estuvo presente en el 20,9%. **Dieciséis pacientes (14,5%) experimentaron upstaging, más frecuentemente tras T1 que tras Ta inicial (16,7% frente a 11,4%; p=0,583)**. Se diagnosticó enfermedad músculo-invasiva T2 en seis pacientes (5,5%), todos pertenecientes al grupo T1 inicial. Ninguna de las variables exploradas mostró una asociación robusta con la reestadificación. **La reRTUv modificó la estrategia terapéutica en nueve casos (8,2%);** cinco pacientes (4,5%) recibieron tratamiento definitivo mediante cistectomía radical (n=3) o terapia trimodal (n=2). Solo un paciente (0,9%) presentó una complicación Clavien-Dindo  $\geq$  III.

**CONCLUSIONES:** En nuestra serie, la reRTUv detectó **enfermedad residual en más de un tercio de los pacientes y upstaging en aproximadamente uno de cada siete**. Además, permitió identificar enfermedad músculo-invasiva oculta y produjo cambios terapéuticos clínicamente relevantes, con una baja tasa de complicaciones graves. Estos resultados respaldan su utilidad como herramienta de control de calidad, reestadificación y planificación terapéutica, especialmente tras un diagnóstico inicial T1. El carácter retrospectivo, unicéntrico y el reducido número de eventos limitan la identificación de factores predictores y aconsejan interpretar las asociaciones estadísticas como exploratorias.

## **IMPACTO PRONÓSTICO DEL NLR Y PLR PREOPERATORIOS EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL MÚSCULO INVASIVO SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL**

**Bordón Méndez, Marta; Jiménez Marrero, Pablo; Sanabria Cordero, Claudia; Kim Lee, David; Benítez Naranjo, Jennifer; Guedes Oliva, Paolo**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer vesical es la 9.<sup>a</sup> neoplasia más diagnosticada a nivel mundial y aproximadamente el 20–25% de los tumores no metastásicos se presentan como músculo-invasivos (MIBC) al diagnóstico. La cistectomía radical constituye el tratamiento estándar; sin embargo, hasta un 30–50% de los pacientes presenta recidiva tras la cirugía y la supervivencia global a 5 años se sitúa en torno al 50%. En este contexto, los marcadores inflamatorios sistémicos se han propuesto como herramientas útiles para identificar pacientes de alto riesgo.

### **OBJETIVO**

Evaluar el valor pronóstico de los marcadores inflamatorios preoperatorios sobre los resultados oncológicos de pacientes con CVMI tratados mediante cistectomía radical.

### **MÉTODOS**

Estudio multicéntrico retrospectivo que incluyó 429 pacientes con MIBC sometidos a cistectomía radical entre 2008 y 2023. Se analizaron variables clinicopatológicas y marcadores inflamatorios preoperatorios. Se evaluaron supervivencia global (SG) y supervivencia libre de progresión (SLP) mediante Kaplan-Meier y regresión de Cox.

### **RESULTADOS**

La mediana de edad fue de 67,6 años y el 83,6% eran varones. El seguimiento mediano fue de 54,6 meses. Los pacientes con NLR elevado presentaron menor SG y SLP que aquellos con NLR bajo (SG: 24,0 vs. 54 meses;  $p=0,007$ ; SLP: 27,8 vs. 54 meses;  $p=0,0002$ ). Asimismo, un PLR elevado se asoció con menor SG y SLP (SG: 19 vs. 49 meses;  $p=0,001$ ; SLP: 10,3 vs. 22,1 meses;  $p=0,003$ ). En el análisis multivariante, estas asociaciones no mantuvieron significación estadística.

### **CONCLUSIONES**

NLR y PLR preoperatorios elevados se asocian con peores resultados oncológicos tras cistectomía radical, aunque no mantuvieron significación estadística en el análisis multivariante.

## **PRÁCTICA CLÍNICA Y MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAVESICAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ENCUESTA INTERNACIONAL**

**Clara Armas Moreno, Max Mòdol Vidal, Saray Ojeda Jorge, Pedro Raúl Castellano Santana, Manuel Luque González**

Rethink Medical SL

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La quimioterapia intravesical requiere procedimientos estandarizados para minimizar la exposición ocupacional a citostáticos y garantizar la seguridad del paciente. El objetivo de este estudio fue evaluar la práctica clínica, la formación recibida y el grado de implementación de las medidas de seguridad durante la administración de quimioterapia intravesical en distintos países europeos.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio transversal mediante una encuesta anónima dirigida a enfermeros implicados en la administración de quimioterapia intravesical en distintos países europeos. El cuestionario recogió información sobre la práctica clínica habitual, incluyendo procedimientos de administración, medidas de seguridad, gestión de residuos y formación recibida.

### **RESULTADOS**

La encuesta fue completada por un total de 30 enfermeros, mayoritariamente de los Países Bajos y España. El 80% contaba con más de 15 años de experiencia profesional, y el 70% con más de 7 años de experiencia en la administración de quimioterapia intravesical. Más del 60% de los participantes no había recibido entrenamiento teórico-práctico en la administración segura de citostáticos intravesicales ni en la gestión de residuos antes de incorporarse a su puesto de trabajo. Asimismo, cerca del 30% indicó que sus conocimientos o competencias no eran evaluados de forma periódica. En cuanto a la práctica clínica, el 80% utilizaba sonda uretral intermitente para la administración del tratamiento y se observó una elevada variabilidad en los procedimientos de actuación cuando el paciente no retenía el tratamiento. En relación con las medidas de protección, el 13% de los profesionales sanitarios utilizaba únicamente las precauciones estándar, sin emplear el equipo de protección específico, menos del 50% utilizaban guantes específicos y solo el 26% utilizaba mascarilla de alta protección, pese a que su uso se recomienda en diversas guías de práctica clínica y protocolos de seguridad. Casi la totalidad de los participantes (96%) utilizaba sistemas de conexión cerrada para todas las administraciones, no obstante, aproximadamente el 25% declaró haber sufrido personalmente o conocer un caso de exposición accidental a citostáticos entre sus compañeros. Respecto a las medidas de seguridad para los pacientes, cerca del 90% de los participantes no solicitaba a los pacientes colocarse una mascarilla FFP2, principalmente por la ausencia de dicha especificación en protocolos o procedimientos locales.

>>>

## CONCLUSIONES

Los resultados muestran una importante variabilidad en la práctica clínica, así como diferencias en la formación y en la implementación de las medidas de seguridad durante la administración de quimioterapia intravesical. Aunque el uso de sistemas cerrados estaba ampliamente implantado, el 25% de los participantes refirió haber sufrido personalmente o conocer un caso de exposición accidental a citostáticos, lo que sugiere que su utilización, por sí sola, no elimina el riesgo de exposición ocupacional. Asimismo, resultan llamativas las diferencias en las medidas de seguridad aplicadas a profesionales sanitarios y a pacientes, siendo más estrictas para los primeros, pese a que estos últimos también podrían estar expuestos a citostáticos o sus aerosoles en caso de derrames. Estos hallazgos respaldan la necesidad de estandarizar los procedimientos, reforzar la formación y promover estrategias dirigidas a minimizar la exposición a citostáticos y mejorar la seguridad de los pacientes.

