



Castilla-La Mancha



# XLV Reunión Manchego-Extremeña de Urología

20 y 21 de octubre  
**CUENCA 2023**



**PROGRAMA**  
Libro de Resúmenes



# **XLV** Reunión Manchego-Extremeña de Urología

20 y 21 de octubre  
**CUENCA2023**

## **Comité Organizador**

---

Presidenta

*Mónica de Cabo Ripoll*

Secretario

*Ramón José Samblás García*

## **Comité Científico**

---

*José Miguel Giménez Bachs*

*Laura Martínez Arcos*

*María Sánchez García*

Tesorero

*José Javier Fabuel Alcañiz*

Vocales

*Habbib Benkirane Gabas*

*Gerardo Alvarez Costa*





# Índice



## ÍNDICE DEL PROGRAMA

### XLV Reunión Manchego-Extremeña de Urología

#### Viernes 20 de Octubre de 2023

- 16:30-17:00 Recogida de documentación.
- 17:00-17:15 Inauguración.
- 17:15-18:25 **MESA 1: DIAGNÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA.**  
Moderador: *J. Golbano*
- 17:15-17:35 **Papel de los biomarcadores en el CaP.**  
*M.I. Galante*
- 17:40-18:00 **RM y microultrasonidos para dirigir la biopsia prostática ¿Qué debemos pedirle a nuestros radiólogos?**  
*J.J. Fabuel*
- 18:05-18:20 **¿Cuándo y cómo hacemos consejo genético?**  
*E. Ríos*
- 18:25-18:40 Pausa café.
- 18:40-19:30 **MESA 2: TUMOR UROTELIAL INVASIVO.**  
Moderador: *P. Parra*
- 18:40-19:00 **Estadía en TVMI: Papel de la RM y del PET TAC glucosa.**  
*F. Martín Ordoñez*
- 19:05-19:25 **Más allá del platino: Inmunoterapia en neoadyuvancia y en primera línea del tumor urotelial metastásico.**  
*M.J. Molina Garrido*



19:30-21:00 **M-1 / PRIMERA MESA DE COMUNICACIONES.**

Moderadores: *F. Leal Hernández y A. F. Zazo*

22:00 Cena.

## Sábado 21 de Octubre de 2023

08:45-10:45 **M-2 / SEGUNDA MESA DE COMUNICACIONES.**

Moderadores: *L. Calahorra y A. Barroso*

10:45-11:00 Pausa café.

11:00-12:35 **MESA 3: TIPS AND TRICKS PARA RESIDENTES.**

Moderadores: *A. Bielsa y S. Rico*

11:00-11:20 **Urodinámica para residentes.**

*J. Martínez Ruiz*

11:25-11:45 **Cirugía de la IU del varón: diagnóstico y elección del mejor dispositivo.**

*J.M. Martínez de Vicente*

11:50-12:10 **Nefrectomía parcial abierta, laparoscópica y robótica: ¿Cuándo, cómo y por qué?**

*B. Pozo*

12:15-12:35 **Cirugía de litiasis y sus complicaciones  
¿Cómo las afrontamos?**

*I. Gómez García*



# **XLV** Reunión Manchego-Extremeña de Urología

CUENCA ■ 20 y 21 de Octubre ■ 2023

- 12:40-14:00 **MESA 4: CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO.**  
Moderador: *A. Salinas*
- 12:40-13:00 **Impacto de las NGI en el manejo del CPHSm.**  
*I. Cienfuegos*
- 13:05-13:25 **Segundas y terceras líneas de tratamiento en CPRC M1.**  
*D. Marcos Marín*
- 13:30-13:55 **Calidad de vida y manejo clínico de los efectos secundarios.**  
*M. Sánchez García*
- 14:00 Comida.
- 
- 15:45-17:30 **M-3 / TERCERA MESA DE COMUNICACIONES.**  
Moderadores: *M. De Cabo y G. Machado*
- 
- 17:30 Clausura.
- 17:35 **Asamblea (primera convocatoria).**
- 18:05 **Asamblea (segunda convocatoria).**
- 21:00 Cena.





## Programa de Sesiones



## ÍNDICE DEL PROGRAMA

### XLV Reunión Manchego-Extremeña de Urología

#### Viernes 20 de Octubre de 2023

- 16:30-17:00 Recogida de documentación.
- 17:00-17:15 Inauguración.
- 17:15-18:25 **MESA 1: DIAGNÓSTICO EN CÁNCER DE PRÓSTATA.**  
Moderador: *J. Golbano*
- 17:15-17:35 **Papel de los biomarcadores en el CaP.**  
*M.I. Galante*
- 17:40-18:00 **RM y microultrasonidos para dirigir la biopsia prostática ¿Qué debemos pedirle a nuestros radiólogos?**  
*J.J. Fabuel*
- 18:05-18:20 **¿Cuándo y cómo hacemos consejo genético?**  
*E. Ríos*
- 18:25-18:40 Pausa café.
- 18:40-19:30 **MESA 2: TUMOR UROTELIAL INVASIVO.**  
Moderador: *P. Parra*
- 18:40-19:00 **Estadía en TVMI: Papel de la RM y del PET TAC glucosa.**  
*F. Martín Ordoñez*
- 19:05-19:25 **Más allá del platino: Inmunoterapia en neoadyuvancia y en primera línea del tumor urotelial metastásico.**  
*M.J. Molina Garrido*



19:30-21:00 **M-1 / PRIMERA MESA DE COMUNICACIONES.**

Moderadores: *F. Leal Hernández y A. F. Zazo*

## V-1

### **MODIFICACIONES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE EXTRACCIÓN RENAL EN DONANTE VIVO: NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA MANO- ASISTIDA.**

Gutiérrez Aguilar, A; Luque Moreno, J; Fernández Fernández, N;  
Rodríguez Jaureguialde, V; Bueno Domínguez, P; Sánchez Conde, V;  
Cabo González, J.A.

*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

## V-2

### **CIRUGÍA CITORREDUCTORA EN UN PACIENTE CON CÁNCER RENAL METASTÁSICO.**

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Pozo Mengual, B.; Marcos Marín, D.;  
Alberto Bravo, M.J.; Mañas García-Vacas, J.; Barriga Guijo, R.M.;  
Sanz Miguelañez, J.L.; Hernández Andrés, I.; Rodríguez Cabero, M.;  
Chicharro Almansa, F.J.; Merino Hernáez, A.C.; Covaria Acuña, F.H.;  
Leal Hernández, L.F.

*Hospital Universitario De Guadalajara.*

## V-3

### **TIPS AND TRICKS EN PROSTATECTOMÍA RADICAL. HEMOSTASIA PERIURETRAL.**

Sánchez-Mateos Manzanegue, D; Villares López, Á; Syed Fernández, M;  
González Castellón, C; Pérez Rodríguez, S; Parra Cuerda, A.B;  
Astudillo Campoverde, J.S; Luis Cardo, A; Serrano Gutierrez, A.I;  
González Gallego, C; Esteban Labrador, L; Rubio Hidalgo, E;  
Quiños Dorado, C; Ramírez Backhaus, M; GómezGarcía, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

## V-4

### **NEFROURETERECTOMIA DE HEMIRIÑÓN SUPERIOR DERECHO EN VARÓN CON DOBLE SISTEMA EXCRETOR CON BOLSÓN HIDRONEFRÓTICO Y MEGAUÉRTER.**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Marcos Marín, D.;  
Sanz Miguelañez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Pozo Mengual, B.;  
Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Covaria Acuña, F.H.;  
Chicharro Almarza, G.J.; Merino Hernáez, A.C; Leal Hernández, F.L.

*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)  
Universidad de Alcalá de Henares*



## V-5

### **SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA.**

#### **A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Sánchez-Mateos Manzaneque, D; Syed Fernández, M; Villares López, Á;  
Quicios Dorado, C; González Castellón, C; Pérez Rodríguez, S;  
Parra Cuerda, A.B; Astudillo Campoverde, J.S; Luis Cardo, A;  
Serrano Gutiérrez, A; Gonzalez Gallego, C; Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

## V-6

### **NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE RIÑÓN POLIQUÍSTICO.**

#### **DIFICULTADES TÉCNICAS.**

García Torres, A; Pérez-Utrilla Pérez, M; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto, A;  
Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B;  
López Sanchez, D; Lara Isla, A; Damas Arroyo, F; Grande Murillo, D;  
Calahorra Fernández, L.

*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

## V-7

### **INDICACIÓN URGENTE DE PRÓTESIS PENEANA EN PRIAPISMO REFRACTARIO.**

Parra Cuerda, A.B.; Villares López, A.; Syed Fernández, M.;  
Sánchez-Mateos Manzaneque, D.; Astudillo Campoverde, J.S.;  
Pérez Rodríguez, S.; González Castellón, C.; Serrano Gutiérrez, A.I.;  
Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

## V-8

### **CORPOROPLASTIA CON PARCHE DE PERICARDIO BOVINO.**

#### **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE.**

Pérez Rodríguez, S; Syed Fernández, M; Villares López, Á;  
Parra Cuerda, A.B; González Castellón, C; Sánchez-Mateos Manzaneque, D;  
Astudillo Campoverde, J.S; Serrano Guitiérrez, A.B; Luis Cardo, A;  
González Gallego, C; Esteban Labrador, L; Vivanco López-Muñoz, C;  
Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*



## V-9

### **SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE CONN: PASOS PARA UNA CIRUGÍA SEGURA.**

Cantero González, N; Garre Hernanz, J; Castellanos Donoso, P;  
Moyano Maqueda, M; Sanchez Magias, S; Toledo Serrano, M.J;  
Parra Escobar, J.L

*Hospital de Mérida*

## P-10

### **ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: UN CASO UROLÓGICO SINGULAR.**

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Barriga Guijo, R.M.; Alberto Bravo, M.J.;  
Mañas García-Vacas, J.; Marcos Marín, D.; Merino Hernández, A.C.;  
Sanz Miguelañez, J.L.; Pozo Mengual, B.; Covaria Acuña, F.H.;  
Hernández Andrés, I.; Rodríguez Cabero, M.; Chicharro Almansa, F.J.;  
Leal Hernández, L.F.

*Hospital Universitario De Guadalajara*

## P-11

### **RECIDIVA DE TUMOR UROTELIAL CON VARIACIÓN EN SU HISTOLOGÍA.**

Rodríguez Jaureguialde, V; Gutierrez Aguilar, A; Luque Moreno, J;  
Bueno Domínguez, P; Fernández Fernández, N; Palacio Villamagua, P.A;  
Sánchez Conde, V; Cabo González, J.A.

*Hospital Universitario de Badajoz*

## P-12

### **EVEROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE LOS ANGIOMIOLIPOMAS MÚLTIPLES.**

Afonso Domínguez, S; Recio Bermejo, R; Jiménez Moreno, D;  
Zazo Romojaro, F.A.

*Hospital General La Mancha Centro*

## P-13

### **ANEURISMA DE ARTERIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL ACCESO LAPAROSCÓPICO.**

Rodríguez Jaureguialde, V; Gutierrez Aguilar, A; Luque Moreno, J;  
Bueno Domínguez, P; Rojas Guerreiro, A.M; Fernández Fernández, N;  
Cabo González, J.A; Palacio Villamagua, P.A; Sánchez Conde, V.

22:00

Cena.



---

## **Sábado 21 de Octubre de 2023**

---

---

08:45-10:45 **M-2 / SEGUNDA MESA DE COMUNICACIONES.**

Moderadores: *L. Calahorra y A. Barroso*

---

### **C-14**

#### **TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: NUESTRA EXPERIENCIA.**

Gutiérrez Aguilar, A; Bueno Domínguez, P; Rodríguez Jaureguialde, V;  
Luque Moreno, J; Fernández Fernández, N; Sánchez Conde, V;  
Palacio Villamagua, P.A; CaboGonzález, J.A.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

### **C-15**

#### **PREDICTORES DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO EN TRASPLANTE RENAL: ¿QUÉ PODEMOS MODIFICAR?**

Gutiérrez Aguilar, A; Bueno Domínguez, P; Luque Moreno, J;  
Rodríguez Jaureguialde, V; Fernández Fernández, N; Sánchez Conde, V;  
Palacio Villamagua, P.A; Cabo González, J.A.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

### **C-16**

#### **INFLUENCIA DE MULTIPLICIDAD VASCULAR EN TIEMPOS DE REVASCULARIZACIÓN Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS TRAS IMPLANTE RENAL.**

Bueno Domínguez,P.; Gutiérrez Aguilar, A.; Luque Moreno, J.;  
Rodríguez Jaureguialdre, V.; Fernández Fernández, N.; Sánchez Conde, V.;  
Cabo González, J.A.; Mariño del Real, J.  
*Hospital Universitario de Badajoz*

### **C-17**

#### **FÍSTULAS URINARIAS TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL, NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.**

Bueno Domínguez,P.; Gutiérrez Aguilar, A.; Luque Moreno, J.;  
Rodríguez Jaureguialdre, V.; Fernández Fernández, N.; Sánchez Conde, V.;  
Cabo González, J.A.; Mariño del Real, J.  
*Hospital Universitario de Badajoz*



## C-18

### **BIOPSIA LÍQUIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA: VALOR DE LA CUANTIFICACIÓN DE ADN LIBRE CIRCULANTE EN MUESTRAS BIOLÓGICAS.**

Lorenzo Sánchez, M.V; Martínez Ruiz, J; Rico Marco, S.; Navarro Jiménez, S;  
Tárraga Honrubia, M.A; Domingo Martínez, I; Donate Moreno, M.J;  
Martínez Sanchiz, C; Picazo Martínez, M.G; Legido Gómez, O;  
Salinas Sánchez, A.S.

*GAI de Albacete. Servicio de Urología y Unidad de Apoyo a la Investigación Experimental*

## C-19

### **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL USO DE SELECTMDX® EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA (CP). NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA.**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez, E.; Marcos Marín, D.;  
Sanz Miguelañez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Pozo Mengual, B.;  
Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Covaría Acuna, F.H.;  
Chicharro Almarza, G.J.; Merino Hernaez, A.C; Leal Hernández, F.L.

*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)  
Universidad de Alcalá de Henares*

## C-20

### **EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST- QUIMIOTERAPIA EN EL TUMOR TESTICULAR: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.**

García Torres, A; Pérez-Utrilla Pérez, M; Puerto Puerto, A; Pérez Cadavid, S;  
Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B;  
López Sanchez, D; Lara Isla, A; Damas Arroyo, F; Grande Murillo, D;  
Calahorra Fernández, L

*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

## C-21

### **ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES PORTADORES DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL AMS-800.**

Rico Marco, S.; Martínez Ruiz, J.; Segura Martín, M.; Lorenzo Sánchez, M.V.;  
Navarro Jiménez, S.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.;  
Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Pastor Navarro, H.; Salinas Sánchez, A.S.