## **PATRONES DE DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS Y VARIABLES ASOCIADAS EN PACIENTES CON CARCINOMA RENAL METASTÁSICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO BICÉNTRICO**

**Guadalupe Santana, Víctor; Jiménez Marrero, Pablo; Guedes Oliva, Paolo; Moreno Guerra, Lucía; Ribera Díaz, Diego; Marrero Domínguez, Reinaldo.**

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

### **INTRODUCCIÓN**

El carcinoma de células renales metastásico (mRCC) continúa presentando un pronóstico desfavorable pese a los avances terapéuticos. La atención al final de la vida constituye un componente esencial del manejo oncológico, y la integración precoz de los Cuidados Paliativos se ha asociado con una mejor calidad de vida y optimización de los recursos sanitarios. El objetivo de este estudio fue describir los patrones de derivación a Cuidados Paliativos, evaluar indicadores de calidad de la atención al final de la vida e identificar variables asociadas con el momento de la derivación en pacientes con mRCC.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo que incluyó todos los pacientes fallecidos con diagnóstico de mRCC tratados en las unidades de uro-oncología de dos centros españoles entre 2012 y 2025. Se analizaron indicadores administrativos validados de atención subóptima al final de la vida: fallecimiento intrahospitalario, ingreso hospitalario durante el último mes de vida, más de una visita a Urgencias en los últimos 30 días e ingreso en UCI durante el último mes. Se evaluaron asimismo el contacto con Cuidados Paliativos y el momento de la derivación, considerando precoz aquella realizada con más de 90 días de vida. Se realizaron análisis bivariantes y regresión logística univariante; se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 112 pacientes. La Tabla 1 recoge las características basales y demográficas: edad media de 63,2 años y un 66,9% de varones, supervivencia global mediana de 15 meses. El 63,4% de los pacientes tuvo contacto con una unidad de Cuidados Paliativos, aunque únicamente el 22,3% recibió una derivación precoz (Figura 1). La Tabla 2 muestra los indicadores de atención subóptima al final de la vida: el fallecimiento intrahospitalario se produjo en el 64,3%; de estos pacientes, el 70,8% falleció en una unidad especializada de Cuidados Paliativos. El 28,6% acudió a Urgencias en más de una ocasión durante el último mes de vida y el 2,7% ingresó en UCI. Los pacientes derivados fueron significativamente más jóvenes (mediana 60 frente a 70 años;  $p = 0,003$ ). Cada incremento de un año en la edad se asoció con una reducción del 5% en la probabilidad de derivación ( $OR = 0,95$ ;  $p = 0,006$ ). Los pacientes con supervivencia  $< 12$  meses presentaron una probabilidad un 84% menor de recibir una derivación precoz ( $OR = 0,16$ ;  $p = 0,001$ ). Se observó una tendencia no significativa hacia una mayor derivación en mujeres ( $OR = 2,32$ ;  $p = 0,061$ ) (Figura 2).



Tabla 1: Características basales y demográficas de la muestra.

| Variable                                 | Valor      | Rango / IC 95 % |
|------------------------------------------|------------|-----------------|
| Edad (años)                              | 63,2       | 54 – 73         |
| Sexo masculino, n (%)                    | 75 (66,9%) | 57,8 – 74,8 %   |
| Sexo femenino, n (%)                     | 37 (33,1%) | 25,2 – 42, 2 %  |
| Supervivencia global (meses)             | 15         | 5 - 44          |
| <b>Estratificación del Riesgo (IMDC)</b> |            |                 |
| Riesgo Bajo, n (%)                       | 9 (7,8%)   | 3,8 – 14 %      |
| Riesgo Intermedio, n (%)                 | 71 (63,1%) | 53,8 – 71,6 %   |
| Riesgo Alto, n (%)                       | 32 (29,1%) | 21, 2 – 38, 3 % |

Tabla 2. Indicadores de Calidad al final de la Vida.

| INDICADOR DE CALIDAD / PARÁMETRO CLÍNICO                 | RESULTADO (N = 112)   | IC 95%        |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|
| <b>Fallecimiento intrahospitalario</b>                   | <b>64,3% (72)</b>     | 54,6% – 73,0% |
| ↳ En Unidad de Cuidados Paliativos                       | <b>70,8% (51/72)</b>  | 59,4% – 80,0% |
| ↳ En salas de ingreso convencional / No paliativos       | <b>18,8% (21/112)</b> | 12,5% – 27,1% |
| <b>&gt;1 Visita a Urgencias</b> en el último mes de vida | <b>28,6% (32)</b>     | 20,6% – 38,0% |
| <b>Ingreso en UCI</b> en el último mes de vida           | <b>2,7% (3)</b>       | 0,7% – 8,2%   |

## CONCLUSIONES

La integración de los Cuidados Paliativos en pacientes con mRCC continúa produciéndose predominantemente de forma tardía, especialmente en aquellos con peor pronóstico. La edad avanzada se asocia de manera independiente con una menor probabilidad de derivación, mientras que los pacientes con supervivencias más cortas presentan una menor probabilidad de recibir una derivación precoz. Estos resultados respaldan la necesidad de establecer criterios estandarizados para la integración precoz de los Cuidados Paliativos y de desarrollar estrategias dirigidas a reducir las desigualdades relacionadas con la edad.

Figura 1: Trayectoria de la atención paliativa en pacientes con cáncer renal metastásico

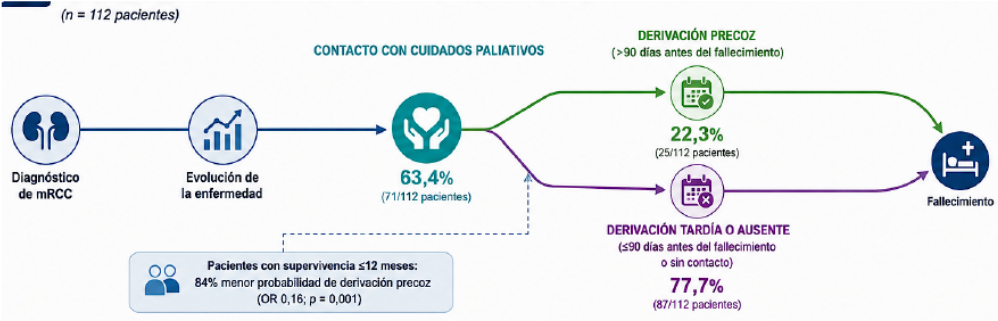
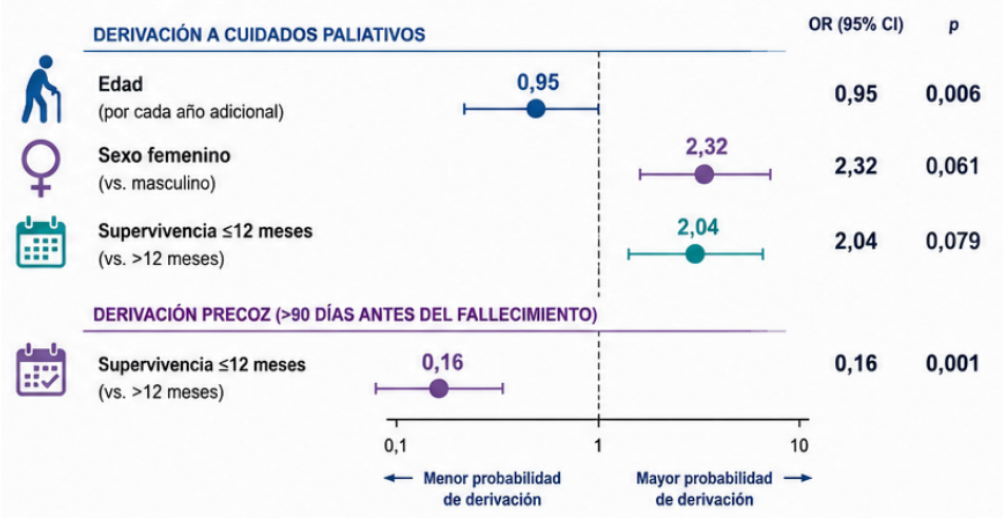


Figura 2: Factores asociados a la derivación a Cuidados Paliativos (Regresión Logística Univariante)



## NEFROMETRÍA RENAL CON MODELOS DE LENGUAJE MULTIMODALES: PRECISIÓN FRENTE A REFERENCIA GEOMÉTRICA Y COMPARACIÓN CON URÓLOGOS DE DISTINTA EXPERIENCIA

**Ledesma Reyes J, Carrión Valencia A, García García L, Sotillo A, Díaz Mesa C, Jiménez García P, Siotis Uriarte H, Rodríguez Talavera J, Monllor Gisbert J.**

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

### INTRODUCCIÓN

La IA en medicina es una herramienta cada vez más establecida y con mayor uso en la práctica habitual. La nefrometría renal es un campo consolidado muy útil para predecir la complejidad de los tumores renales y una posible nefrectomía parcial. Parece un campo de gran interés al cual aplicar estas herramientas con el fin de maximizar su rendimiento diagnóstico.

### OBJETIVO

Evaluar la precisión de los tres modelos de lenguaje multimodales principales actualmente (Claude, ChatGPT y Gemini) en el cálculo de los scores de complejidad tumoral renal RENAL, PADUA y C-index, frente a una referencia geométrica objetiva, y compararla con la de urólogos según su grado de experiencia. Se evaluó complementariamente el score MAP de forma exploratoria.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio piloto observacional sobre 20 casos aleatorios de la base de datos de tumores renales de acceso público KITS23. La referencia geométrica usada como gold standard se calculó sobre las segmentaciones validadas por panel de experto urólogos y radiólogos disponibles en el set de datos. Un urólogo residente muy joven y otro adjunto joven seleccionaron el corte axial de mayor diámetro y realizaron sobre él todas las mediciones, disponiendo además de los planos coronal y sagital. Los tres modelos puntuaron en tres condiciones: sobre el corte seleccionado del urólogo sin experiencia, sobre el del experto, y de forma autónoma seleccionando el corte de la serie completa. Once condiciones pareadas se compararon mediante error absoluto medio (MAE), ICC (A,1), kappa ponderado cuadrático y Spearman, test de Friedman y cinco contrastes preespecificados (Wilcoxon, FDR). Se analizaron además los componentes desglosados en las nueve condiciones de IA.

Se utilizaron los 3 modelos de lenguaje ya mencionados, el programa 3D Slicer como visor de imágenes radiológicas, y análisis de datos en Python 3.12.

### RESULTADOS

Ninguna condición alcanzó una precisión clínicamente relevante. El error absoluto medio del RENAL osciló entre 1,15 y 1,88 puntos, con ICC bajos en todas las condiciones (0,00–0,51). No se detectaron diferencias significativas entre urólogos y modelos: el test global no alcanzó significación en RENAL ( $p=0,24$ ) ni PADUA

>>>

( $p=0,099$ ), y ningún contraste preespecificado superó la corrección FDR. Los modelos igualaron a los urólogos: el experto obtuvo el menor error en RENAL (MAE 1,15), pero fue superado por ChatGPT en PADUA (1,15 frente a 1,65) y en C-index (0,39 frente a 0,94). Sí se observaron diferencias entre modelos, con ChatGPT consistentemente superior a Claude y Gemini (C-index autónomo  $p=0,011$ ; PADUA autónomo  $p=0,033$ ). El análisis por componente de cada score reveló un patrón claro y reproducible en las nueve mediciones realizadas con IA. El error del RENAL se distribuyó entre N (30%), E (26%), L (25%) y R (20%), con subestimación sistemática. La concordancia de la cara anterior/posterior fue igualmente baja en los urólogos (55–60%).

## CONCLUSIONES

Los modelos de lenguaje de uso general igualaron a ambos urólogos pero la precisión fue insuficiente en todas las condiciones. El análisis por componente localiza la causa claramente: los modelos y los urólogos estiman correctamente lo que se mide linealmente y fracasan en lo que exige interpretar relaciones espaciales tridimensionales desde una imagen bidimensional. De ello se deriva que el determinante del rendimiento no depende del interpretador sino de la información de la que dispone. ChatGPT resulta ser el modelo superior, con diferencias demostradas. En conclusión estos resultados desaconsejan el cálculo de nefrometrías mediante captura de pantalla y orientan el desarrollo hacia sistemas híbridos con escala calibrada y referencia volumétrica. El tamaño muestral, el uso de un único lector por nivel y la estimación aproximada de los componentes tridimensionales limitan el estudio.

## **IMPACTO DE LA LINFADENECTOMÍA INGUINAL PRECOZ EN EL CÁNCER DE PENE: CARGA GANGLIONAR Y RESULTADOS ONCOLÓGICOS DE UNA SERIE RETROSPECTIVA**

**Mejías-González, J; González-Pérez, L.; Hoffman, C; García-Ortiz, D. Concepción-Massip, T.**

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

### **INTRODUCCIÓN**

La afectación ganglionar constituye el principal factor pronóstico en el carcinoma epidermoide de pene. La evidencia disponible sugiere que el retraso en la realización de la linfadenectomía inguinal puede asociarse con una mayor carga ganglionar y peores resultados oncológicos.

### **OBJETIVO**

Evaluar si la realización de la linfadenectomía inguinal durante los primeros 90 días tras el tratamiento del tumor primario se asocia con una menor carga ganglionar desfavorable.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo de 53 pacientes con carcinoma epidermoide de pene, de los cuales 18 fueron sometidos a linfadenectomía inguinal entre 2020 y agosto de 2026. Se recogieron características clínicas y anatomopatológicas del tumor primario, estadio TNM, tiempo transcurrido desde el tratamiento definitivo del tumor primario hasta la cirugía ganglionar y causas de demora. Se definió linfadenectomía precoz como aquella realizada durante los primeros 90 días y diferida cuando se realizó posteriormente. La carga ganglionar se evaluó mediante la densidad ganglionar, definida como el cociente entre ganglios positivos y ganglios examinados, expresado en porcentaje. Se consideró enfermedad ganglionar adversa la presencia de pN2-pN3 o extensión extranodal. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Para la comparación entre grupos se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y exacta de Fisher. Se utilizó la correlación de Spearman para estudiar asociaciones ordinales y el análisis ROC para evaluar la capacidad discriminativa de la densidad ganglionar. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 18 pacientes, con una mediana de edad de 62,5 años; un 5,6% presentó infección por VPH-16. El 50% eran cN0 de alto riesgo, el 38,9% cN1-2 y el 11,1% cN3. En el 72,2% se realizó la cirugía del tumor primario y la linfadenectomía en el mismo acto quirúrgico. Ocho pacientes (44,4%) fueron sometidos a linfadenectomía precoz y 10 (55,6%) a linfadenectomía diferida. Se observó enfermedad ganglionar adversa en el 37,5% de las linfadenectomías precoces frente al 70% de las diferidas ( $p=0,342$ ; RR 0,54; IC95%: 0,20-1,43). La afectación pN2-pN3 fue del 25% frente al 60%, respectivamente ( $p=0,188$ ).

>>>

La mediana de densidad ganglionar fue del 0% en el grupo precoz frente al 10,3% en el diferido ( $p=0,393$ ). La mortalidad cáncer-específica fue del 22,2%. Todos los pacientes fallecidos presentaron una densidad ganglionar  $>10\%$ , frente al 0% de los supervivientes ( $p=0,029$ ), con una correlación positiva entre densidad ganglionar y mortalidad (Spearman= $0,389$ ). La densidad ganglionar  $>10\%$  mostró una capacidad discriminativa moderada (AUC= $0,75$ ). Las causas más frecuentes de demora fueron la derivación a comité uro-oncológico (30%) y la optimización médica (30%), sin observarse una asociación significativa con la enfermedad ganglionar adversa.

### CONCLUSIONES

La linfadenectomía precoz se asoció con una reducción relativa del 46% en la enfermedad ganglionar adversa, aunque sin alcanzar significación estadística. Una mayor densidad ganglionar podría asociarse con un incremento de la mortalidad cáncer-específica. No se observó una asociación significativa entre la causa de demora y la afectación ganglionar. Estos resultados respaldan un posible beneficio oncológico de la linfadenectomía precoz, si bien deben considerarse exploratorios y confirmarse en series con mayor tamaño muestral.

**IMPACTO DE LA TUTORIZACIÓN SOBRE LA EFICIENCIA QUIRÚRGICA Y LA CURVA DE APRENDIZAJE EN HOLEP. ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS CIRUJANOS**

**Jiménez García .P; Halawa González .O; Rodríguez Talavera. J; Ortega González. Y; Sotillo, AJ., Díaz Mesa .C; Ledesma Reyes .J; Siotis Uriarte .H; Monllor Gisbert, J.**

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**OBJETIVOS**

Comparar la eficiencia quirúrgica de dos cirujanos durante su aprendizaje en HOLEP y analizar la influencia de la tutorización en el proceso.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio retrospectivo bicéntrico que incluye los pacientes intervenidos de HOLEP entre 2022 y 2026 por un cirujano tutor y un tutorizado. La variable principal fue la eficiencia quirúrgica, definida como peso enucleado/tiempo quirúrgico total (g/min) Se compararon los primeros 100 casos individuales de forma global y en cinco bloques de 20 pacientes mediante pruebas no paramétricas y correlación de Spearman para comparar la evolución quirúrgica individual. Se evaluó además la velocidad de aprendizaje. La eficiencia se analizó mediante regresión lineal y se ajustó por variables de complejidad. Se realizaron análisis de sensibilidad para confirmar las diferencias analizadas.