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. UCLM*



## C-23

### **ANÁLISIS DE LA TERAPIA TRIMODAL DE VERAPAMILO INTRAPLACA, TERAPIA DE TRACCIÓN DE PENE Y TALADAFILO EN FASE ACTIVA DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

Cantero González, N; Garre Hernanz, J; García-Gómez, B; Peña Vallejo, H; Alonso Isa, M; Romero-Otero, J; Parra Escobar, J.L.

*Hospital de Mérida*

## C-24

### **JJ CALCIFICADOS.**

Casa Valencia, M; López Sánchez, D; Pérez Cadavid, S; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B; Puerto Puerto, A; Grande Murillo, D; Damas Arroyo, F.J; Lara Isla, A; Pérez-Utrilla Pérez, M.A; Calahorra Fernández, L.

*Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real.*

## C-25

### **ANÁLISIS DE LA CINÉTICA DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) EN EL TERCER MES DE TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA SENSIBLE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (MCSPC).**

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Alberto Bravo, M.J.; Sanz Miguelañez, J.L.; Mañas Garcíavacas, J.; Marcos Marín, D.; Pozo Mengual, B.; Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Barriga Guijo, R.M.; Leal Hernández, L.F.

*Hospital Universitario de Guadalajara*

## C-26

### **OPTIMIZACIÓN DE LA BIOPSIA DE PRÓSTATA COGNITIVA Y EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTORES. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MANCHA CENTRO.**

Recio Bermejo, R.C; Afonso Domínguez, S; Díaz Convalía, E.J; Vázquez Escuderos, J.J; Jiménez Moreno, D; Zazo Romojaró, A.F.

*Hospital General La Mancha Centro*





## C-27

### **APALUTAMIDA EN TALAVERA DE LA REINA: EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL EN HOSPITAL COMARCAL Y COMPARACIÓN CON ESTUDIO TITAN.**

Pastor Rodenas, B.; Baudet León, J.; Romero Zoghbi, S;  
Salamanca Blanco, P; Flores Ortiz, J.; Cancini, M; García Martín, L;  
Moreno Santurino, A; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Universitario Nuestra Señora Del Prado, Talavera de la Reina*

## C-28

### **PROGRESIÓN TRAS TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA Y ENZALUTAMIDA DE CPHSM1 EN TALAVERA DE LA REINA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN HOSPITAL COMARCAL.**

Baudet León, J; Pastor Ródenas, B; Salamanca Blanco, P; Romero Zoghbi, S;  
Flores Ortiz, J; Cancini Azuaje, M; Susanibar Napuri, L.F; García Martín, L;  
Gutiérrez Martín, P; Moreno Santurino, A; Milanés Nidia, B; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Nuestra Señora Del Prado*

## C-30

### **TRATAMIENTO ACTIVO DE LA LITIASIS EN TALAVERA DE LA REINA. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA Y ANÁLISIS CRÍTICO DE RESULTADOS.**

Baudet León, J; Pastor Ródenas, B; Salamanca Blanco, P; Cancini Azuaje, M;  
Gutiérrez Martín, P; García Martín, L; Flores Ortiz, J; Susanibar Napuri, L.F;  
Moreno Santurino, A; Milanés Nidia, B; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Nuestra Señora Del Prado*

10:45-11:00 Pausa café.

11:00-12:35 **MESA 3: TIPS AND TRICKS PARA RESIDENTES.**  
Moderadores: *A. Bielsa y S. Rico*

11:00-11:20 **Urodinámica para residentes.**  
*J. Martínez Ruiz*

11:25-11:45 **Cirugía de la IU del varón: diagnóstico y  
elección del mejor dispositivo.**  
*J.M. Martínez de Vicente*

11:50-12:10 **Nefrectomía parcial abierta, laparoscópica  
y robótica: ¿Cuándo, cómo y por qué?**  
*B. Pozo*



# XLV Reunión Manchego-Extremeña de Urología

CUENCA ■ 20 y 21 de Octubre ■ 2023

## Programa

12:15-12:35 **Cirugía de litiasis y sus complicaciones  
¿Cómo las afrontamos?**

*I. Gómez García*

12:40-14:00 **MESA 4: CÁNCER DE PRÓSTATA AVANZADO.**

Moderador: *A. Salinas*

12:40-13:00 **Impacto de las NGI en el manejo del CPHSm.**  
*I. Cienfuegos*

13:05-13:25 **Segundas y terceras líneas de tratamiento  
en CPRC M1.**

*D. Marcos Marín*

13:30-13:55 **Calidad de vida y manejo clínico de los  
efectos secundarios.**

*M. Sánchez García*

14:00 Comida.

---

15:45-17:30 **M-3 / TERCERA MESA DE COMUNICACIONES.**

Moderadores: *M. De Cabo y G. Machado*

### **P-31**

**INCISIÓN SOBRE PLACA FIBROSA Y USO DE PARCHES DE PERICARDIO BOVINO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE SEVERA: EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.**

Domingo Martínez, L.; Martínez Sanchíz, C.; Martínez Ruíz, J.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Tárraga Honrubia, M.A.; Legido Gómez, Ó.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

### **P-32**

**PLEXOPATIA BRAQUIAL PARAINFECCIOSA SECUNDARIA A ABSCESO PERIPROSTÁTICO POR PREVOTELLA BIVIA.**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Sanz Migueláñez, J.L.; Pozo Mengual, B.; Barriga Guijo, R.M.; Hernández Andrés, I.; Marcos Marín, D.; Rodríguez Cabero, M.; Chicharro Almanza, G.J.; Covaría Acuna, F.H.; Merino Hernández, A.C.; Merino Hernández, A.C.; Leal Hernández, F.

*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)*

*Universidad de Alcalá de Henares*



## P-33

### **CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA MASCULINA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DEL DISPOSITIVO ATOMS.**

Lorenzo Sánchez, M.V.; Martínez Ruiz, J.; Rico Marco, S.;  
Navarro Jiménez, S.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L;  
Segura Martín, M; Pastor Navarro, H; Salinas Sánchez, A.S.

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)*

## P-34

### **EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO.**

Tárraga Honrubia, M.A.; Donate Moreno, M.J.; Rico Marco, S.;  
Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Domingo Martínez, L.;  
Martínez Ruiz, J.; Giménez Bachs, J.M.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. GAI de Albacete*

## P-35

### **CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO DIAGNOSTICADOS DE NOVO EN TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA SEGÚN ESQUEMA PEACE-1: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO.**

Tárraga Honrubia, M.A.; Donate Moreno, M.J.; Rico Marco, S.;  
Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Domingo Martínez, L.;  
Salce Marte, L.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. GAI de Albacete*

## P-36

### **LITHOCLAST TRILOGY: NUESTRA EXPERIENCIA.**

Roldán Santos, P; Aranda Pérez, J; Pareja Peña, F; García Amorós, D.A;  
Berga Socias, M; Fernández Gutiérrez, D; Tapia Rodríguez, J.M<sup>a</sup>;  
Sánchez Villagrán, A.

*Hospital Universitario de Cáceres*

## P-37

### **TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN NUESTRO CENTRO.**

Rico Marco, S.; Carrión López, P.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.;  
Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Moreillo Vicente, L.;  
Giménez Bachs, J.M.; Martínez Sanchíz, C.; Martínez Ruiz, J.;  
Salinas Sánchez, A.S.

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. UCLM*

*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)*

*Universidad de Alcalá de Henares*



## P-38

### **ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y ONCOLÓGICA DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PENE.**

Navarro Jiménez, S.; Carrión López, P.; Fernández Anguita, P.J.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Vera Berón, R.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

*Servicio de Anatomía Patológica.*

*Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

*Facultad de Medicina, UCLM*

## P-39

### **INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO INFERIOR DESPUÉS DE LOS ESTUDIOS URODINÁMICOS EN CHUA.**

Navarro Jiménez, S.; Martínez Ruiz, J.; Giménez Bachs, J.M.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Legido Gómez, O.; Segura Martín, M.; Salcá Marte, L.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).*

*Facultad de Medicina, UCLM*

## P-40

### **MASA TESTICULAR BILATERAL, UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL DE LA SARCOIDOSIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Castellanos Donoso, P.; Pacheco Moreno, M.; Sánchez Pérez, M.P.; Cantero González, N.; Maqueda Moyano, M.; Sánchez Megías, S.; Garre Hernanz, J.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

## P-41

### **COMPOSICIÓN DE LITIASIS URINARIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LEOC).**

Castellanos Donoso, P.; Sánchez Pérez, M.P.; Cantero González, N.; Moyano Maqueda, M.; Sánchez Megías, S.; Garre Hernanz, J.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*



## P-42

### **LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LITIASIS DEL GRUPO CALICIAL INFERIOR. NUESTRA EXPERIENCIA.**

Castellanos Donoso, P.; Sánchez Pérez, M.P.; Cantero González, N.; Moyano Maqueda, M.; Sánchez Megías, S.; Garre Hernanz, J.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

## P-43

### **ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA RMNMP EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA, ¿QUÉ NOS APORTA?**

Castellanos Donoso, P (1); Garre Hernanz, J (1); Sánchez Carvajal, J (2); Cantero González, N (1); Maqueda Moyano, M (1); Sánchez Megías, S (1); Sánchez Pérez, M.P (1); Parra Escobar, J.L (1)

*Servicio de Urología (1) y Servicio de Radiología (2).*

*Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

## P-44

### **¿SIGUE TENIENDO EL TACTO RECTAL UN LUGAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA?**

Castellanos Donoso, P.; Garre Hernanz, J.; Cantero González, N.; Maqueda Moyano, M.; Sánchez Megías, S.; Sánchez Pérez, M.P.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

## P-45

### **ANÁLISIS DE DISTINTOS ESQUEMAS DE NEOADYUVANCIA EN CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES INFLTRANTE.**

Pareja Peña, F.; Aranda Pérez, J.; Roldán Santos, P.; García Amorós, D.A.; Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socias, M.; Sánchez Villagran, A.; Fernández Tapia, J.M.; Murgui Rodríguez, M.; Arnulphi, A. H.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Machado Fernández, G. A.; Pastor Arquero, M. T.; Bravo Fernández, M.I.

*Hospital Universitario de Cáceres*

## P-46

### **LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN; UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS RETROPERITONEALES.**

Cantero González, N; Castellanos Donoso, P; Moyano Maqueda, M; Sanchez Megías, S; Toledo Serrano, M.J; Pacheco Moreno, M; Parra Escobar, J.L.

*Hospital de Mérida*



**P-47**

**¿ES POSIBLE EVITAR LA BIOPSIA DE PRÓSTATA SISTEMÁTICA A LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN?**

Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socías, M.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Murgui Rodríguez, M.; Arnulphi, A.H.; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Pastor Arquero, M.T.; Bravo Fernández, M.I.

*Hospital Universitario de Cáceres*

**P-48**

**SÍNDROME DEL CASCANUECES.**

Afonso Domínguez, S; Recio Bermejo, R; Jiménez Moreno, D; Zazo Romojaró, F.A.

*Hospital General La Mancha Centro*

**P-49**

**METÁSTASIS LINGUAL TARDÍA DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS. REVISIÓN DE UN CASO.**

Sánchez Megías, S.; Sánchez Pérez, M.P.; Castellanos Donoso, P.; Cantero González, N.; Maqueda Moyano, M.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

**P-50**

**ABLACIONES RENALES POR MICROONDAS DE LESIONES RENALES PEQUEÑAS, NUESTRA EXPERIENCIA.**

Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socías, M.; Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Murgui Rodríguez, M.; Machado Fernández, G.A.; Arnulphi, A.H.; Bravo Fernández, M.I.; Pastor Arquero, M.T.

*Hospital Universitario de Cáceres*

**P-51**

**PARANGLIOMA EXTRAADRENAL EN PACIENTE EN ESTUDIO POR ANEMIA FERROPÉNICA.**

Sánchez Villagrán, A.; Tapia Rodríguez, J.M.; Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; Roldán Santos, P.; García Amorós, D.A.; Berga Socías, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Murgui Rodríguez, M.; Machado Fernández, G.A.; Arnulphi, A.H.; Olivares Ruíz Del Olmo, J.A.; Pastor Arquero, M.T.; Bravo Fernández, I.

*Hospital Universitario de Cáceres*



- 17:30 Clausura.
- 17:35 **Asamblea (primera convocatoria).**
- 18:05 **Asamblea (segunda convocatoria).**
- 21:00 Cena.