**RESULTADOS**

Se incluyeron 184 procedimientos del tutor y 101 del tutorizado. La eficiencia se calculó en 240 casos (84,2%), sin pérdidas estadísticamente significativas. En los primeros 100 procedimientos, la complejidad de los casos fue comparable, presentando el tutorizado mayor eficiencia (0,54 frente a 0,44 g/min;  $p=0,024$ ) y menor tiempo quirúrgico (73 frente a 90 minutos;  $p<0,001$ ) con pesos similares. La eficiencia aumentó significativamente en ambos cirujanos con la experiencia ( $p=0,312$ ;  $p=0,003$  y  $p=0,004$ , respectivamente) y el tutorizado mostró una eficiencia superior desde el primer bloque, manteniendo esta ventaja pero sin poder demostrar diferencias en la velocidad de aprendizaje ( $p=0,6$ ). Los análisis de sensibilidad confirmaron que las diferencias se mantenían en el total de los casos. En el análisis ajustado por complejidad clínica se incluyeron 157 procedimientos, estimando una eficiencia del tutorizado superior a la del tutor en un 36,4% (IC95%: 12,0–66,2%;  $p=0,002$ ). No se observó un aumento de complicaciones, reintervenciones ni incontinencia. La adquisición de competencia se alcanzó 34 procedimientos antes en el tutorizado.

**CONCLUSIÓN**

El tutorizado presentó una mayor eficiencia desde el inicio del aprendizaje y alcanzó la competencia con mayor rapidez, sin justificarse por una menor complejidad y sin aumento de complicaciones. Ambos cirujanos mejoraron su eficiencia con la experiencia, sin demostrarse una velocidad mayor en el tutorizado. Estos resultados apoyan que la tutorización puede favorecer un aumento de la eficiencia durante el aprendizaje de HOLEP.

## CONCORDANCIA ENTRE EL VOLUMEN PROSTÁTICO ESTIMADO POR IMAGEN Y EL PESO DE LA PIEZA DE ENUCLEACIÓN TRAS HoLEP

Sotillo, Angelo J.; Halawa, Omar; Rodríguez Talavera, Jonathan; Ortega Gonzalez, Yanira; Monllor Méndez, Almudena; Carrión Valencia, Almudena; Díaz Mesa, Carlos; Jiménez García, Patricia; Ledesma Reyes, Javier; Siotis Uriarte, Helen; Monllor Gisbert, Jesús.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La estimación preoperatoria del volumen prostático condiciona la indicación y la planificación quirúrgica del HoLEP, pero su correspondencia con el tejido realmente enucleado está poco caracterizada. Evaluamos la asociación entre ambas medidas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de 156 pacientes sometidos a HoLEP por HBP. Se recogieron variables demográficas, PSA, sondaje vesical y tratamiento con 5-ARI previos, volumen prostático total estimado por imagen (ecografía abdominal 88,5%; RM 9,6%; ecografía transrectal 1,9%) y peso de la pieza enucleada. El ratio de enucleación se definió como peso de la pieza (g) / volumen prostático (cc). Se emplearon correlación de Pearson, regresión lineal, coeficiente de correlación intraclass (CCI) de acuerdo absoluto y análisis de Bland-Altman, con estratificación por volumen y por modalidad de imagen. Se excluyó un caso con ratio de 2,49, anatómicamente imposible.

### RESULTADOS

Edad media  $68,6 \pm 7,9$  años; volumen prostático  $65,4 \pm 29,2$  cc; peso enucleado  $50,8 \pm 28,1$  g; ratio de enucleación  $0,79 \pm 0,26$  (mediana 0,77), equivalente a una reducción mediana del 22,6%. La correlación fue significativa ( $r = 0,760$ ; IC95% 0,685–0,819;  $p < 0,001$ ), aunque el volumen explicó solo el 57,8% de la variabilidad del peso. El modelo fue  $\text{Peso (g)} = 2,99 + 0,731 \times \text{Volumen (cc)}$ , con un error de predicción de 18,2 g. La concordancia, en cambio, fue solo moderada: CCI 0,584, sesgo medio de -14,6 g y límites de concordancia de -53,6 a +24,4 g. Un 20,5% presentó un ratio superior a 1, todos entre 1,0 y 1,5, rango compatible con infraestimación del volumen y no con error de medición. La asociación se mantuvo en próstatas menores de 80 cc (menores de 40 cc:  $r = 0,692$ ; 40–80 cc:  $r = 0,543$ ;  $p < 0,001$ ), pero desapareció entre 80 y 120 cc ( $r = 0,065$ ;  $p = 0,68$ ) y por encima de 120 cc ( $r = -0,144$ ;  $p = 0,79$ ), pese a un ratio mediano estable en todos los estratos (0,75–0,81). El ratio no difirió entre ecografía abdominal y RM (0,77 vs 0,74;  $p = 0,39$ ).

### LIMITACIONES

La volumetría procede mayoritariamente de ecografía abdominal, sin medición estandarizada por un mismo observador, y no se dispuso del volumen de la zona transicional. El diseño retrospectivo y unicéntrico limita la generalización.

>>>

## CONCLUSIONES

El volumen prostático total estimado por imagen predice de forma insuficiente el peso de la pieza enucleada: un  $R^2$  de 0,578 y un CCI de 0,584 son muy inferiores a los descritos para la volumetría de la zona transicional ( $r = 0,91-0,96$  con ecografía transrectal o RM). El ratio observado (0,79) supera además el 0,62–0,69 comunicado en grandes series de HoLEP y, junto al 20,5% de ratios superiores a 1, indica una infraestimación sistemática del volumen. La pérdida completa de la asociación por encima de 80 cc es especialmente relevante, pues es en las próstatas grandes donde la planificación quirúrgica depende más de una estimación fiable. Estos hallazgos apoyan medir la zona transicional mediante ecografía transrectal o RM, y no el volumen total, en la evaluación preoperatoria del HoLEP.

## **HoLEP FRENTE A RTUp EN LA OBSTRUCCIÓN INFRAVESICAL TRAS RADIOTERAPIA POR CÁNCER DE PRÓSTATA: RESULTADOS FUNCIONALES Y SEGURIDAD DE UNA SERIE COMPARATIVA**

**de la Guardia García A.; Laverde Patiño D; Artiles Ortega C. León Medina P.; Barroso Deyne E.; Armas Molina J.**

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

### **INTRODUCCIÓN**

La radioterapia (RT) constituye una opción terapéutica con intención curativa en el cáncer de próstata, pero puede producir cambios fibróticos y vasculares que condicionan obstrucción infravesical. En estos pacientes, la cirugía desobstructiva presenta especial complejidad debido al mayor riesgo de complicaciones funcionales. La resección transuretral de próstata (RTUp) ha sido tradicionalmente la técnica más empleada en este contexto, aunque se ha asociado a tasas relevantes de incontinencia de novo y a una elevada necesidad de procedimientos posteriores. La evidencia disponible sobre el empleo de técnicas de enucleación prostática mediante láser Holmium (HoLEP) en esa situación es muy limitada, existiendo únicamente una serie reciente de pequeño tamaño.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Evaluar la seguridad y eficacia funcional del HoLEP en pacientes con obstrucción infravesical tras RT por cáncer de próstata, comparando sus resultados perioperatorios y funcionales con los obtenidos mediante RTUp.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo y descriptivo en pacientes con antecedente de adenocarcinoma de próstata tratado mediante RT que desarrollaron obstrucción infravesical y requirieron cirugía desobstructiva. Se incluyeron pacientes sometidos a HoLEP y RTUp tanto en nuestro centro como derivados a centros concertados entre junio de 2024 y junio de 2026. Un total de 6 pacientes fueron incluidos en cada grupo tras aplicar los criterios de exclusión establecidos. Se analizaron variables clínicas y funcionales preoperatorias, características de la RT, perioperatorias y resultados funcionales.

### **RESULTADOS**

Tras el análisis de las variables destacamos: valoración subjetiva de la obstrucción mediante IPSS de 25.7 en promedio para pacientes intervenidos mediante RTUp y 25 para HoLEP, con flujo máximo (Qmax) de 8.5 y 8.8 ml/s respectivamente. Si atendemos al volumen prostático, 38.2 cc en el primer grupo frente a 71 cc en el segundo.