## M-4 / EXPOSICIÓN PERMANENTE DE PÓSTERS VIRTUALES

Durante todo el Congreso

### P-52

#### **ESTENOSIS URETRAL Y NUEVAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Salamanca Blanco, P; Pastor Rodenas, B; Baudet León, J; Bielsa Carrillo, A;  
Flores Ortiz, J; Gutiérrez Martín, P.L; García Martín, L.A; Cancini Azuaje, M.A.  
*Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado*

### P-53

#### **PERFORACIÓN VESICAL POR Sonda EN PACIENTE CON CISTITIS RÁDICAL.**

Salamanca Blanco, P; Baudet León, J; Pastor Rodenas, B; Susanibar Napurí, L.F;  
Flores Ortiz, J; Moreno Santurino, A; Milanés Nivia, B.E; Bielsa Carrillo, A.  
*Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado*

### P-54

#### **SEPSIS URINARIA EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA EXCRETOR.**

Pastor Rodenas, B.; Baudet León, J.; Salamanca Blanco, P;  
Susanibar Napurí, L.F.; Flores Ortiz, J.; Milanés Nivia, B.E; García Martín, L.;  
Gutiérrez Martín, P.; Bielsa Carrillo, A.  
*Hospital General Universitario Nuestra Señora Del Prado, Talavera de la Reina.  
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA)*

### P-55

#### **CISTITIS ENFISEMATOSA.**

Casa Valencia, M; Pérez-Utrilla Pérez, M.A; Damas Arroyo, F.J;  
García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Nieto Orellana, L;  
Villegas Cabañas, B; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto, A; Grande Murillo, D;  
Lara Isla, A; López Sánchez, D; Calahorra Fernández, L.  
*Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real*



## P-56

### ESTUDIO DE TUMORACIÓN ESCROTAL.

González Castellón, C.; Villares López, A.; Syed Fernández, M.;  
Pérez Rodríguez, S.; Parra Cuerda, A.B.; Astudillo Campoverde, J.S.;  
Sánchez Mateos-Manzaneque, D.; Esteban Labrador, L.;  
Vivanco López Muñoz, C.; Serrano Gutiérrez, A.I.; Luis Cardo, A.;  
González Gallego, C; Iglesias Justo, A.; Sampietro Crespo, A.; Gómez García, I.  
*Hospital Universitario de Toledo*

## P-57

### MANEJO DEL ABSCESO PROSTÁTICO, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Astudillo Campoverde, J.S.; Syed Fernández, M.; Villares López, A;  
Sanchez-Mateos Manzaneque, D.; González Castellón, C;  
Pérez Rodríguez, S.; Parra Cuerda, A.B; Serrano Gutiérrez, A.I.;  
González Gallego, C; Esteban Labrado, L; Luis Cardo, A;  
Vivanco López-Muñoz, C; Gómez García, I.  
*Hospital Universitario de Toledo*

## P-58

### PARAGANGLIOMA VESICAL, UNA RARA CAUSA DE HEMATURIA.

Higuero Acevedo, D.; Puerto Puerto, A.; Pérez Cadavid, S.; García Torres, A.;  
Casa Valencia, M.; Nieto Orellana, L.; Villegas Cabañas, B.;  
Calahorra Fernández, L.; López Sánchez, D.; Pérez-Utrilla Pérez, M.;  
Lara Isla, A.; Damas Arroyo, F.J.; Grande Murillo, D.  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

## P-59

### ESQUISTOSOMIASIS VESICAL: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Barriga Guijo, R.M.; Alberto Bravo, M.J.;  
Mañas Garcia-Vacas, J.; Sanz Miguelañez, J.L.; Pozo Mengual, B.;  
Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Marcos Marín, D.;  
Covaría Acuña, F.H.; Chicharro Almansa, F.J.; Merino Hernández, A.C.;  
Leal Hernández, L.F.  
*Hospital Universitario De Guadalajara*

## P-60

### ESQUISTOSOMIASIS. A PROPOSITO DE UN CASO.

Luque Moreno, J.; Gutiérrez Aguilar, A.; Rodríguez Jaureguialde, V.;  
Bueno Domínguez, P.; Fernández Fernández, N.; Sánchez Conde, V.;  
Cabo González, J. A.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*





## **P-61**

### **SÍNDROME DE WÜNDERLICH, UN CASO ATÍPICO DE DOLOR ABDOMINAL.**

Higuero Acevedo, D.; Pérez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; García Torres, A.; Casa Valencia, M.; Nieto Orellana, L.; Villegas Cabañas, B.; Campos Valverde, D.; Calahorra Fernández, L.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; López Sánchez, D.; Lara Isla, A.; Damas Arroyo, F.J.; Grande Murillo, D.  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

## **P-62**

### **NEFRECTOMÍA SIMPLE POR ABSCESO PERIRRENAL A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Villegas Cabañas, B.; García Torre, A.; Puerto Puerto, A. L.; Pérez Cadavid, S.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Nieto Orellana, L.; Grande Murillo, D.; Damas Arroyo, F.; Lara Isla, A.; López Sánchez, D.; Pérez-Utrilla Pérez, M. A.; Calahorra Fernández, L.; Ladrón Gil, C.; Polanco Corchero, A.  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

## **P-63**

### **ESQUISTOSOMIASIS URINARIA EN UN PACIENTE JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Berga Socías, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Aranda Pérez, J.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Olivares Ruiz Del Olmo, J.A.; Murgui Rodríguez, M.; Machado Fernández, G.A.; Arnulphi, A.H.; Bravo Fernández, I.  
*Hospital Universitario de Cáceres*

## **P-64**

### **TUMOR GERMINAL EXTRAGONADAL MEDIASTÍNICO.**

García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; Berga Socías, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Sánchez Villagrán, A. M.; Tapia Rodríguez, J.M.; Olivares Ruiz del Olmo, J.; Machado Fernández, G.; Murgui Rodríguez, M.; Arnulphi, H.; Bravo Fernández, M. I.  
*Hospital Universitario de Cáceres*

## **P-65**

### **MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA URINARIA BILATERAL.**

Tapia Rodríguez, J.; Murgui Rodríguez, M.; Aranda Pérez, J.; Machado Fernández, G.A.; Pareja Peña, F.; Arnulphi, A.H.; García Amorós, D.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Roldán Santos, P.; Bravo Fernández, I.; Berga Socías, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Sánchez Villagrán, A.  
*Hospital Universitario de Cáceres*



## **P-66**

### **A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMATOCELE GIGANTE SOBREINFECTADO.**

Baudet León, J; Pastor Ródenas, B; Salamanca Blanco, P; Cancini Azuaje, M;  
García Martín, L; Gutierrez Martín, P; Flores Ortiz, J; Susanibar Napuri, L.F;  
Moreno Santurino, A; Milanés Nidia, B; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Nuestra Señora Del Prado*

## **P-67**

### **TUMOR RENAL MIXTO ESTROMAL Y EPITELIAL.**

Nieto Orellana, L; López Sánchez, D; Puerto Puerto, A; Pérez-Cadauid, S;  
García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Villegas Cabañas, B;  
Grande Murillo, D; Pérez-Utrilla, M; Lara Isla, A; Damas Arroyo, F;  
Calahorra Fernández, L.

*HGUCR*



**Comunicaciones**



## C-14

### TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA: NUESTRA EXPERIENCIA.

Gutiérrez Aguilar, A; Bueno Domínguez, P; Rodríguez Jauregualde, V; Luque Moreno, J; Fernández Fernández, N; Sánchez Conde, V; Palacio Villamagua, P.A; Cabo González, J.A.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

#### INTRODUCCIÓN:

El envejecimiento actual de la población, así como una mayor incidencia de enfermedades crónicas asociadas a la edad avanzada han derivado en un mayor número de pacientes con enfermedad renal terminal y con ello a un aumento de receptores de injertos renales.

#### OBJETIVOS:

Los objetivos perseguidos en este estudio son: analizar los factores asociados con la disfunción primaria del injerto en pacientes de edad avanzada, así como los resultados funcionales y de seguridad en la supervivencia de estos receptores y los injertos renales.

#### MATERIALES Y MÉTODOS:

Presentamos un estudio descriptivo inferencial retrospectivo de 137 pacientes, diferenciándose aquellos con una edad  $\leq 70$  años y aquellos  $>70$  años, trasplantados entre 2021 y 2023 en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Se llevó a cabo un análisis estadístico comparativo entre ambos grupos de las complicaciones postquirúrgicas inmediatas, así como de aquellos factores clínicos pre y post- trasplante que pudieran influir en la disfunción primaria del injerto renal. El análisis de supervivencia del receptor y del injerto en función del grupo de edad se realizó mediante el método de Kaplan-Meier.

#### RESULTADOS:

Los pacientes  $>70$  años (Grupo 0), presentaron una media de edad de 75 años, mientras que en los pacientes  $\leq 70$  años (Grupo 1) la media fue de 54 años, predominando el sexo masculino en ambos grupos. La causa de ERC más frecuente en el grupo 0 fue la nefropatía diabética, mientras que en el grupo 1 fueron las glomerulonefritis, siendo la terapia renal sustitutiva más empleada en global la hemodiálisis.

La donación en muerte encefálica fue el método de extracción de injerto renal más frecuente en ambos grupos. Los pacientes del grupo 0 presentaron, de manera estadísticamente significativa, una mayor incidencia de evisceración, dehiscencia de la herida quirúrgica y sangrado activo post-quirúrgico.



Los pacientes del grupo 1 presentaron una mayor reducción de las cifras de creatinina al alta respecto a las cifras pre-trasplante ( $p < 0.01$ ).

No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia del paciente ni del injerto.

### **CONCLUSIONES:**

El trasplante renal en receptores de edad avanzada ( $> 70$  años) parece ser una opción válida y segura que no condiciona ni la viabilidad del injerto ni la supervivencia de estos pacientes.

**Palabras clave:** edad avanzada, trasplante renal, supervivencia.



## C-15

### **PREDICTORES DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO EN TRASPLANTE RENAL: ¿QUÉ PODEMOS MODIFICAR?**

Gutiérrez Aguilar, A; Bueno Domínguez, P; Luque Moreno, J; Rodríguez Jaureguialde, V; Fernández Fernández, ; Sánchez Conde, V; Palacio Villamagua, P.A; Cabo González, J.A.

*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El trasplante renal constituye la mejor opción terapéutica dentro del modelo integrado de tratamiento renal sustitutivo en términos de calidad de vida y seguridad cardiovascular.

Conocer las variables predictoras de la evolución postrasplante es fundamental para seleccionar los injertos renales que desarrollen una función adecuada.

#### **OBJETIVOS:**

Los objetivos perseguidos en este estudio son: analizar nuestros datos sobre la disfunción primaria del injerto renal e identificar los factores asociados a la misma, que puedan ser modificables.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos un estudio descriptivo inferencial retrospectivo de 137 pacientes trasplantados entre marzo de 2021 y julio de 2023 en el Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Se llevó a cabo un modelo predictivo de regresión logística multivariable de aquellos factores clínicos pre y post- trasplante que pudieran influir en la disfunción primaria del injerto renal.

#### **RESULTADOS:**

La edad media de los pacientes trasplantados fue de 57 años, dato coincidente con la edad media de los donantes, mostrándose una correlación significativa entre las edades de donantes y receptores ( $r=0,7$ ), predominando el sexo masculino en ambos grupos. La causa más frecuente de ERC fueron los glomerulonefritis, siendo la hemodiálisis la terapia renal sustitutiva más empleada. La donación en muerte encefálica fue la técnica de extracción renal más utilizada.

El 9,9% de los pacientes trasplantados presentaron necrosis tubular aguda y tan solo el 7,3% presentó disfunción primaria del injerto. Entre los factores asociados fuertemente a la disfunción primaria del injerto destacaron la estenosis de la anastomosis vascular y la edad del donante, la mayoría de los cuales cumplían criterios expandidos.



No se reportó relación estadística entre los antecedentes cardiovasculares, la terapia renal sustitutiva previa, el tipo de donación, las infecciones o la presencia de linfocele post-trasplante con la disfunción del injerto, así como tampoco con los tiempos de isquemia fría y caliente.

La disfunción primaria del injerto no se asoció a mayores tasas de rechazo autoinmune posteriores.

### **CONCLUSIONES:**

El tipo de donación no parece tener mayor influencia en la disfunción primaria del injerto, estando la misma más relacionada con factores asociados a la edad del donante o las complicaciones postquirúrgicas inmediatas tales como la estenosis de la anastomosis vascular.

**Palabras clave:** disfunción primaria, injerto renal, edad donante, estenosis anastomosis vascular.



## C-16

### **INFLUENCIA DE MULTIPLICIDAD VASCULAR EN TIEMPOS DE REVASCULARIZACIÓN Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS INMEDIATAS TRAS IMPLANTE RENAL.**

Bueno Domínguez, P.; Gutiérrez Aguilar, A.; Luque Moreno, J.;

Rodríguez Jaureguialdre, V.; Fernández Fernández, N.;

Sánchez Conde, V.; Cabo González, J.A.; Mariño del Real, J.

*Hospital Universitario de Badajoz*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La lista de espera de pacientes que necesitan un trasplante renal crece constantemente. En el ámbito quirúrgico, lo ideal sería trasplantar órganos con arteria, vena y uréter únicos.

Debido al creciente número de receptores, entre las estrategias para incrementar el número de trasplantes renales se contempla la aceptación de órganos con diferencias anatómicas que complican la técnica quirúrgica.

#### **OBJETIVOS:**

Determinar la influencia de la multiplicidad vascular en los tiempos de revascularización y en las complicaciones postquirúrgicas inmediatas que pudieran condicionar la disfunción primaria del injerto renal, así como describir las particularidades técnicas y anatómicas de la cirugía de banco.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de 137 pacientes trasplantados renales entre marzo de 2021 y julio de 2023 en el Hospital Universitario de Badajoz.

Se analizaron las particularidades anatómicas presentes durante la cirugía de banco de los trasplantes renales, así como un análisis comparativo entre la multiplicidad vascular y las complicaciones postquirúrgicas inmediatas: evisceración, fístula urinaria, hematoma, trombosis venosa, estenosis anastomosis vascular, dehiscencia de la herida quirúrgica y trasplantectomía.

#### **RESULTADOS:**

De los 137 pacientes incluidos en el estudio, el 58,4% de los mismos recibió un injerto renal derecho y el 41,2% un injerto renal izquierdo. El principal centro extractor fue el Hospital Universitario de Badajoz, siendo el tipo de donación más frecuente la muerte encefálica de órganos derechos.

El 23,5% de la muestra presentó multiplicidad de arterias renales y tan solo el 6,6% de venas renales.





El tiempo medio de isquemia fría fue de 13 horas y 40 minutos, mientras que el tiempo medio de revascularización fue de 1 hora y 13 minutos, no mostrando asociación estadística con la multiplicidad vascular.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el número de venas renales y las complicaciones quirúrgicas inmediata, sin embargo, se alcanzó un valor ( $p=0,06$ ), muy próximo a la significación estadística, entre la multiplicidad de arterias renales y las complicaciones post-quirúrgicas inmediatas.

### **CONCLUSIONES:**

La multiplicidad vascular no influye en los tiempos de revascularización del injerto renal, así como tampoco en la disfunción primaria del mismo. Los injertos renales con multiplicidad de arterias parecen mostrar más riesgo de complicaciones post-quirúrgicas inmediatas.



## C-17

### **FÍSTULAS URINARIAS TRAS NEFRECTOMÍA PARCIAL, NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ.**

Bueno Domínguez, P.; Gutiérrez Aguilar, A.; Luque Moreno, J.;  
Rodríguez Jauregualdre, V.; Fernández Fernández, N.;  
Sánchez Conde, V.; Cabo González, J.A.; Mariño del Real, J.  
*Hospital Universitario de Badajoz*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La indicación de nefrectomía parcial se está ampliando, es esperable que la frecuencia de fístula urinaria como complicación aumente de la misma manera.

Hay factores como la apertura de la vía urinaria durante la cirugía, la colocación de catéter intraoperatorio, el tamaño y la localización de la tumoración que se han asociado con la misma.