Las HoLEP en su totalidad fueron realizadas en régimen de corta estancia y con un tiempo quirúrgico promedio de 75.8 minutos, mientras que las RTUp presentaron un ingreso medio de 3.67 días con tiempo quirúrgico de 49.7 minutos.



Respecto a los resultados, un sangrado promedio de 0.91 G/dl de Hemoglobina en las RTUp frente a 0.6 en HoLEP, así como un mayor tiempo con sonda vesical, 4 y 3 días respectivamente. En cuanto a mejoría funcional, el HoLEP fue superior con un incremento en el Qmax de +9.88 ml/s y en el IPSS de 15.5 puntos, +8.6 ml/s y 13 puntos en RTUp. Un 66% de los pacientes sometidos a HoLEP preservaron la continencia urinaria, por el contrario un 50% en RTUp. El ISIQ-SF medio fue 7.5/21 puntos para los pacientes intervenidos mediante enucleación y 11.7/21 en HoLEP. Si atendemos a la tasa de complicaciones, un 16% en HoLEP y 33% en RTUp.

### CONCLUSIONES

Los resultados sugieren que HoLEP podría constituir una alternativa factible para el tratamiento de la obstrucción infravesical tras RT, con resultados funcionales favorables y una tasa de complicaciones aceptable. No obstante, estos resultados deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral.

## **CÓLICO NEFRÍTICO EN EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

**Jiménez García .P; Fumero Arteaga .S; Falcón Barroso .J; Orribo Morales .N; Clemente Graffigna .R; Sotillo .AJ; Díaz Mesa .D; Ledesma Reyes .J; Siotis Uriarte .H; Ortega González .Y; Monllor Gisbert .J.**

Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria

**INTRODUCCIÓN:** El manejo del cólico nefrítico en embarazadas plantea un reto diagnóstico y terapéutico debido a las limitaciones de las pruebas de imagen y tratamientos. Además, las embarazadas presentan un riesgo mayor de padecer una sepsis urinaria grave, lo que hace imprescindible un manejo precoz para el mantenimiento del bienestar materno-fetal y evitar así complicaciones.

**OBJETIVOS:** Analizar las características clínicas, manejo diagnóstico y terapéutico y la evolución de las gestantes diagnosticadas de cólico nefrítico en nuestro centro entre 2025 y 2026, y comparar nuestra experiencia con las recomendaciones actuales de acuerdo a las Guías Europeas de Urología.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una revisión retrospectiva de las gestantes diagnosticadas de cólico nefrítico entre enero de 2025 y julio de 2026. Se analizaron las características maternas y gestacionales, los hallazgos clínico-diagnósticos y el tratamiento recibido.

**RESULTADOS:** En nuestro hospital se atendieron 5 casos de cólico nefrítico en embarazadas entre 2025 y 2026. La edad media de presentación fue de 29 años, encontrándose de media en la semana 10 de gestación. El dolor refractario al tratamiento analgésico fue la principal manifestación clínica, presente en todas las pacientes. La primera prueba de imagen realizada fue la ecografía, utilizando en una paciente la RMN para evaluar la causa de la obstrucción. La indicación de derivación urinaria fue en todas las pacientes por mal control del dolor, y en tres casos además por fiebre y empeoramiento analítico. En dos pacientes se realizó seguimiento con recambios de doble J cada mes y medio. En las tres restantes se decidió tratamiento quirúrgico durante el embarazo por infecciones recurrentes y/o calcificación del catéter. En todas las pacientes se objetivó calcificación precoz del doble J, siendo necesario en una ellas un segundo tiempo quirúrgico.

**CONCLUSIÓN:** El cólico nefrítico durante el embarazo requiere de un manejo individualizado para lograr un adecuado control de la obstrucción y evitar complicaciones. La ecografía es la prueba de elección para detectar hidronefrosis, sin embargo, no siempre permite identificar la causa de la obstrucción, pudiendo utilizar en estos casos la RMN. El tratamiento conservador continúa siendo la primera línea. En casos con mala respuesta la derivación urinaria permite controlar la situación aguda. Durante el seguimiento es imprescindible evaluar la calcificación del catéter e indicar los recambios adecuados. En casos seleccionados, la ureterorenoscopia aparece como alternativa al mantenimiento de la derivación urinaria durante el embarazo.

## STENTS URETERALES METÁLICOS AUTOEXPANDIBLES COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETERAL EN EL TRASPLANTE RENAL: RESULTADOS A LARGO PLAZO Y COMPARACIÓN CON OTRAS MODALIDADES TERAPÉUTICAS

C. Hoffman, C. García Alvarez, J. Mejías, D. García Ortiz. C.M. Tomás.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Canarias.

**INTRODUCCIÓN:** La estenosis ureteral constituye una de las complicaciones no vasculares más frecuentes del trasplante renal, con una incidencia de 0,6-10,5%. En este contexto, entre 1999 y 2006, el S. Radiología Intervencionista CHUC propuso la colocación de stents metálicos autoexpandibles como alternativa terapéutica a estos pacientes.

**OBJETIVO:** Analizar los resultados a largo plazo del stents metálicos autoexpandible en el CHUC y compararlo frente a los pacientes trasplantados en el mismo periodo sometidos a otras técnicas terapéuticas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Stents metálicos colocados: Wallstent<sup>a</sup>, Viabahn<sup>a</sup>, Smart<sup>a</sup>, Lifestent<sup>a</sup> y Express<sup>a</sup>.

Estudio observacional retrospectivo de cohortes de los pacientes trasplantados renales entre 1999 y 2006 (n= 844 pacientes). Se identificaron aquellos que desarrollaron estenosis ureteral del injerto, obteniéndose un total de 29 casos. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos según el tratamiento recibido: stent metálico autoexpandible (n=20) vs otra modalidad terapéutica (JJ/cirugía reconstructiva, n=9).

Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS 31 realizando test exacto de Fisher y curva de Kaplan Meier.

**RESULTADOS:** Análisis descriptivo: n=29.

Todas las estenosis fueron únicas salvo en 1 paciente. Localización: 75% en la anastomosis ureterovesical, 15% en la unión pieloureteral y 10% uréter distal. Aparición: 14 pacientes se diagnosticaron <3 meses, 1 paciente 4-12 meses y los 5 restantes fueron estenosis tardías (>1 año). Ningún paciente tuvo otro tratamiento previo de la estenosis.

-Se colocaron un total de 20 stents metálicos autoexpandibles por vía percutánea anterógrada. La mediana de seguimiento fue de 12,8 años. Sin complicaciones inmediatas post-colocación del stent, con una tasa de éxito inmediato del 100%. En cuanto a las complicaciones tardías ocurrieron en el 65% de los pacientes: obstrucción por hiperplasia tisular (7) , ITU de repetición (5), calcificación (3), re-estenosis (2) y migración (1). El 50% de los pacientes presentaron fracaso terapéutico del stent, definido como la pérdida de permeabilidad ureteral y/o necesidad de nueva intervención.

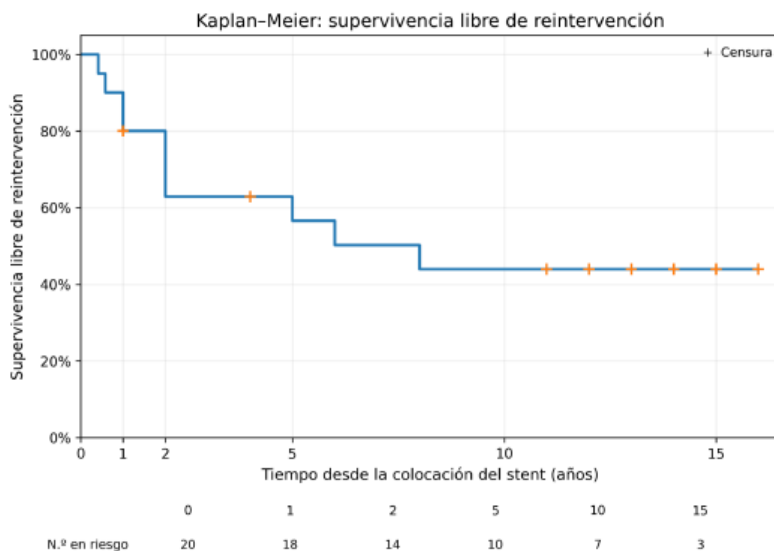
-En cuanto a los pacientes tratados con otras técnicas (n=9), la mediana de tiempo de seguimiento fue de 11 años. De estos, 6 pacientes fueron tratados mediante cirugía reconstructiva y 3 pacientes mediante colocación de catéter JJ. No hubo complicaciones inmediatas ni tardías en este grupo de pacientes.

>>>

### Análisis estadístico

La tasa de éxito terapéutico a largo plazo (ausencia de criterios de fracaso terapéutico) fue del 50% (10/20) para los stents frente al 100% (9/9) para cirugía reconstructiva/JJ . ( $p=0.011$ ; test exacto de Fisher).

La supervivencia libre de reintervención para los pacientes tratados con stent estimada mediante Kaplan Meier fue del 80% al año IC 95% (55.1-92%), 56.6% a los 5 años IC 95% (31.2-75.7%) y 44% a los 10 años IC 95% (20.6-65.2%). La mediana estimada de supervivencia libre de reintervención fue de aproximadamente 8 años.



### CONCLUSIONES

- 1) Los stents metálicos autoexpandibles constituyen una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de la estenosis ureteral, con elevada eficacia técnica inicial. Sin embargo, en nuestra serie presentaron una considerable necesidad de reintervenciones y menor tasa de éxito a largo plazo respecto a otros tratamientos.
- 2) Cabe destacar que los dispositivos utilizados en esta cohorte eran originalmente diseñados para uso vascular. El desarrollo de stents específicamente diseñados para la vía urinaria podría ofrecer mejores resultados en pacientes seleccionados.

## **EXPERIENCIA INICIAL EN CANARIAS CON MÁQUINAS DE PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA CONTINUA**

**García Ortiz D., Plata Bello A.C, García Alvarez C., Hoffman C., J Mejías González J.F., Concepción Masip T.**

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias

### **INTRODUCCIÓN**

La incidencia de trasplante renal (TXR) se ha incrementado en los últimos años. Para cubrir la demanda ha sido necesario incluir donantes de criterio expandido (ECD), cuyas características implican más riesgo de complicaciones en los receptores.

La máquina de perfusión hipotérmica continua renal (MPHC) parece mitigar el daño por isquemia-reperusión tras el explante, al ser más similar a la perfusión natural del riñón, frente al almacenamiento estático frío (SCS). La reducida evidencia científica disponible concluye que la MPHC reduce la función renal retardada (DGF) (RR 0,78), mejora la supervivencia del injerto (seguimiento de 1 a 10 años: HR 0,55) y resulta costo-efectiva al compararse con SCS (1, 2).

### **OBJETIVO**

El objetivo de este estudio es comparar los datos de MPHC frente SCS en pacientes trasplantados en el CHUC (Complejo Hospitalario Universitario de Canarias) en el año 2025, así como confirmar sus posibles beneficios en el grupo de ECD.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Análisis descriptivo retrospectivo unicéntrico de pacientes sometidos a TXR en el CHUC en 2025. El análisis estadístico se realizó mediante IBM SPSS Statistics 31.0.2.0, ajustando los test estadísticos a la normalidad de las variables.

### **RESULTADOS**

En el año 2025 se realizaron en el CHUC un total de 73 TXR de donante cadáver, de los cuales 9 recibieron MPHC pretrasplante y 64 SCS (grupo control). Sólo 3 pacientes formaron parte de ambos grupos (el mismo donante aporta un riñón en SCS y otro en MPHC). La edad media del grupo MPHC fue de 67 años, frente al grupo SCS que fue 58 años.

Se observó una mayor representación de ECD en el grupo MPHC (67% vs 57%).

La MPHC permitió mayores tiempos de isquemia fría (mediana 19'2 vs 8'2 horas; grupo con isquemia >20 horas: 44% vs 16%).

La DGF fue del 11,1% en el grupo MPHC frente al 29,8% en el grupo SCS. Al restringir este análisis a los trasplantes de ECD, la DGF fue del 16,7% en MPHC y 41,9% en SCS.

>>>

## CONCLUSIONES

La MPHIC permite tiempos de isquemia fría mayores y, en nuestra experiencia inicial, reduce la tasa de DGF. Esta reducción de DGF es especialmente relevante en riñones procedentes de donantes de criterio expandido.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kang M, Kim S, Choi JY, Kim KS, Jung YK, Park B, Choi D. Ex vivo kidney machine perfusion: meta-analysis of randomized clinical trials. Br J Surg. 2024 Apr 3;111(4):znae102. doi: 10.1093/bjs/znae102. PMID: 38637312.
2. Tingle SJ, Thompson ER, Figueiredo RS, Moir JA, Goodfellow M, Talbot D, Wilson CH. Normothermic and hypothermic machine perfusion preservation versus static cold storage for deceased donor kidney transplantation. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jul 9;7(7):CD011671. doi: 10.1002/14651858.CD011671.pub3. PMID: 38979743; PMCID: PMC11232102.

## ANÁLISIS CONJUNTO DEL EMPLEO DE LA GASOMETRÍA CAVERNOSA Y LAS PRUEBAS DE IMAGEN EN EL MANEJO DEL PRIAPISMO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y PROPUESTA DE UN ALGORITMO PARA RESIDENTES DE UROLOGÍA

José Alonso Silva Torres, Eleni Anastasiadis

Hospital Universitario de Croydon

**OBJETIVOS:** El priapismo, definido como una erección persistente durante más de 4 horas en ausencia de estímulo sexual, constituye una urgencia urológica. Su diagnóstico precoz y correcta clasificación son fundamentales para instaurar el tratamiento adecuado y prevenir complicaciones. Por ello, los objetivos de este proyecto son analizar la adecuación del uso de la gasometría cavernosa para diferenciar el tipo de priapismo, evaluar la indicación del eco-Doppler peneano y revisar el uso de la resonancia magnética peneana con contraste.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de 40 pacientes con diagnóstico de priapismo atendidos en Urgencias entre 2014 y 2026. Se recogieron datos demográficos, duración de los síntomas, factores de riesgo y realización o indicación de gasometría cavernosa, eco-Doppler peneano y resonancia magnética.

De forma complementaria, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, incluyendo búsqueda en bases de datos como PubMed y Cochrane Library para identificar la evidencia sobre la utilidad de la gasometría cavernosa y las técnicas de imagen en el diagnóstico y manejo del priapismo. Los resultados de la auditoría y de la revisión se integraron para elaborar un algoritmo diagnóstico destinado a la formación de residentes de urología.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 34 años y la duración media de los síntomas de 22 horas. El 67,5% presentaba factores de riesgo. La gasometría se realizó en el 30% de los casos, no se realizó en el 35% y no estuvo indicada en el 35%. El eco-Doppler se realizó en el 7,5%, no se realizó en el 57,5% y no estuvo indicado en el 35%. No se realizó ninguna resonancia magnética; en el 47,5% de los casos no estaba indicada.

**CONCLUSIONES:** La auditoría pone de manifiesto una infrautilización de la gasometría cavernosa, considerada la prueba de referencia para la clasificación inicial del priapismo y la toma de decisiones diagnósticas posteriores. La revisión sistemática confirmó que la ecografía Doppler y la resonancia magnética deben emplearse de forma selectiva en situaciones clínicas concretas. A partir de ambos análisis se desarrolló un algoritmo diagnóstico para residentes de urología, con el objetivo de estandarizar la evaluación inicial, optimizar la utilización de las pruebas complementarias y favorecer un manejo basado en la evidencia.