#### **OBJETIVOS:**

Describir los posibles factores que pueden influir en la aparición de fístulas urinarias tras nefrectomía parcial, así como particularidades técnicas y hallazgos intraoperatorios.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Realizamos un estudio retrospectivo de 74 pacientes intervenidos de nefrectomía parcial entre enero de 2015 y agosto de 2023 en el Hospital Universitario de Badajoz.

Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo sobre los hallazgos intraoperatorios y la técnica quirúrgica. Se utilizaron los estadísticos Chi-cuadrado y t-Student para establecer la posible asociación entre las variables estudiadas y la fístula urinaria.

#### **RESULTADOS:**

De los 74 pacientes incluidos en el estudio el 46% se sometió a una nefrectomía derecha y el 54% fue izquierda. La principal vía de abordaje fue abierta y la localización tumoral más frecuente fue el polo inferior (51,4%). En un 16% de los pacientes se tutorizó la vía urinaria durante la cirugía. En el 27% de las cirugías se describe una apertura accidental de la vía urinaria y el 9,5% de los pacientes desarrolló una fístula urinaria en los primeros 90 días postoperatorios.

El 43% de las fístulas urinarias se resolvieron mediante la colocación de un catéter doble J.



Se alcanzó un valor ( $p=0,058$ ), muy próximo a la significación estadística, entre la apertura de la vía urinaria durante el procedimiento y la aparición de fístula posterior y una relación estadísticamente significativa entre el tamaño de la tumoración y el riesgo posterior de fístula.

De los 11 pacientes a los que se le colocó catéter intraoperatorio tan solo 1 desarrolló fístula posteriormente. No hubo diferencias estadísticamente significativas con la localización tumoral.

### **CONCLUSIONES:**

La apertura accidental de la vía urinaria durante la intervención quirúrgica y el tamaño de la tumoración parecen influir en el desarrollo posterior de fístula urinaria.

La colocación de catéter intraoperatorio y la localización del tumor, en nuestro estudio, no influye en la aparición de fístula urinaria.



## C-18

### **BIOPSIA LÍQUIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA: VALOR DE LA CUANTIFICACIÓN DE ADN LIBRE CIRCULANTE EN MUESTRAS BIOLÓGICAS.**

Lorenzo Sánchez, M.V; Martínez Ruiz, J; Rico Marco, S.; Navarro Jiménez, S; Tárraga Honrubia, M.A; Domingo Martínez, I; Donate Moreno, M.J; Martínez Sanchiz, C; Picazo Martínez, M.G; Legido Gómez, O; Salinas Sánchez, A.S.

*GAI de Albacete. Servicio de Urología y  
Unidad de Apoyo a la Investigación Experimental*

#### **OBJETIVO:**

Evaluar la utilidad clínica de la cuantificación de ADN libre circulante (cfDNA) en plasma y orina en pacientes con cáncer de próstata (CaP).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio transversal (caso-control). Se incluyeron 53 pacientes diagnosticados de CaP, subdivididos en tres grupos en función del estadio y 20 voluntarios sanos.

El patrón de fragmentación de ADN se determinó utilizando el bioanalizador Agilent 2100. La cuantificación de cfDNA se realizó mediante fluorimetría.

#### **RESULTADOS:**

La edad media fue de 71,8 años en CaP y de 23,3 años en el grupo control.

Al inicio del estudio la mediana de PSA de los pacientes fue de 14,24.

La mayoría presentaban un ISUP 5 (31%), seguido de ISUP 2 (23%), ISUP 3 (22%), ISUP 4 (15%) e ISUP 1 (6%).

Se analizó la concentración, el patrón de fragmentación (PF) y la intensidad de los fragmentos (Unidades de fluorescencia, FU) del cfDNA en plasma y orina en función de los distintos grupos de riesgo.

**Tabla 1. Concentración de cfDNA en plasma**

		N	Media (ng/ul)	Desviación típica	p.
GRUPO 1	CONTROLES	20	0,16	0,08	0,016
	CaP	53	0,73	1,65	
GRUPO 2	CaP LOCALIZADO	16	0,12	0,04	<0,001
	CaP METASTÁSICO	37	0,99		



**Tabla 2. Unidades de fluorescencia y patrón de fragmentación en plasma**

		GRUPO 1			GRUPO 2		
		CONTROL	CaP	P	CaP LOCALIZADO	CaP METASTÁSICO	P
FU	FU<50	19 (95%)	39 (73,6%)	0,037	16 (100%)	23 (62,2%)	0,003
	FU>50	1 (5%)	14 (26,4%)		0	14 (37,8%)	
PF	Mono y dinucleosómico	18 (90%)	49 (92,5%)	n.s.	16 (100%)	33 (89,2%)	n.s.
	Polinucleosómico	2 (10%)	4 (7,5%)		0	4 (10,8%)	

En orina se observaron patrones de fragmentación y concentraciones con gran variabilidad. A pesar de esto, encontramos diferencias de concentración de cfDNA entre el grupo control y los pacientes con CaP (n.s.) y entre los estadios localizados y metastásicos ( $p < 0,001$ ).

Finalmente se usaron pruebas de correlación de Spearman. Los niveles de cfDNA en plasma se correlacionan con el PSA al diagnóstico ( $r=0,480$ ;  $p < 0,001$ ).

### CONCLUSIONES:

Nuestros resultados sugieren que la concentración de cfDNA en plasma permite diferenciar entre individuos sanos y pacientes con CaP, así como pacientes con CaP de bajo riesgo y metastásicos.

La FU puede ayudar en el diagnóstico y seguimiento de estos pacientes. Niveles superiores a 50 se asocian a CaP de alto riesgo. Será necesario ampliar el tamaño muestral para avalar estos resultados.

Este trabajo está financiado por la beca concedida por la FIU.



## C-19

### **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL USO DE SELECTMDX® EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA (CP). NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GUADALAJARA.**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Marcos Marín, D.; Sanz Miguelañez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Pozo Mengual, B.; Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Covaría Acuna, F.H.; Chicharro Almarza, G.J.; Merino Hernaez, A.C; Leal Hernández, F.L.

*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)  
Universidad de Alcalá de Henares*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El Test SelectMDX es una técnica no invasiva para calcular el riesgo de padecer CP.

#### **OBJETIVOS:**

Análisis descriptivo retrospectivo de la experiencia del uso de SelectMDx.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio realizado en el Hospital Universitario de Guadalajara desde 14/01/2019 hasta 16/04/2023 en una cohorte de 120 pacientes con sospecha de cáncer de próstata. Los pacientes se estratificaron en dos grupos según el riesgo de presentar CP: bajo riesgo, y alto riesgo. Se tuvo en cuenta en el análisis el PSA al diagnóstico, el tacto rectal (TR), los antecedentes de biopsia prostática (única o múltiple) y la realización de RMmp.

#### **RESULTADOS:**

La edad media fue de 64 años (IQR 9.4). El PSA medio fue de 9.98 (IQR 4.65). Un 12.5% presentaron un TR sospechoso, un 81.7% tenían una BP negativa (64,2% >1), un 81,67% disponía de RNM previa, siendo el PIRADS 2 y 3 los grupos de riesgos más numerosos (39.1 y 30.8%). 59.2% de los pacientes presentaron un alto riesgo en el test.

Al realizar la biopsia post-select, un 45.8% fueron positivas para CP, y de estas un 41% correspondieron a un alto riesgo en la prueba. Cuando comparamos los resultados de Select con la RMmp se evidencia que 59 paciente con PIRADS comprendido entre 2-4 fueron positivos para alto riesgo. Los grados NCCN más frecuentes fueron el intermedio favorable y desfavorable (30,4 y 21.74%). La mayor parte de los pacientes fueron intervenidos mediante cirugía (39,1%).

#### **CONCLUSIONES:**

SelectMDx es un test útil en la identificación de pacientes con bajo riesgo de CP, especialmente en aquellos con biopsias previas negativas, RMmp con PIRADS  $\leq$  3 y en los que el TR no resultan sospechoso.



## C-20

### **EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE MASA RETROPERITONEAL POST-QUIMIOTERAPIA EN EL TUMOR TESTICULAR: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS.**

García Torres, A; Pérez-Utrilla Pérez, M; Puerto Puerto, A; Pérez Cadavid, S; Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B; López Sánchez, D; Lara Isla, A; Damas Arroyo, F; Grande Murillo, D; Calahorra Fernández, L.

*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### **OBJETIVO:**

Analizar nuestra serie de casos de 10 años de los pacientes sometidos a exéresis de masa residual post-quimioterapia (MRPQ).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizaron las orquiectomias realizadas en los últimos 10 años y, de estos pacientes, aquellos a los que se realizó una exéresis de MRPQ. Se realiza un análisis descriptivo de la muestra referida.

#### **RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio se extirparon 83 tumores testiculares malignos, de los cuales a 7 se les realizó exéresis quirúrgica (MRPQ). La mediana de edad al momento de la cirugía fue de 27 años (Rango 20-47). La mediana del tamaño de la lesión residual por pruebas de imagen previo a su extirpación era de 45 mm (Rango 28-85 mm). La vía de abordaje inicial en todos los casos fue laparoscópica, precisando en 2 de ellos reconversión a un abordaje abierto. La principal complicación intraoperatoria registrada fue de origen vascular, derivando 2 casos en nefrectomía, y uno en muerte intraoperatoria.

El resultado anatomopatológico de la MRPQ reveló teratoma en 4 casos, tumor viable en 1, y necrosis en 2. En las piezas de orquiectomía, hubo 1 caso de carcinoma embrionario, 2 TCG mixto no seminomatoso, 2 TCGM seminomatoso y 2 seminomas. La disminución del tamaño de la MRPQ tras la cirugía fue completa en 4 casos, en 1 caso se redujo en más del 50 % de su tamaño, y en 1 caso que presentaba varios conglomerados adenopáticos uno disminuyó pero otro aumentó de tamaño. La mediana de seguimiento es de 74 meses. Solo 1 paciente ha presentado recidiva, precisando dos cirugías adicionales. Ningún paciente ha fallecido por progresión de la enfermedad.

#### **CONCLUSIONES:**

En nuestra serie el manejo quirúrgico de estos pacientes ha sido por lo general favorable, con buena evolución postoperatoria. Hemos visto asociado el tener tumor viable en la masa residual con mayores complicaciones quirúrgicas. Por lo tanto consideramos factible la exéresis laparoscópica de estas masas, a la espera de aumentar nuestra serie y el tiempo de seguimiento para obtener conclusiones más sólidas.

## **C-21**

### **ESTUDIO RETROSPECTIVO DE PACIENTES PORTADORES DE ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL AMS-800.**

Rico Marco, S.; Martínez Ruiz, J.; Segura Martín, M.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Pastor Navarro, H.; Salinas Sánchez, A.S.  
*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. UCLM*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una patología con un importante impacto negativo en la calidad de vida. El Esfínter Urinario Artificial (EUA) se considera la mejor opción terapéutica para el tratamiento de la IUE grave en el varón.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes a los que se les ha implantado EUA en nuestro centro entre Enero del 1997 y Junio del 2023. Recogemos variables demográficas, factores de riesgo, comorbilidades, resultados y complicaciones.

#### **RESULTADOS:**

Durante este periodo fueron implantados en nuestro centro un total de 62 EUA. Todos los pacientes fueron varones, con una edad media en el momento de la cirugía de 63 años (DE 9,20). La causa de la IUE fue en 57 casos la PR (91,9%), de ellas 41 (71,9%) retropúbicas y 16 (28,1%) laparoscópicas. Se administró Radioterapia adyuvante en 17 casos (29,8%). El seguimiento medio fue de 95 meses (DE 70,6) durante el cual 19 pacientes (30,6%) sufrieron al menos 1 complicación con un tiempo medio de medio de 46,3 meses (DE 12,65): erosión del sistema en 7 casos (11,3%); fístula perineal y migración de bomba en 3 casos (4,8%); infección en 2 casos (3,2%); fallo mecánico, iatrogenia y atrofia de bulbo en 1 caso (1,6%) cada uno. Ninguno de los factores de riesgo analizados tiene una relación estadísticamente significativa con la aparición de complicaciones en nuestra serie. El EUA tuvo que ser retirado en 15 pacientes (24,1%), con un tiempo medio desde su implantación de 55,9 meses (DE 14,94). El resto de EUA que en la actualidad siguen funcionantes son 47, de los cuales 36 (76,6%) no precisan ningún absorbente, 6 (12,7%) precisa un absorbente al día, 2 (4,2%) 2 absorbentes, y 3 (6,3%) 3 o más absorbentes al día.

#### **CONCLUSIONES:**

El EUA es el tratamiento de elección en la IUE grave en el varón, tras cirugía prostática, que proporciona notable mejoría en la calidad de vida del paciente. No obstante, las complicaciones asociadas al dispositivo y a la cirugía no son anecdóticas por lo que es necesario un adecuado control postoperatorio y correcta selección de los pacientes candidatos.





## C-23

### **ANÁLISIS DE LA TERAPIA TRIMODAL DE VERAPAMILO INTRAPLACA, TERAPIA DE TRACCIÓN DE PENE Y TALADAFILO EN FASE ACTIVA DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

Cantero González, N; Garre Hernanz, J; García-Gómez, B; Peña Vallejo, H; Alonso Isa, M; Romero-Otero, J; Parra Escobar, J.L.

*Hospital de Mérida*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Existe limitada evidencia científica en la Enfermedad de Peyronie disponible en fase activa con el uso de Verapamilo intraplaca, con dudoso efecto sobre la curvatura. El tratamiento trimodal con Terapia de Tracción de pene (TPP) junto con el uso de los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (IPDE5) en un contexto de abordaje multimodal emergen como una posibilidad de tratamiento en estos pacientes.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Realizamos un estudio observacional retrospectivo multicéntrico, analizando una cohorte de 30 pacientes del Hospital de Mérida, el Hospital Universitario 12 de Octubre y el Hospital Universitario Montepíncipe, con 50 años de media, y una curvatura media al diagnóstico de 35.96° desde Febrero de 2020 a Octubre de 2022 con placa palpable asociado a dolor peneano, empeoramiento de la curvatura y tiempo menor a 6 meses el inicio de los síntomas.

Los pacientes fueron sometidos a una inyección intraplaca de 4 dosis de 1.5mg de Verapamilo separadas semanalmente asociado a el uso de extensor peneano (>3 horas/día) y Taladafil 5mg hasta 8 semanas del fin de las inyecciones. Revisamos a los pacientes a las 4 y a las 8 semanas del fin de Verapamilo, con cuestionarios validados: IIEF-5, PDQ y escala del dolor NRS.