## LIBERACIÓN ROBÓTICA BILATERAL DEL NERVIIO PUDENDO EN NEURALGIA PUDENDA REFRACTARIA

**Expósito Rodríguez, Cristian; Barroso Deyne, Eduardo; Ruibal Moldes, Manuel; Cabral Fernandez, Andreina; Armas Molina, José Vicente**

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

### INTRODUCCIÓN

La neuralgia pudenda es una causa infrecuente de dolor pélvico neuropático y su diagnóstico requiere correlación clínica, exclusión de diagnósticos alternativos y apoyo de pruebas complementarias. En pacientes seleccionados con sintomatología refractaria puede plantearse la descompresión quirúrgica. Presentamos en formato vídeo la primera experiencia de nuestro centro con liberación robótica bilateral del nervio pudendo, describiendo la selección del paciente, la técnica y los resultados precoces.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 43 años con diabetes mellitus, polineuropatía sensitivomotora y antecedentes de cirugía lumbar L4-S1, con dolor neuropático bilateral en territorio pudendo, de predominio izquierdo, asociado a hipoestesia peneana y marcada repercusión sobre la calidad de vida. Presentaba empeoramiento tras 15-30 minutos de sedestación, ausencia de despertar nocturno y electroneurografía compatible con neuropatía pudenda bilateral, más acusada a izquierda. Persistía sintomático pese a tratamiento multimodal con tapentadol, oxicodona, duloxetina y amitriptilina. El bloqueo pudendo bilateral produjo una mejoría aproximada del 80% durante 15 días y la radiofrecuencia bilateral, del 70% durante 3 meses. Ante la recurrencia sintomática se indicó liberación bilateral mediante abordaje robótico transperitoneal. Se realizó identificación del paquete neurovascular pudendo, sección del ligamento sacroespinoso, neurólisis proximal y distal con preservación vascular e interposición de tejido adiposo autólogo.

### RESULTADOS

El tiempo quirúrgico total fue de 90 minutos, con 65 minutos de consola, sangrado estimado de 50 ml y estancia hospitalaria de 24 horas. No se registraron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, conversiones, reingresos o reintervenciones. A las 9 semanas, la escala numérica del dolor (NRS, Numeric Rating Scale) media disminuyó de 8/10 preoperatoria retrospectiva a 4/10 y la máxima de 10/10 a 5/10. El PGI-I fue 2/7 («mucho mejor»), con una mejoría global subjetiva del 70%. Desapareció la quemazón perianal y el dolor perineal derecho disminuyó hasta 1/10, persistiendo mayor dolor izquierdo (6/10), concordante con la mayor afectación neurofisiológica preoperatoria. El paciente refería recuperación sensitiva progresiva y función eréctil satisfactoria, y afirmaba que volvería a someterse a la intervención. Conclusiones: La liberación robótica bilateral del nervio pudendo fue factible y segura en este paciente cuidadosamente seleccionado. El abordaje robótico permitió una adecuada exposición del paquete neurovascular pudendo y completar la descompresión bilateral mediante una técnica mínimamente invasiva.

>>>

Los resultados precoces muestran una reducción clínicamente relevante del dolor y una mejoría significativa en la percepción global del paciente. Dada la evolución progresiva esperable tras la descompresión neural, el seguimiento actual debe considerarse preliminar, siendo necesaria una valoración a medio y largo plazo, especialmente a los 6-12 meses, para determinar la magnitud y estabilidad del beneficio clínico.

**Palabras clave:** neuralgia pudenda; nervio pudendo; dolor pélvico crónico; cirugía robótica; neurólisis.

## **MORBILIDAD Y SECUELAS DE LA ZONA DONANTE TRAS LA OBTENCIÓN DE MUCOSA ORAL PARA URETROPLASTIA: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO**

**Zaballos Carpintero, V; Barroso Deyne, E; Alvarado Rodriguez, A; Cabral Fernandez, A; Expósito Rodriguez, C; Armas Molina, J.V.**

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria

### **OBJETIVOS**

Evaluar la morbilidad de la zona donante tras la obtención de mucosa oral para uretroplastia, diferenciando las manifestaciones postoperatorias resueltas de las alteraciones presentes a medio y largo plazo, y analizar su repercusión clínica y la satisfacción de los pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo con evaluación transversal mediante entrevista telefónica de pacientes sometidos a uretroplastia con injerto de mucosa oral en nuestro centro. Se recogieron variables demográficas y quirúrgicas, dolor oral postoperatorio y su duración, dificultad para la alimentación, limitación de la apertura oral, alteraciones sensitivas, tirantez cicatricial, alteraciones de la salivación y otras complicaciones locales. Asimismo, se evaluaron la presencia e intensidad (escala numérica de 0 a 10) de alteraciones en el momento de la entrevista, la satisfacción global y la disposición a aceptar una nueva toma de mucosa oral.

Se consideró manifestación transitoria aquella referida tras la cirugía pero ausente en el momento de la entrevista. Se definió como alteración tardía de la zona donante cualquier hallazgo o síntoma atribuible a esta presente en la entrevista, siempre que hubieran transcurrido al menos 3 meses desde la intervención. Se realizó un análisis descriptivo; las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC), y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron 19 pacientes, con una edad media de  $52,8 \pm 17,3$  años y una mediana de seguimiento de 26 meses [RIC: 11-31]. En el 94,7% se utilizó una única zona donante y en todos los casos se realizó cierre primario.

Durante el postoperatorio, 9/19 pacientes (47,4%) refirieron dolor oral, 4/19 (21,1%) dificultad para la alimentación y 3/19 (15,8%) limitación de la apertura oral. El dolor se había resuelto en 8 de los 9 pacientes.

Quince pacientes tenían un seguimiento mínimo de 3 meses y fueron evaluables para alteraciones tardías. Se identificó alguna alteración presente en la entrevista en 6/15 (40,0%; IC 95%: 16,3-67,7%): tirantez cicatricial en 4/15 (26,7%), cambios morfológicos del sitio donante en 2/15 (13,3%), alteración sensitiva en 1/15 (6,7%) y dolor en 1/15 (6,7%). No se observaron limitación de la apertura oral ni alteraciones de la salivación en el momento de la entrevista.

>>>

Cinco de los seis pacientes con alguna alteración tardía le asignaron una intensidad actual de 0/10. La satisfacción global presentó una mediana de 10/10 [RIC: 10-10], y 18/19 pacientes (94,7%) aceptarían una nueva toma de mucosa oral.

### CONCLUSIONES

La morbilidad postoperatoria de la zona donante oral fue frecuente, pero mayoritariamente transitoria. En pacientes con al menos 3 meses de seguimiento, el 40% refería alguna alteración local en el momento de la entrevista, principalmente tirantez cicatricial o cambios morfológicos; no obstante, su repercusión clínica fue escasa. La elevada satisfacción y la aceptación de una nueva toma indican una buena tolerabilidad del procedimiento desde la perspectiva del paciente.

## URETROPLASTIA PERINEAL EN UN TIEMPO PARA ESTENOSIS PANURETRAL MEDIANTE INJERTOS MÚLTIPLES DE MUCOSA BUCAL Y LINGUAL: TÉCNICA DE KULKARNI CON INVAGINACIÓN PENEANA

Zaballos Carpintero, V; Barroso Deyne, E; Alvarado Rodriguez, A; Cabral Fernandez, A; Expósito Rodriguez, C; Armas Molina, J.V.

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria.

### OBJETIVOS

Presentar mediante vídeo la técnica quirúrgica de uretroplastia en un tiempo según Kulkarni para el tratamiento de una estenosis extensa de uretra anterior secundaria a liquen escleroso, empleando un abordaje perineal único, invaginación peneana y múltiples injertos de mucosa oral.

### MATERIAL Y MÉTODO

Paciente con antecedentes de liquen escleroso y sintomatología obstructiva progresiva desde 2017. Había sido sometido previamente a circuncisión, meatotomía en otro centro y posteriormente a dilataciones uretrales periódicas. La uretrocistoscopia evidenció múltiples anillos estenóticos a lo largo de la uretra, mientras que la uretrocistografía mostró una uretra peneana arrosariada y disminuida de calibre hasta uretra bulbar media. La flujometría mostró un Qmax de 5 ml/s, con un volumen miccional de 180 ml y ausencia de residuo postmiccional.

Ante la extensión de la enfermedad y la necesidad de dilataciones periódicas, se indicó reconstrucción uretral mediante uretroplastia con injerto de mucosa oral según técnica de Kulkarni.

Se realizó abordaje perineal con disección unilateral izquierda de la uretra, preservando su vascularización contralateral. Mediante invaginación peneana se consiguió exponer la uretra anterior hasta el meato sin necesidad de incisión peneana. Tras uretrotomía longitudinal, se obtuvieron tres injertos de mucosa oral: dos de mucosa bucal y uno de mucosa lingual, de 7, 4 y 5 cm, respectivamente. Tras su preparación, fueron colocados sobre los cuerpos cavernosos realizando una uretroplastia dorsolateral onlay con sutura de poliglactina 5/0. Se finalizó el procedimiento con colocación de sonda vesical y comprobación de estanqueidad de la reconstrucción.