#### **RESULTADOS:**

Evidenciamos una mejoría del dolor en todos los dominios PDQ y de 4.8 puntos en la escala NRS. Además, objetivamos una mejoría en la curvatura a las 4 semanas de 6.18° (p0.02) y una mejoría en la longitud del pene de 0.4cm al final del tratamiento (p<0.001).

#### **CONCLUSIÓN:**

Esta terapia trimodal surge como una opción de tratamiento adecuada en pacientes con Enfermedad de Peyronie en fase activa, presentando en nuestra sería una mejoría clara en progresión de curvatura, dolor y mejoría de cuestionarios específicos validados.

## C-24

### JJ CALCIFICADOS.

Casa Valencia, M; López Sánchez, D; Pérez Cadavid, S; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B; Puerto Puerto, A; Grande Murillo, D; Damas Arroyo, F.J; Lara Isla, A; Pérez-Utrilla Pérez, M.A; Calahorra Fernández, L.

*Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real*

### INTRODUCCIÓN:

Las principales indicaciones de colocación de catéteres uretrales JJ son obstrucción por cálculos urinarios, tumores uroginecológicos, estenosis urinaria y fibrosis retroperitoneal. A pesar de la sencillez del procedimiento, pueden existir complicaciones leves desde disuria o hematuria autolimitadas hasta problemas graves como migración del catéter, calcificación, rotura, obstrucción y pérdida de la función renal. El objetivo es describir las características de los pacientes con JJ calcificados en el Hospital Universitario de Ciudad Real.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Se obtuvieron un total de 27 JJ calcificados en 19 pacientes, de los cuales 58% fueron mujeres y 42% hombres. La edad media fue de  $52,74 \pm 19,13$  años. La media de tiempo de JJ fueron  $12,26 \pm 13,44$  meses.

Dentro de las indicaciones de colocación de JJ, 40,7% fueron por patologías urológicas urgentes, 40,7% litiasis y 18,5% otras causas. La media del número de cirugías para resolver la calcificación fue de  $1,42 \pm 0,77$ . El 51,9% de los pacientes presentaban cultivo positivo, siendo Enterococo fecalis el más frecuente (50%), seguido de Streptococo agalactie, Proteus mirabilis y Klebsiella. Los cultivos fueron tratados de forma preoperatoria. 85,2% de los pacientes no presentaron deterioro de la función renal. La creatinina media en plasma fue de  $0,97 \pm 0,36$  mg/dL. El pH medio de la orina fue  $6,52 \pm 0,77$ . 44,4% de los pacientes presentaron calcificación de la coca distal, el 29,6% una calcificación completa, es decir, coca proximal, cuerpo y coca distal, el 14,8% coca proximal y el 11,1% en el cuerpo y coca distal.

Para el grado de calcificación del JJ, se utilizó el Sistema de Clasificación del catéter ureteral doble J olvidado incrustado y calcificado. El 37% de los pacientes presentaron un grado II, 25,9% grado V, 22,2% grado III y 7,4% grado I y IV.

### CONCLUSIONES:

Es importante un seguimiento estrecho de los pacientes con JJ para evitar posibles complicaciones mayores, así como un abordaje combinado y precoz en caso de que estas ocurran. Es fundamental vigilar el tiempo de permanencia del JJ y la alcalinización urinaria.



## C-25

### **ANÁLISIS DE LA CINÉTICA DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) EN EL TERCER MES DE TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA SENSIBLE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (MCSPC)**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Marcos Marín, D.; Sanz Miguelañez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Pozo Mengual, B.; Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Covaría Acuna, F.H.; Chicharro Almarza, G.J.; Merino Hernández, A.C; Leal Hernández, F.L.  
*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Un análisis exploratorio post hoc del estudio TITAN muestra que una disminución en el PSA  $\geq 90\%$  y/o PSA  $\leq 0.2$  ng/mL en el tercer mes se asocia con un aumento en la supervivencia global, la supervivencia libre de progresión radiológica y el tiempo hasta la resistencia a la castración.

Con el fin de corroborar estos resultados, hemos analizado la disminución del PSA una cohorte de pacientes tratados en nuestro centro.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo observacional en pacientes con cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (mCRPC) tratados con apalutamida + ADT en el Hospital Universitario de Guadalajara desde el 31/05/2020 hasta el 30/06/2023. Se resumieron descriptivamente la disminución y las tasas de PSA por grupos de tratamiento: sincrónico/metacrónico, alto/bajo volumen y ubicación de las metástasis. Las probabilidades de supervivencia se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier y se utilizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox multivariado para estimar las razones de riesgo (HR) de los grupos de tratamiento.

#### **RESULTADOS:**

Se incluyeron un total de 42 pacientes, de los cuales 18 (42.86%) fueron sincrónicos y 24 (57.14%) fueron metacrónicos. A los 3 meses de tratamiento, 35 pacientes (83.3%) lograron una disminución del PSA  $\leq 90\%$  y/o  $\leq 0.2$  ng/ml. El estudio de supervivencia no mostró diferencias en la respuesta del PSA en el tercer mes.

#### **CONCLUSIONES:**

La disminución del PSA en el tercer mes en nuestra cohorte es similar a la del ensayo TITAN. No hay diferencias significativas en la respuesta de los diferentes grupos predefinidos, aunque los pacientes metacrónicos tienden a tener una mejor respuesta.



## C-26

### OPTIMIZACIÓN DE LA BIOPSIA DE PRÓSTATA COGNITIVA Y EVALUACIÓN DE FACTORES PREDICTORES.

#### NUESTRA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MANCHA CENTRO.

Recio Bermejo, R.C; Afonso Domínguez, S; Díaz Convalía, E.J; Vázquez Escuderos, J.J; Jiménez Moreno, D; Zazo Romojar, A.F.  
*Hospital General La Mancha Centro*

#### INTRODUCCIÓN:

La resonancia magnética (RM) de próstata es sensible para detectar y localizar cánceres ISUP>2. La biopsia dirigida aumenta aproximadamente un 9,6% su detección en pacientes con biopsia previa negativa.

Dado que la biopsia cognitiva requiere un aprendizaje, es importante evaluar los factores predictores de un caP clínicamente significativo. Desde 2020 aplicamos esta técnica en pacientes con biopsia previa negativa.

El objetivo es valorar la mejora que supone aplicar la biopsia cognitiva con respecto a la sistemática en dichos pacientes y analizar factores predictores para evitar biopsias innecesarias.

#### MÉTODO:

Estudio retrospectivo que incluye 107 pacientes con biopsia previa negativa a los que se les realizó biopsia sistemática + biopsia dirigida (RMN) desde el 01/01/2019 al 31/12/2022. Primeramente se obtuvieron 5 cilindros por zona sospechosa PIRADS, realizando posteriormente la biopsia sistemática.

#### RESULTADOS:

La edad media fue de  $67 \pm 7,2$  años, con un PSA medio de  $7,8 \pm 4,4$  y con  $1 \pm 1$  biopsias previas. El volumen medio de próstata por ecografía fue de  $47,6 \pm 31,3$  y por RM, de  $60,5 \pm 36,3$ .

22 pacientes presentaron un ISUP $\geq$ 2 (20,56% de los positivos). Se diagnosticaron 18 pacientes (16,82%) mediante biopsia sistemática y gracias a la dirigida se detectaron 4 más (3,74%). Por ello, la combinación más efectiva es biopsia aleatoria más dirigida.

La longitud de los cilindros en la biopsia sistemática ( $1,3 \pm 0,2$ ) y en la cognitiva ( $1,31 \pm 0,3$ ) son equivalentes. El porcentaje medio de afectación de los cilindros fue mayor en la cognitiva ( $14,4 \pm 29,9$ ) que en la sistemática ( $6,8 \pm 12,1$ ).

Se observa una correlación positiva y significativa entre el volumen prostático medido por ECO y RMN ( $\rho = 0,848$ ;  $p < 0,001$ ), así como del DPSA por ECO y RMN ( $\rho = 0,915$ ;  $p < 0,001$ ).



Pacientes con densidad de PSA (dPSA) $>0,15$  tienen el doble de riesgo de ISUP $\geq 2$  (31,7 vs 14,3;  $p=0,03$ ).

La edad es un factor de riesgo, este aumenta 1,11 veces por cada año ( $p=0,007$ ).

### **CONCLUSIONES:**

La biopsia dirigida mejora el diagnóstico de la sistemática en pacientes ISUP $\geq 2$ . Es importante la dPSA, dado que si es  $>0,15$ , duplica el riesgo de ISUP $\geq 2$ .

El volumen prostático medido por ECO y RMN y el DPSA medido por ECO y RMN son equiparables.



## C-27

### **APALUTAMIDA EN TALAVERA DE LA REINA: EXPERIENCIA CLÍNICA INICIAL EN HOSPITAL COMARCAL Y COMPARACIÓN CON ESTUDIO TITAN.**

Pastor Rodenas, B.; Baudet León, J.; Romero Zoghbi, S.;  
Salamanca Blanco, P.; Flores Ortiz, J.; Cancini, M.; García Martín, L.;  
Moreno Santurino, A.; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Universitario Nuestra Señora Del Prado, Talavera de la Reina*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La hormonoterapia ha supuesto una revolución completa y un nuevo paradigma en el manejo del cáncer de próstata avanzado. Una de los conocidos como “antiandrógenos de nueva generación” es la Apalutamida, aprobada en el año 2021 gracias al estudio TITAN para el cáncer de próstata hormonosensible metastásico. (CPHSM1). Conocer las expectativas de estos fármacos en ensayos clínicos piloto y analizar los resultados en nuestro medio, con una idiosincrasia determinada, nos hará optimizar y mejorar nuestra asistencia sanitaria.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En este estudio se han incluido todos los pacientes tratados con Apalutamida en el HNRP entre el 01/01/2021 y el 01/04/2023 con seguimiento posterior hasta el 01/09/2023. Se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de CPHSM de novo o tras progresión que no hubieran llevado tratamiento sistémico previo. A la hora de comparar nuestra muestra con la del estudio TITAN, se realizó el análisis de objetivos de manera descriptiva por el tamaño muestral. El objetivo principal era evaluar de manera preliminar los resultados de descenso de PSA durante 12 meses. Como objetivos secundarios, evaluamos el tiempo de tratamiento, y otras variables generales de interés con efectos adversos o características de riesgo del tumor.

#### **RESULTADOS:**

Se incluyeron un total de 9 pacientes con una media de tratamiento de 13.9 meses. El 33% de la muestra fue metastásico por progresión frente al 66% de novo, siendo el 83% de este último subgrupo pacientes de alto riesgo y alto volumen según criterios LATITUDE y CHAARTED respectivamente. Con una media de PSA pretratamiento de 73,97 (0,49-400), se experimentó un descenso el primer mes del 78%, alcanzando de ellos un 33% cifras indetectables y al año, una media de PSA de 0,94.

#### **CONCLUSIONES:**

En nuestros resultados preliminares, la media de tratamiento antes de la progresión es inferior a los presentados en el estudio TITAN. Los descensos de PSA son ligeramente superiores y presentan unos resultados excelentes relacionados en muchos estudios con aumento de esperanza de vida.



## C-28

### **PROGRESIÓN TRAS TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA Y ENZALUTAMIDA DE CPHSM1 EN TALAVERA DE LA REINA: EXPERIENCIA CLÍNICA EN HOSPITAL COMARCAL.**

Baudet León, J; Pastor Ródenas, B; Salamanca Blanco, P; Romero Zoghbi, S; Flores Ortiz, J; Cancini Azuaje, M; Susanibar Napuri, L.F.; García Martín, L; Gutierrez Martín, P; Moreno Santurino, A; Milanés Nidia, B; Bielsa Carrillo, A.  
*Hospital General Nuestra Señora Del Prado*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Con la evolución de la hormonoterapia nos encontramos ante un nuevo paradigma para el cáncer de próstata en estadios avanzados. Precisamente en el CPHSM1 es donde se centran la mayoría de estudios y experiencias, pero existe un momento en que la enfermedad generará una resistencia a la castración y progresará. Conocer los resultados de las posibilidades terapéuticas cuando el cáncer de próstata se hace hormono resistente e identificar efectos adversos que esta segunda línea de tratamiento provoque en nuestros pacientes nos ayudará a tomar decisiones con la mayor asertividad y una mayor evidencia científica.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

En este estudio se han incluido todos los pacientes tratados de CPHSM1 con Apalutamida o Enzalutamida sin quimioterapia ni Abiraterona previa entre el 01/09/2023 y el 01/04/2023, realizando un seguimiento hasta el 01/09/2023. Se reúnen diferentes variables básicas de la descripción de la muestra y se analizó como objetivo primario el porcentaje de pacientes que progresaba a segunda línea, y la supervivencia al año de tratamiento, así como otras variables como evolución de PSA o efectos adversos.

#### **RESULTADOS:**

Tras la aplicación de los criterios comentados, se incluyeron un total de 22 pacientes. El 45% de pacientes con una media de tratamiento de 10,4 meses suspendió el tratamiento inicial. La media de meses de tratamiento de Apalutamida es ligeramente superior a la Enzalutamida, mientras que la supervivencia tras progresión a segunda línea al año es ligeramente superior en el grupo tratado previamente con enzalutamida. Del porcentaje de pacientes que progresaron, el 40% falleció y el 60% restante se sometió a tratamientos de segunda línea, siendo el 50% abiraterona con una media de supervivencia de 3,5 meses y el 50% un esquema de quimioterapia con una media de supervivencia de más de 12 meses.

**CONCLUSIONES:** La media de meses tratados con nuevos antiandrógenos en nuestra muestra es inferior a la de otros estudios. Tanto la Apalutamida como la Enzalutamida tienen buena tolerancia al administrar tratamientos de segunda línea con progresión.



## C-30

### TRATAMIENTO ACTIVO DE LA LITIASIS EN TALAVERA DE LA REINA. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA Y ANÁLISIS CRÍTICO DE RESULTADOS.

Baudet León, J; Pastor Ródenas, B; Salamanca Blanco, P; Romero Zoghbi, S; Flores Ortiz, J; Cancini Azuaje, M; Susanibar Napuri, L.F.; García Martín, L; Gutierrez Martín, P; Moreno Santurino, A; Milanés Nidia, B; Bielsa Carrillo, A.  
*Hospital General Nuestra Señora Del Prado*

#### INTRODUCCIÓN:

La patología litásica supone una de los motivos de consulta más frecuentes en Urología con una prevalencia de entre el 5-10%. Los numerosos avances y los procedimientos intervencionistas aumentan nuestro armamento terapéutico a la hora de tratar de manera activa una litiasis. Analizar nuestros resultados nos ayudará a optimizar y seleccionar adecuadamente las diferentes opciones de tratamiento para nuestros pacientes.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

En este estudio se han incluido todos los pacientes tratados activamente de litiasis bien vía endourológica (URS/RIRS) o vía litotricia extracorpórea en el CH Albacete entre el 01/01/2023 y el 01/09/2023. Se analizaron características basales de la muestra como tamaño, localización, dureza, y se evaluaron objetivos como efectividad del tratamiento tras una sesión de intervencionismo. Otros objetivos secundarios del estudio fueron el análisis del número de días desde su inclusión en lista de espera hasta recibir el primer tratamiento, el análisis de costes, la diferencia de filtrado glomerular antes y después del tratamiento, y los factores de mal pronóstico para fracaso de tratamiento.

#### RESULTADOS:

Se trataron un total de 29 pacientes, 19 endourológicamente y 10 por LEOC. El tamaño medio de litiasis tratada era de 11.22mm, localizándose el 55% en el uréter frente al 45% localizado en diferentes partes del riñón. La mediana de días esperando el tratamiento fue de 67 días para el procedimiento endourológico frente a los 45 días de la LEOC. La efectividad tras la endourológico fue del 79% con un 10% de casos indicados con factores de mal pronóstico. En el grupo tratado con LEOC, la eficacia tras una sesión fue del 40% con un 50% de pacientes con factores de mal pronóstico.

#### CONCLUSIONES:

En nuestro medio, tenemos posibilidad de tratar de manera más precoz las litiasis con LEOC con un coste inferior. Sin embargo, las tasas de éxito de un procedimiento endoscópico son mayores que las obtenidas con LEOC. En nuestros resultados, las indicaciones de litotricia suelen tener más factores de riesgo para fracaso terapéutico que los endourológicos. Conocer ambos resultados nos ayudará a optimizar los diferentes tratamientos.





## P-10

### **ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: UN CASO UROLÓGICO SINGULAR.**

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Barriga Guijo, R.M.; Alberto Bravo, M.J.;  
Mañas García-Vacas, J.; Marcos Marín, D.; Merino Hernández, A.C.;  
Sanz Miguelañez, J.L.; Pozo Mengual, B.; Covaria Acuña, F.H.;  
Hernández Andrés, I.; Rodríguez Cabero, M.; Chicharro Almansa, F.J.;  
Leal Hernández, L.F.

*Hospital Universitario De Guadalajara*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La Enfermedad de Erdheim-Chester es una rara entidad de histiocitosis no-Langerhansiana caracterizada por la infiltración sistémica de células espumosas en tejidos blandos y órganos.

Aunque se ha documentado en varios sistemas de órganos, su presentación en el tracto urológico es excepcionalmente infrecuente. Presentamos un caso clínico de "riñón peludo" asociado a Enfermedad de Erdheim-Chester.

#### **CASO CLÍNICO:**

Varón de 57 años, derivado por hallazgo incidental en TAC Abdominal de: trabeculación de la grasa perirrenal de forma concéntrica y bilateral con aspecto de riñones "peludos". Interrogando al paciente únicamente refiere, desde 2019, alguna molestia abdominal ocasional en flanco derecho.

También refiere cefalea y sensación de congestión nasal ocasional matutina que cede con paracetamol.

No náuseas ni vómitos. No alteración del ritmo intestinal ni cambios en el aspecto de las heces. No clínica miccional ni cambios en el aspecto de la orina. No fiebre. No síndrome constitucional. Ante la sospecha de Enfermedad de Erdheim Chester se solicita: ITC Dermatología (para biopsia cutánea), nueva analítica completa, ECG y ecocardiograma, TC tórax y pruebas de función respiratoria, PET-TC y RNM cerebral (con valoración específica de la silla turca). Tras valorar los resultados de las pruebas solicitadas cabe destacar, la presencia de leve aumento de densidad en vidrio deslustrado inespecífico en zona declive del lóbulo superior derecho y en el segmento apical del lóbulo inferior derecho, silla turca vacía, ausencia de captación patológica en PET-TC (tanto de las lesiones pulmonares como perirrenales) y ausencia de xantelasmas en la exploración dermatológica.

Con todo esto, y los antecedentes personales del paciente (a destacar pancreatitis aguda intersticial de causa no clara) sigue estando presente la posibilidad de Enfermedad de Erdheim Chester, por lo que se deriva al Hospital Universitario de Bellvitge, centro de referencia de esta enfermedad en España para valoración del caso.



Según recomendaciones de dicho centro se incluye al paciente en LEQ para extirpación de remanente del uraco, fundamentalmente, para remitir tejido a anatomía patológica para diagnóstico histopatológico de confirmación, procedimiento que está pendiente de realizarse en la actualidad.

### **CONCLUSIONES:**

La Enfermedad de Erdheim-Chester es un reto diagnóstico debido a su rareza y a la variabilidad en las presentaciones clínicas. La infiltración del tracto urológico, especialmente con el distintivo "riñón peludo", es raramente reportada y puede confundirse con otras patologías renales.

La confirmación histopatológica y la caracterización molecular son esenciales para el diagnóstico preciso. En casos sintomáticos, como el presentado, es crucial considerar un abordaje terapéutico personalizado basado en la extensión de la enfermedad y el estado general del paciente.

Dado que no existe un consenso claro sobre el tratamiento estándar, se requiere una colaboración interdisciplinaria entre urólogos, oncólogos y reumatólogos para decidir la estrategia más adecuada.

La presentación de este caso destaca la importancia de la vigilancia continua y el seguimiento a largo plazo en pacientes con Enfermedad de Erdheim-Chester, especialmente en aquellos con afección urológica, para evaluar la evolución del paciente y gestionar posibles complicaciones.



## P-11

### RECIDIVA DE TUMOR UROTELIAL CON VARIACIÓN EN SU HISTOLOGÍA.

Rodríguez Jaureguialde, V; Gutierrez Aguilar, A; Luque Moreno, J; Bueno Domínguez, P; Fernández Fernández, N; Palacio Villamagua, P.A; Sánchez Conde, V; Cabo González, J.A

*Hospital Universitario de Badajoz*

#### INTRODUCCIÓN:

Varón de 71 años con antecedente personal de carcinoma urotelial de bajo grado que afecta a uréter y pelvis renal. Estadio T1Nx intervenido en diciembre de 2021. Acude al servicio de Urgencias en mayo de 2023 por dolor y aumento de volumen progresivo en flanco derecho de aproximadamente 20 días de evolución.

Se realiza desde Urgencias TAC abdominal con el hallazgo de masa en celda renal y abundante líquido libre.

#### OBJETIVO:

Determinar la etiología de la masa: tumor de novo versus recidiva de tumor urotelial.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se solicita RMN para mejor caracterización de la masa, estudio de extensión y biopsia con aguja gruesa para diagnóstico histológico, con el fin de determinar el mejor manejo terapéutico.

#### RESULTADOS:

El paciente mantuvo seguimiento en consultas de Urología con pruebas de imagen sin hallazgos que sugiriesen recidiva tumoral.

En RMN describen ruptura de la masa en su porción más craneal con posible extensión a peritoneo. Se completa estudio con TAC de tórax y gammagrafía sin hallazgos compatibles con metástasis.

PET-TAC 18FDG: adenopatías subcentimétricas mediastínicas e implantes peritoneales. Durante su ingreso en planta cursa con las siguientes complicaciones: anemización, síndrome de vena cava inferior y ascitis. Es sometido a dos BAG sin obtener muestra suficiente para diagnóstico histológico en ninguna.

Debido a la necesidad de diagnóstico histológico para ofertar tratamiento sistémico y debido a los implantes peritoneales se decide traslado a Cirugía Hepatobiliar que procede a laparoscopia exploradora con toma de biopsia en epiplon.



Postoperatorio tórpido con reagudización de EPOC que cursa con insuficiencia respiratoria y que termina con el exitus del paciente.

Anatomía patológica describe un carcinoma urotelial sarcomatoide con inmunohistoquímica positiva a GATA3, CKAE1/ AE3 y claudina 4.

### **CONCLUSIONES:**

El carcinoma urotelial sarcomatoide afecta a varones en torno a los 70 años, de elevada agresividad con evolución tórpida y rápida y gran relación con el tabaco.

Debido a su baja incidencia no existen pautas de tratamiento establecidas y ningún tratamiento ha demostrado un aumento en la supervivencia global de los pacientes.

Se realiza nefroureterectomía en aquellos pacientes que presenten síntomas de difícil control

**Palabras clave:** Tumor urotelial, sarcomatoide, histología.



## P-12

### EVEROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE LOS ANGIOMIOLIPOMAS MÚLTIPLES.

Afonso Domínguez, S; Recio Bermejo, R; Jiménez Moreno, D;  
Zazo Romojaro, F.A.

*Hospital General La Mancha Centro*

#### INTRODUCCIÓN:

Los angiomiolipomas (AML) son tumoraciones mayormente benignas y asintomáticas que se desarrollan en el riñón y están compuestos por una combinación variable de tejidos que se asemejan a vasos sanguíneos, músculo liso y tejido adiposo. El diagnóstico generalmente se realiza mediante TAC o RMN. Pueden ser esporádicos (80%) o estar asociados al complejo de esclerosis tuberosa (ETB), linfangioleiomiomatosis esporádica (LAM) o ambas condiciones (ETB-LAM).

Los AML esporádicos suelen ser solitarios, pequeños y de crecimiento lento. Por el contrario, los asociados a ETB pueden ser grandes, múltiples, bilaterales y asociar crecimiento. Las opciones terapéuticas de los AML esporádicos son el seguimiento radiológico, el tratamiento quirúrgico o embolización selectiva. En caso de AML asociados a ETB o LAM múltiples o de rápido crecimiento hay ensayos que apoyan el uso de los inhibidores de mTOR (everólimus/sirolimus) para reducir el tamaño y prevenir su crecimiento.

#### CASO CLÍNICO:

- Mujer de 38 años con diagnóstico ecográfico incidental de angiomiolipomas bilaterales en 2014. Posteriormente se realizó una RMN que confirmó el diagnóstico. Presenta una única mancha hipomelanocítica en la nuca como dato personal de interés. El estudio genético descartó esclerosis tuberosa.
- Durante el seguimiento, los AML mantuvieron el mismo tamaño, incluso durante un embarazo de la paciente en 2017.
- En junio de 2020, tras decisión compartida con la paciente se comienza tratamiento con everólimus en pauta similar al tratamiento que se realiza en pacientes con ETB. Como resultado las lesiones redujeron el tamaño durante el tiempo que la paciente estuvo con el fármaco sin observar efectos secundarios. En 2022 se suspendió el tratamiento y las lesiones persisten estables hasta el momento.

#### CONCLUSIONES:

Es fundamental descartar la presencia de esclerosis tuberosa en todos los pacientes diagnosticados de AML. Durante el embarazo aumenta el riesgo crecimiento y complicaciones hemorrágicas de los AML.



## P-13

### **ANEURISMA DE ARTERIA DE LA PARED ABDOMINAL COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL ACCESO LAPAROSCÓPICO.**

Rodríguez Jaureguialde, V; Gutierrez Aguilar, A; Luque Moreno, J; Bueno Domínguez, P; Rojas Guerreiro, A.M; Fernández Fernández, N; Cabo González, J.A; Palacio Villamagua, P.A; Sánchez Conde, V.

*Hospital Universitario de Badajoz*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Paciente de 61 años diagnosticado de disección de aorta toraco-abdominal con necesidad de exclusión mediante la colocación de endoprótesis.

En arteriografía de control se objetiva endofuga en una arteria polar superior del riñón izquierdo. Tras identificar origen en arteria polar se procede a ligadura de esta mediante cirugía laparoscópica por parte del servicio de Urología.

Durante la cirugía y tras apertura de piel para colocación de trócar accesorio en línea media axilar, se produce sangrado arterial de difícil control. Tras cirugía se comprueba con arteriografía la ausencia de fuga.

Un mes más tarde el paciente acude a Urgencias por bultoma en zona de puerto auxiliar de laparoscopia realizándose Eco-Doppler a pie de cama con diagnóstico de pseudoaneurisma.

Se intenta punción eco-guiada con trombina no siendo efectiva. Finalmente resección abierta por parte de servicio de Cirugía Vasculardurante la cirugía se objetiva que el pseudoaneurisma estaba alimentado por una rama arterial del músculo oblicuo.

#### **OBJETIVO:**

Diagnóstico y tratamiento del pseudoaneurisma.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Exploración física, ecografía, punción eco-guiada y cirugía.

La ecografía es de elección en aquellos superficiales.

#### **RESULTADOS:**

Los pseudoaneurismas arteriales son una patología infrecuente, los de miembros inferiores son los de mayor incidencia y en la mayoría de los casos son iatrogénicos. Siempre que la localización y características del pseudoaneurisma lo permita se debe tratar de forma percutánea dado que presenta menor morbimortalidad que la cirugía.



En este caso tras inyección de trombina de forma percutánea se recurre a cirugía por no haber sido resolutive.

### **CONCLUSIONES:**

Los pseudoaneurismas presentan baja incidencia y se forman tras lesionar la pared de un vaso. Las pruebas diagnósticas de elección varían según su localización.

En aquellos más superficiales la ecografía es la prueba diagnóstica de elección. En ecografía se objetiva el signo de "ying-yang". En aneurismas viscerales es preciso el uso de pruebas con mayor resolución como pueden ser el TAC y la RMN.

Inicialmente el manejo es conservador en aquellos de pequeño tamaño con controles clínicos y ecográficos. En aquellos de más de 2 cm se procede a técnicas percutáneas o cirugía.

**Palabras clave:** Pseudoaneurisma, arteria polar, endofuga.



## P-31

### INCISIÓN SOBRE PLACA FIBROSA Y USO DE PARCHES DE PERICARDIO BOVINO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE SEVERA: EXPERIENCIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.

Domingo Martínez, L.; Martínez Sanchíz, C.; Martínez Ruíz, J.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Tárraga Honrubia, M.A.; Legido Gómez, Ó.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

#### OBJETIVO:

Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de La Peyronie severa (>60°).

#### MATERIAL Y MÉTODO:

Se exponen ocho casos clínicos de pacientes afectados de Enfermedad de La Peyronie severa en fase estable, a los que se les realiza test de Kelami farmacológico.