### RESULTADOS

La reconstrucción completa de la uretra anterior se realizó en un único tiempo quirúrgico y mediante un único abordaje perineal, utilizando tres injertos de mucosa oral.

En la uretrografía de control realizada a las dos semanas se observó correcto paso del contraste hacia la uretra posterior, objetivándose una imagen dudosa de extravasación distal, aproximadamente a 3 cm del meato. Ante este hallazgo se optó por manejo conservador, recolocando una sonda vesical de 14 Ch y programando nueva cistouretrografía miccional de control una semana después. El paciente permanece actualmente en seguimiento postoperatorio.

>>>

## CONCLUSIONES

La técnica de Kulkarni permite abordar estenosis panuretrales complejas en un único tiempo quirúrgico mediante acceso perineal e invaginación peneana, evitando incisiones peneanas adicionales. La disección uretral unilateral permite preservar la vascularización contralateral, aspecto especialmente relevante en reconstrucciones extensas. En defectos de gran longitud, la combinación de múltiples injertos de mucosa bucal y lingual constituye una alternativa para obtener suficiente tejido de sustitución. Dado el corto seguimiento del caso, será necesaria la evaluación posterior para determinar los resultados funcionales y la permeabilidad uretral a medio y largo plazo.

## **VALORACIÓN DE FACTORES HUMANOS DE UNA SONDA URINARIA INNOVADORA: ESTUDIO DE USABILIDAD EN PACIENTES, CUIDADORES Y PROFESIONALES SANITARIOS**

**Clara Armas Moreno, Saray Ojeda Jorge, Manuel Luque González.**

Rethink Medical SL

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El manejo de las sondas urinarias requiere una adecuada capacitación para minimizar errores de uso, reducir complicaciones y favorecer la autonomía de los pacientes. Este estudio tiene como objetivo evaluar la usabilidad y seguridad de uso de T-Control®, una sonda urinaria innovadora con una válvula de control de fluidos integrada, y su componente de fijación Holder, para los pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de validación de Factores Humanos para evaluar la usabilidad y seguridad de uso de T-Control®, mediante la simulación de procesos relacionados con el uso de esta sonda. Participaron 45 individuos con perfiles de experiencia diferentes: 15 pacientes, 15 cuidadores y 15 profesionales sanitarios. Todos ellos recibieron una formación en el manejo de T-Control®, que incluyó material audiovisual, las instrucciones de uso y entrenamiento práctico. Tras un periodo de consolidación del aprendizaje de al menos una hora, los participantes realizaron una simulación en maniquí con T-Control® y su componente Holder. El desempeño se evaluó mediante la observación de tareas críticas previamente definidas: activación inicial de la válvula (profesionales sanitarios), apertura y cierre de la válvula y fijación de T-Control® con el Holder (todos los participantes).

### **RESULTADOS**

Las tareas críticas de apertura y cierre de la válvula, así como de fijación de T-Control® con el Holder fueron completadas correctamente por todos los participantes (45/45; 100%) durante la simulación. En el grupo de profesionales sanitarios, la activación inicial del dispositivo tras su inserción también fue correcta en todos los casos (15/15; 100%). Se registraron 15 errores de uso menores cometidos por 14 participantes, predominantemente relacionados con la preparación del procedimiento (lavado de manos) y, en un único caso, con limitaciones en el modelo de simulación. No obstante, ninguno de los errores estuvo relacionado con la interacción con el dispositivo ni comprometió la ejecución de las tareas críticas predefinidas. Solo dos participantes del grupo de pacientes (13,3%) experimentaron dificultades iniciales para abrir y cerrar la válvula, que se resolvieron tras comprender el funcionamiento de la válvula.

### **CONCLUSIONES**

Los resultados muestran que, tras una formación estandarizada, pacientes, cuidadores y profesionales sanitarios fueron capaces de realizar correctamente todas las tareas críticas con T-Control® y su componente Holder, sin errores que comprometieran la seguridad del procedimientos. Estos hallazgos respaldan la usabilidad y la seguridad de uso del dispositivo y apoyan su implementación en la práctica clínica.

## **NUEVA SONDA URINARIA T-CONTROL®: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ENSAYO CLÍNICO PILOTO ALEATORIZADO**

**Clara Armas Moreno, José Medina Polo, Marta Sangrador Díaz, Yolanda de Blas Lozano, Santiago Pérez García, Manuel Luque González**

Rethink Medical SL

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El sondaje urinario de larga duración puede afectar negativamente a la calidad de vida de los pacientes, al repercutir en sus actividades cotidianas, su bienestar psicológico y sus relaciones sociales. El objetivo de este estudio fue comparar el efecto de T-Control®, una nueva sonda urinaria tipo Foley con una válvula integrada de control de fluidos, frente a una sonda Foley convencional sobre la calidad de vida y la satisfacción de los pacientes con sondaje prolongado.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un ensayo clínico piloto aleatorizado de métodos mixtos, actualmente en curso, con dos grupos paralelos de pacientes con sondaje urinario de larga duración. Los pacientes permanecieron con las sondas T-Control® o Foley convencional durante cuatro semanas. La variable principal medida fue la calidad de vida relacionada con la salud, que se midió a través de los cuestionarios EuroQol-5D-5L y un cuestionario de calidad de vida relacionada con la sonda desarrollado por el equipo investigador y compuesto por cinco dominios. A partir de ambos instrumentos se obtuvo una puntuación global de calidad de vida para cada participante, determinada al inicio y al final del estudio.

**RESULTADOS:** Se reclutaron 15 pacientes; 11 completaron el estudio y fueron incluidos en el análisis (5 en el grupo T-Control® y 6 en el grupo Foley). Los pacientes del grupo T-Control® puntuaron su calidad de vida relacionada con el estado de salud autopercebido al final del estudio con una puntuación media de 6,15/10 (DE=3,34), frente a un 5,68/10 (DE=1,31) del grupo Foley. Los dominios en los que T-Control® recibió una mejor puntuación fueron: impacto en el estilo de vida (media=7,73; DE=3,36 vs media=6,75; DE=1,45), autopercepción inicial (media=5,97; DE=3,36 vs. media=5,02; DE=1,45) y auto-percepción actual (media=5,32; DE=3,84 vs. media=4,98; DE=0,73). La puntuación global de calidad de vida aumentó en el grupo T-Control® en más de 1,6 puntos respecto al valor basal (media=4,46; DE=0,56 vs. media=6,15; DE=3,34), mientras que en el grupo Foley apenas se observaron cambios (media=5,30; DE=1,73 vs. media=5,68; DE=1,31). La satisfacción con la sonda a las cuatro semanas fue mayor en el grupo T-Control® que en el grupo Foley convencional (media=7,60; DE=4,34 vs. media=6,50; DE=3,27).

**CONCLUSIONES:** Los resultados preliminares sugieren que T-Control® podría asociarse con una mejor calidad de vida de los pacientes con sondaje urinario de larga duración en comparación con la sonda Foley convencional. Se observó una tendencia hacia una menor afectación del estilo de vida, una mayor satisfacción con el dispositivo y una mejor percepción del estado de salud. No obstante, estos hallazgos, así como el posible impacto de T-Control® sobre otros desenlaces clínicos relevantes, deberán confirmarse en el análisis final del ensayo clínico.









# 31 CONGRESO SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA

01 al 03  
octubre 2026

Hotel Bancal  
La Gomera



## INFORMACIÓN ÚTIL



### SEDE

**Hotel Bancal  
La Gomera**

C/ Lomo de Clavo, 188

38801 - San Sebastián de La Gomera



**SOCIEDAD CANARIA DE UROLOGÍA  
31 CONGRESO SCU 2026**

[www.sociedadcanariadeurologia.com](http://www.sociedadcanariadeurologia.com)



### SECRETARÍA TÉCNICA

**Magna Congresos S.L.**

922 65 62 62

[congresoscu@magnacongresos.es](mailto:congresoscu@magnacongresos.es)

[www.magnacongresos.com](http://www.magnacongresos.com)



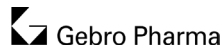
## COLABORAN



LABORATOIRES  
**Pierre Fabre**  
New ways to care



**bioksan**  
Naturalmente juntos



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