Seis de ellos presentaron incurvación dorso-lateral izquierda y dos desviación dorsal pura. El grado de incurvación fue  $\geq 90^\circ$  en tres de los casos y entre  $60^\circ$ - $90^\circ$  en cinco de los pacientes. Todos los casos fueron intervenidos practicando corporoplastia de incisión e injerto de parche de pericardio bovino.

#### RESULTADOS:

Previo a la intervención, se realiza medición de longitud, curvatura mayor, menor y circunferencia peneana, que nos permitirá calcular el tamaño del parche.

En los pacientes en los que se realiza una nueva medición de la longitud peneana al finalizar la cirugía se observa, en tres de los cuatro casos, un incremento de la longitud de 16mm de media.

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8
Longitud previa (mm)	118	112	115	120	100	155	-	130
Longitud final (mm)	115	130	-	-	120	-	-	140
Curvatura mayor (mm)	58	55	50	40	50	40	50	50
Curvatura menor (mm)	23	25	30	20	30	10	30	20
Circunferencia (mm)	80	86	80	75	90	80	70	80





Se realiza incisión subcoronal, seguida de degloving peneano e incisión parauretral bilateral de fascia de Buck, disecando completamente el paquete vasculonervioso dorsal. A continuación, se provoca una erección artificial con suero fisiológico identificando de nuevo el punto de máxima inflexión y las curvaturas máxima y mínima.

Después, se realiza una incisión en doble Y en la albugínea según técnica de Egdio y sutura de parche de pericardio bovino previamente confeccionado, con un 20% de exceso.

Se realiza test de Gittes comprobado corrección completa, en el caso de encontrarse desviación residual no funcional, esta se corrige con la técnica de Nesbit. Finalmente, sutura de fascia de Buck y postectomía con posterior colocación de sonda vesical y vendaje compresivo.

Si la evolución es favorable los pacientes son dados de alta a las 24 horas. Las recomendaciones postquirúrgicas incluyen Tadalafilo 5mg/24h durante 3 meses, ejercicios de tracción autoadministrados y uso progresivo de extensor peneano hasta 3h/día durante 3-4 meses. En las revisiones todos los pacientes presentaron erecciones plenas no dolorosas sin incurvación.

### **CONCLUSIONES:**

La incisión sobre placa fibrosa más injerto de parche de pericardio bovino ha demostrado ser una técnica muy efectiva en la corrección quirúrgica de la enfermedad de La Peyronie severa evitando, además, el acortamiento peneano.



## P-32

### **PLEXOPATIA BRAQUIAL PARAINFECCIOSA SECUNDARIA A ABSCESO PERIPROSTÁTICO POR PREVOTELLA BIVIA.**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Marcos Marín, D.; Sanz Miguelañez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Pozo Mengual, B.; Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Covaría Acuna, F.H.; Chicharro Almarza, G.J.; Merino Hernández, A.C.; Leal Hernández, F.L.  
*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Prevotella Bivia es un bacilo anaerobio gramnegativo que forma parte de la flora genital. Las infecciones causadas por esta bacteria son raras, y cuando lo hacen debutan como enfermedad inflamatoria pélvica o abscesos perirrectales. A día de hoy se ha demostrado que dicho microorganismo presenta una relación simbiótica con otros tales como G. Vaginalis, S. agalactiae o S. Constellatus que aumentan su patogenicidad.

#### **CASO CLÍNICO:**

Varón de 50 años que ingresa por un cuadro de fiebre desconocido y plexopatía braquial de predominio derecho. En el estudio diagnóstico se evidencia una colección periprostática y hemocultivos positivos para Prevotella bivia. El drenaje transperineal de la colección guiado por ecografía transrectal confirma el hallazgo microbiológico.

El paciente evoluciona favorablemente tras el drenaje de la colección junto a tratamiento antibiótico intravenoso con betalactámicos. La plexopatía que se filió como parainfecciosa se trató con inmunoglobulinas intravenosas y corticoides.

#### **CONCLUSIÓN:**

La plexopatía braquial es una forma de neuropatía periférica. Su origen puede deberse a traumatismos, patología inflamatoria, parainfecciosa o neoplasias. Estos pacientes presentan trastornos motores y sensitivos variados, con reflejos alterados en función de las diferentes porciones del PB afectadas.

Las causas traumatológicas, neoplásicas e inflamatorias son las más frecuentes, las causas parainfecciosas son raras. Con respecto a la infección por P. Bivia, es poco frecuente. Se realizó una búsqueda en Pubmed encontrándose únicamente 4 casos de abscesos secundarios a dicho patógeno a nivel del tracto urinario y aparato genital y un 1 sólo caso de plexopatía braquial asociada a P. Bivia. Sugerimos que los antibióticos pertenecientes a la familia de beta-lactámicos y nitroimidazoles son de primera elección para su tratamiento.



## P-33

### **CIRUGÍA DE LA INCONTINENCIA MASCULINA: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL USO DEL DISPOSITIVO ATOMS.**

Lorenzo Sánchez, M.V; Martínez Ruiz, J; Rico Marco, S.;  
Navarro Jiménez, S; Tárraga Honrubia, M..A; Domingo Martínez, L;  
Segura Martín, M; Pastor Navarro, H; Salinas Sánchez, A.S.  
*CHUA*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una de las principales complicaciones tras la prostatectomía radical con un impacto negativo en la calidad de vida. La implantación del dispositivo ATOMS se ha establecido como una de las opciones de tratamiento de la IUE moderada.

#### **OBJETIVOS:**

Evaluar nuestra experiencia, los resultados y las complicaciones del implante de ATOMS.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes que han precisado colocación de ATOMS desde el año 2010 hasta el 2023. Analizamos variables demográficas, características de la cirugía, resultados funcionales y complicaciones.

#### **RESULTADOS:**

Durante este periodo se implantaron en nuestro centro un total de 14 ATOMS en pacientes varones, con una edad media en el momento de la cirugía de 66,6 años. Todos los casos fueron previamente tratados con prostatectomía radical (4 retropúbica, 9 laparoscópica y 1 robótica), con una mediana de tiempo entre cirugías de 38,5 meses (DE 9,1). Además, uno de ellos recibió radioterapia de rescate por recidiva bioquímica.

El valor medio de pérdidas urinarias preoperatorias, según el pad test, fue de 255,83 (DE 55,9).

Durante la intervención, los dispositivos fueron colocados sin incidencias. El primer ajuste se llevó a cabo en el propio quirófano mediante 10cc de suero fisiológico en 12 pacientes y 9cc en los otros dos restantes. Posteriormente, el 50% de los pacientes precisaron reajustes, con una media de 2,28 ajustes (DE 0,42) y un máximo de 25cc.

Un único paciente precisó sustitución del dispositivo ATOMS por un esfínter urinario artificial por presentar dolor y persistencia de IUE.



Se presentaron complicaciones únicamente en 3 pacientes, siendo de tipo I según la clasificación Clavien-Dindo; una infección de herida quirúrgica, un hematoma perineal y una retracción de la puerta de entrada.

La mediana de seguimiento fue de 31 meses (DE 7,15). El 85,71 % de los pacientes está satisfecho con los resultados funcionales.

### **CONCLUSIONES:**

El dispositivo ATOMS supone un tratamiento para la IUE masculina con buenos resultados, disminuyendo la cantidad y número de pérdidas, mejorando la calidad de vida con una tasa de complicaciones aceptable.

Es muy importante el estudio y selección de pacientes para optimizar el éxito terapéutico.



## P-34

### EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO.

Tárraga Honrubia, M.A.; Donate Moreno, M.J.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Domingo Martínez, L.; Martínez Ruiz, J.; Giménez Bachs, J.M.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. GAI de Albacete*

#### INTRODUCCIÓN:

en base a la evidencia actual, los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico (CPRCM0) con alto riesgo para desarrollar metástasis (PSA double time <6 meses) tratados con los nuevos antiandrógenos (enzalutamida, darolutamida y apalutamida) presentan mejoría en la supervivencia libre de metástasis y global, con un perfil de seguridad favorable.

#### MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los pacientes tratados en nuestro centro con enzalutamida, apalutamida y darolutamida desde mayo de 2018 hasta marzo de 2023

#### RESULTADOS:

Se incluyeron un total de 20 pacientes diagnosticados de CPRCM0 con una edad media de 69.7 años (65.1-74,3).

Inicialmente, al diagnóstico de cáncer de próstata, 4 pacientes fueron tratados con prostatectomía, 3 con radioterapia, 4 con la combinación de radioterapia y hormonoterapia y 9 con hormonoterapia exclusiva. Antes del inicio del tratamiento para CPRCM0 la media de PSA double time fue de 4 meses.

7 pacientes han sido tratados con darolutamida, 5 con apalutamida y 8 con enzalutamida. A 31 de agosto de 2023 la mediana de tiempo de seguimiento de estos pacientes es de 28.5 meses (9.75-47.25). El tiempo medio de tratamiento con darolutamida es de 14.57 meses (11.13-18.01); con apalutamida es de 26.40 meses (23.92-28.88).

La mediana de tratamiento con enzalutamida es de 35.50 meses (18.50-52.50). 6 pacientes abandonaron el tratamiento (5 por progresión y 1 por fallecimiento). Respecto al tratamiento a la progresión, 2 de los que presentaron progresión recibieron quimioterapia, mientras que el resto se trataron de forma paliativa por fragilidad.



Respecto a los efectos secundarios, 1 paciente tratado con darolutamida presentó hipertensión arterial, 1 paciente tratado con apalutamida presentó hipotiroidismo y 1 paciente tratado con enzalutamida registró astenia.

En ninguno de los casos tras registrar estos efectos se tuvo que reducir dosis o retirar el fármaco. La mortalidad global fue del 25%; 4 pacientes fallecieron por causas no oncológicas, frente a un paciente que falleció por progresión tumoral.

### **CONCLUSIONES:**

Nuestra experiencia con el uso de los nuevos antiandrógenos en el CPRCM0 indica que son fármacos bien tolerados con aumento del tiempo libre de progresión, aunque es necesario un mayor tamaño muestral y seguimiento para confirmar dichos resultados.



## P-35

### **CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO DIAGNOSTICADOS DE NOVO EN TRATAMIENTO CON TRIPLE TERAPIA SEGÚN ESQUEMA PEACE-1: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO.**

Tárraga Honrubia, M.A.; Donate Moreno, M.J.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Domingo Martínez, L.; Salce Marte, L.; Martínez Ruíz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. GAI de Albacete*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El estudio PEACE-1 se basa en el uso de terapia de deprivación hormonal (TDA), docetaxel y abiraterona en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSM) de novo. Este ensayo ha demostrado aumentar en 2.5 años el tiempo libre de progresión radiológica y 1.5 años de supervivencia ( $p < 0.05$ ) en los pacientes de alto volumen comparado con el gold estándar (TDA+docetaxel), con un discreto aumento de la toxicidad principalmente describiéndose hipertensión.

#### **OBJETIVO:**

Describir el perfil de pacientes susceptibles de recibir triple terapia y analizar la experiencia preliminar de respuesta al tratamiento en nuestro centro.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo de los pacientes en tratamiento con triple terapia desde su inicio en nuestro centro entre febrero 2023 hasta agosto 2023. Se analizan parámetros como edad, comorbilidades, clínica y PSA al diagnóstico, prueba de imagen, volumen tumoral y efectos secundarios.

**RESULTADOS:** Se dispone de  $n=8$  pacientes. Mediana de edad de 66,29 años (62,4-68,8). Las comorbilidades descritas son en 6 pacientes HTA, 5 pacientes presentaron dislipemia y 1 paciente Chagas. La mediana de PSA al diagnóstico fue de 30,1 ng/ml (21,3-92). El 75% presentaron un ISUP  $\geq 4$ . Todos los pacientes se han diagnosticado con TAC y GGO salvo uno de ellos que fue con PET-colina. El 100% ha presentado alto volumen metastásico al diagnóstico. El 50% ha descrito síntomas del tracto urinario inferior y dolor óseo. Solo 1 paciente ha recibido radioterapia, por dolor óseo. Los tratamientos hasta el día de hoy han sido bien tolerados, salvo en un paciente que presentó neutropenia febril al 4º ciclo de docetaxel. El tiempo medio de seguimiento ha sido 73.50 días (57.19-89.81) Ningún paciente ha fallecido durante el seguimiento, aunque es todavía muy escaso.

**CONCLUSIONES:** El uso de triple terapia se plantea para pacientes muy seleccionados con un perfil determinado (jóvenes, escasas comorbilidades y alta carga tumoral metastásica) siendo generalmente bien tolerado.

## P-36

### LITHOCLAST TRILOGY: NUESTRA EXPERENCIA.

Roldán Santos, P; Aranda Pérez, J; Pareja Peña, F; García Amorós, D.A;  
Berga Socias, M; Fernández Gutiérrez, D; Tapia Rodríguez, J.M;  
Sánchez Villagrán, A.

*Hospital Universitario de Cáceres*

### INTRODUCCIÓN:

Según las guías americana y europea, la nefrolitotomía percutánea sigue siendo la primera línea de tratamiento para litiasis renales >2cm. Dada la amplia experiencia, el desarrollo persigue en la actualidad reducir el tiempo quirúrgico y las complicaciones asociadas manteniendo o mejorando la eficacia y la seguridad. Al ser la técnica de acceso bien conocida, los esfuerzos se centran en desarrollar nuevos dispositivos mejores y más seguros que permitan la litotricia y una mejor visión dentro del riñón.

Tradicionalmente, existen tres tipos de energía: neumática, ultrasónica y láser; sin que ninguna destaque sobre las otras. El láser se utiliza con menos frecuencia por su mayor coste y menor eficacia en litiasis de gran tamaño. La energía neumática son muy potentes y económicos, pero la gran cantidad de energía emitida puede desplazar fragmentos y alargar la cirugía. Por otro lado, los dispositivos ultrasónicos son caros y con proceso de fragmentación ralentizado.

En esta línea de modernización surge Lithoclast Trilogy. Este dispositivo consta de la misma sonda que los litotriptores ultrasónicos y neumáticos. Permite emplear energía neumática, ultrasónica y lo más novedoso, ambas combinadas. Así mismo, la propia sonda permite realizar la succión de los fragmentos litiasicos. El empleo combinado de estas tecnologías en una única sonda permite una eliminación más rápida y eficaz.

En este caso vamos a describir nuestra primera experiencia con Lithoclast Trilogy. Se trata de una paciente de 40 años en seguimiento por litiasis coraliformes de repetición. Antecedente de nefrolitotomía percutánea derecha incompleta, con posterior ureterorenoscopia semirrígida + RIRS derecha. No otros antecedentes de interés.

En URO-TAC de control a los 6 meses encontramos 2 litiasis de 8mm en pelvis renal y grupo calicial inferior derecho. El riñón izquierdo presenta litiasis coraliformes que prácticamente ocupan todos los grupos caliciales y la pelvis renal. Se realiza limpieza de pelvis renal y cáliz posteroinferior persistiendo restos en cáliz medio e inferoanterior. Tras la cirugía tan solo destaca una reducción de 2.70 g/dL, sin cambios en términos de función renal. La paciente fue dada de alta en el segundo día potoperatorio.





## P-37

### TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE GANGRENA DE FOURNIER EN NUESTRO CENTRO.

Rico Marco, S.; Carrión López, P.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Moreillo Vicente, L.; Giménez Bachs, J.M.; Martínez Sanchíz, C.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. UCLM*

#### INTRODUCCIÓN:

La gangrena de Fournier (GF) es una fascitis necrotizante con afectación perineal y abdominal. Afecta más frecuentemente a varones de mediana edad con comorbilidades conocidas como la diabetes mellitus.

La clínica inicial puede consistir en leves molestias escrotales, y progresar rápidamente a infecciones graves potencialmente mortales.

#### OBJETIVO:

Analizar la comorbilidad y las características clínicas y microbiológicas de pacientes afectados por GF, así como el tratamiento administrado.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Análisis descriptivo retrospectivo de 23 varones tratados por GF entre los años 2011-2021 en nuestro Centro.

#### RESULTADOS:

La edad media fue de 65 años (32-82). De los 23 pacientes, 19 (83%) eran fumadores, 16 (70%) hipertensos, 10 (44%) dislipémicos y 11 (48%) diabéticos, de los cuales 10 (44%) tipo 2. En cuanto al tratamiento de la diabetes, 6 (55%) tomaban metformina, 3 (27%) glucosúricos, y 2 (18%) insulina.

Todos los pacientes fueron intervenidos de forma urgente e iniciado tratamiento antibiótico de amplio espectro y sueroterapia. La afectación principal fue perianal en 9 (40%), perineal en 8 (36%) y escrotal en 5 (24%). Fue necesario ampliar resección de los bordes de lecho quirúrgico durante el ingreso en 4 (17%) pacientes.

Cirugía Plástica realizó seguimiento ambulatorio en 7 pacientes (30%) de los que 3 (43%) precisó cobertura con colgajo escrotal.

Se recogió cultivo microbiológico del absceso en los 23 (100%). En 17 pacientes (74%) creció flora mixta, compuesta por gérmenes aerobios y anaerobios.



Entre los gérmenes aeróbicos gramnegativos, el patógeno más frecuente fue *Escherichia coli* en 14 (61%), seguido de *Pseudomonas aeruginosa* en 6 (26%) y *Klebsiella pneumoniae* en 5 (22%).

Las cepas productoras de bectalactamasas fueron 3 (13%). Los resultados del antibiograma mostraron que los fármacos más sensibles fueron Imipenem en 19 (82%); Piperacilina/Tazobactam en 17 (74%); y Cefuroxima en 11 (48%). Por otro lado, los gérmenes presentaron mayores niveles de resistencia para Ampicilina en 21 (91%) y Levofloxacinó en 16 (69%).

La media de tiempo de ingreso fue de 8 días (1-25). No hubo ningún caso de mortalidad específica ni reingreso tras el alta hospitalaria.

### **CONCLUSIONES:**

La GF es una infección potencialmente grave que precisa antibioterapia de amplio espectro y drenaje quirúrgico en la mayor brevedad posible, precisando control estrecho por la potencial necesidad de desbridamiento de la herida.



## P-38

### **ACTUALIZACIÓN EN LA VALORACIÓN DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA Y ONCOLÓGICA DE PACIENTES SOMETIDOS A BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PENE.**

Navarro Jiménez, S.; Carrión López, P.; Fernández Anguita, P.J.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Vera Berón, R.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

*Servicio de Anatomía Patológica. Gerencia de Atención Integrada de Albacete.*

*Facultad de Medicina, UCLM*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC) en el cáncer de pene es una herramienta útil para reducir la morbilidad relacionada con la linfadenectomía inguinal.

#### **OBJETIVO:**

Valorar la validez de la técnica de BSGC en el cáncer de pene.

#### **MÉTODOS:**

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo entre 05/2019 – 09/2023 en nuestro servicio de Urología, donde se revisó la evolución clínica y oncológica de 11 pacientes diagnosticados de carcinoma epidermoide de pene a los que se les realizó BSGC.

#### **RESULTADOS:**

Con una edad media de 72 años, un paciente presentó estadio pT1aN0M0, cuatro pT1bN0M0, cinco pT2N0M0 y uno pT3N0M0.

En el 100% de los casos se inyectó azul de metileno peritumoral, y se localizaron los ganglios centinelas en la linfografía preoperatoria y transoperatoria con la sonda gamma y, además, hubo concordancia con la localización descrita en la Linfogramagrafía Tc-99 realizada 24 horas antes.

El análisis anatomopatológico se realizó de manera diferida. Todos los pacientes presentaron drenaje a ambos territorios inguinales.

En el paciente 11 sólo migró el radiotrazador a la región inguinal derecha. Se extirparon un total de 23 ganglios centinelas; 16 (69,6%) se localizaban en el cuadrante superoexterno de las áreas de Dassler y los 7 restantes (30,4%) en el cuadrante superointerno. No hubo drenaje en los cuadrantes inferiores ni al compartimento central.



Sólo un paciente (1/11) presentó BSGC positiva para células tumorales, precisando la realización de linfadenectomía inguinal videoendoscópica. 8 meses después tuvo progresión tumoral con la existencia de metástasis pulmonares.

En el período de seguimiento ninguno de los 10 pacientes con BSGC negativa presentó progresión oncológica en las pruebas de imagen realizadas. Ningún paciente sometido a BSGC tuvo ninguna complicación intraoperatoria ni postquirúrgica.

### **CONCLUSIONES:**

La BSGC es una técnica que permite una estadificación mínimamente invasiva y adecuada para los pacientes con cáncer de pene, asocia una mínima morbilidad y evita la morbilidad de la linfadenectomía inguinal sistemática.

**Palabras clave:** Cáncer de pene; linfadenectomía; ganglio centinela.



## P-39

### **INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO INFERIOR DESPUÉS DE LOS ESTUDIOS URODINÁMICOS EN CHUA.**

Navarro Jiménez, S.; Martínez Ruiz, J.; Giménez Bachs, J.M.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Tárraga Honrubia, M.A.; Domingo Martínez, L.; Legido Gómez, O.; Segura Martín, M.; Salcé Marte, L.; Salinas Sánchez, A.S.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA).  
Facultad de Medicina, UCLM*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La infección del tracto urinario inferior (ITU) es la complicación más frecuente tras los estudios urodinámicos (EUD), existiendo todavía hoy en día dudas acerca del uso de profilaxis antibiótica previa a los EUD. Nuestro estudio tiene como objetivos el análisis de incidencia de ITU después de la realización de EUD en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA), así como identificar factores de riesgo y la descripción del perfil microbiológico y de resistencias microbianas de pacientes diagnosticados de ITU.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y observacional en el que se incluyó a pacientes que se realizaron EUD entre 22/02/2022-21/02/2023 en el CHUA. El seguimiento de cada paciente fue de 2 meses.

#### **RESULTADOS:**

El tamaño muestral fue de 180 pacientes (63 varones; 117 mujeres), con una edad media de 60,1 años. La hiperactividad del detrusor fue el diagnóstico urodinámico más frecuente en mujeres, y en hombres, la obstrucción del tracto urinario inferior. La incidencia de ITU pre EUD (1 mes antes) fue del 10% y post EUD (1 mes después) del 10,6%. El antibiótico más empleado en las ITU post EUD fue fosfomicina y el 2º ciprofloxacino. El microorganismo causante de ITU post EUD más frecuente fue *Escherichia coli* (54,5%). El % de resistencia en antibiograma de ciprofloxacino fue de 45,5% y de fosfomicina de 0%. Se asoció de manera significativa ( $p=0,027$ ) el sexo masculino con la aparición de ITU post EUD. Los pacientes portadores de sonda vesical o con cateterismo limpio intermitente previo EUD se relacionaron de forma significativa ( $p=0,035$ ) con mayores incidencias de ITU post EUD. Haber tenido una ITU pre EUD se asoció ( $p=0,012$ ) con la existencia de ITU post EUD. La profilaxis no se asoció con menor incidencia de ITU post EUD.

**CONCLUSIONES:** El sexo, una mayor manipulación de vía urinaria en varones, así como el antecedente de ITU el mes previo del EUD podrían ser factores de riesgo de ITU tras la realización de EUD, no obstante, la profilaxis antibiótica no parece ser una medida satisfactoria para limitar su aparición.



## P-40

### **MASA TESTICULAR BILATERAL, UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL DE LA SARCOIDOSIS. PRESENTACIÓN DE UN CASO.**

Castellanos Donoso, P.; Pacheco Moreno, M.; Sánchez Pérez, M.P.; Cantero González, N.; Maqueda Moyano, M.; Sánchez Megías, S.; Garre Hernanz, J.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica que muestra predilección por el sistema respiratorio, con apenas un centenar de casos reportados de afectación genitourinaria, lo que supone menos de un 0.2% de los pacientes con diagnóstico clínico y 5% en estudios postmortem.

#### **OBJETIVO:**

Presentación de un caso clínico de sarcoidosis testicular bilateral.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente masculino de 38 años que ingresa en el servicio de Neumología por disnea de esfuerzo con sospecha de neumonía bilateral SARS-COV-2 negativa.

Se realiza interconsulta a Urología por ecografía escrotal solicitada previamente por aumento del volumen escrotal, donde describen múltiples lesiones milimétricas, hipoecoicas y mal delimitadas en ambos parénquimas testiculares que sugieren posible afectación tumoral primaria o metastásica.

Paciente asintomático a nivel urológico y sin palpación de nódulos sospechosos a la exploración pese a verse dificultada por importante hernia inguinal bilateral.

Ante la discordancia clínico-radiológica se completa estudio. Se descarta etiología fúngica, vírica y tuberculosa, los marcadores tumorales, alfa-1-fetoproteína, beta-gonadotropina coriónica humana y antígeno carcinoembrionario resultan negativos, salvo beta-2-microglobulina ligeramente elevada; en TC toracoabdominal y PET-TC con 18-FluoroDesoxiGlucosa se objetivan múltiples adenopatías supra e infra diafragmáticas, infiltrados y cavitaciones pulmonares bilaterales y hepatoesplenomegalia con lesiones ocupantes de espacio.

Se realiza mediastinoscopia y biopsia de adenopatías, con diagnóstico anatomopatológico de linfadenitis granulomatosa no necrotizante de patrón sarcoide; determinación posterior de enzima convertidora de angiotensina elevada.



Ante los resultados obtenidos, los hallazgos testiculares son considerados una manifestación de sarcoidosis, se inicia tratamiento esteroideo sistémico y manejo conservador a nivel testicular con seguimiento periódico ecográfico y analítico, manteniéndose estables hasta la actualidad.

### **CONCLUSIÓN:**

La consideración de sarcoidosis en el diagnóstico diferencial de masa testicular es crucial ya que afecta a adultos jóvenes de forma uni o bilateral y puede simular alteraciones radiológicas típicas del cáncer testicular, síndromes linfoproliferativos o metástasis.

Si bien su relación es desconocida, se han descrito casos de cáncer testicular que han desarrollado un cuadro de origen autoinmune similar a la sarcoidosis, "reacción sarcoidea", presentando una incidencia de hasta el 31%.

Actualmente no disponemos de esquemas de actuación estandarizados, recomendándose un abordaje individualizado y pudiendo recurrir a la biopsia testicular u orquiectomía en casos dudosos.

## **P-41**

### **COMPOSICIÓN DE LITIASIS URINARIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA EN PACIENTES TRATADOS MEDIANTE LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE (LEOC).**

Castellanos Donoso, P.; Sánchez Pérez, M.P.; Cantero González, N.; Moyano Maqueda, M.; Sánchez Megías, S.; Garre Hernanz, J.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La urolitiasis es una entidad altamente prevalente, con diversos factores etiológicos y diferentes tipos de composición litiásica que condicionarán nuestra actitud terapéutica.

#### **OBJETIVO:**

Evaluar el perfil de composición litiásica de los pacientes tratados mediante LEOC en el Hospital de Mérida (centro de referencia en Extremadura) y su relación con la efectividad del procedimiento.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de una muestra de pacientes tratados mediante LEOC entre junio y noviembre de 2022. Tasa libre de litiasis (TLL) definida como persistencia de fragmentos  $\leq 4$ mm valorado mediante imagen de control a los 3 meses.

#### **RESULTADOS:**

Muestra de 216 pacientes, 50,9% de sexo masculino con una edad media de 54,5 años (4-85) e IMC medio de 30,4kg/m<sup>2</sup> (21-53), destacando como comorbilidades un 36,1% hipertensos y 13% diabéticos. Así mismo el 9,7% recibían antiagregantes y 6% anticoagulantes.

Localización renal en 76,9% (50,9% pelvis, 4,6% grupo calicial superior, 6,9% medio y 13,9% inferior) y 23,1% ureteral (3,7% uréter proximal, 7,9% medio y 11,1% distal). Volumen litiásico medio 1,24cm<sup>3</sup>, distancia piel-litiasis media 106,23mm y Unidades Hounsfield media 760,1.

Se administraron una media de 3,11 sesiones, número de ondas promedio 3035,47 y energía acumulada media de 126,24J, con TLL de 57,4% y 37,4% de efectividad tras 1ª LEOC.

Composición litiásica: 50% litiasis puras y 50% mixtas, siendo las más habituales las de oxalato cálcico monohidratado (29,7%), fosfato cálcico+oxalato cálcico (16,9%), oxalato cálcico monohidratado+dihidratado (13,6%), hidroxipatita+oxalato cálcico (12,6%) y ácido úrico (11,9%), y las menos frecuentes las de oxalato cálcico dihidratado (2,5%).





Se objetivaron mayores TLL en litiasis de ácido úrico (78,6%), ácido úrico+oxalato cálcico (75%) que a su vez presentó los mejores resultados tras 1ª LEOC (50%) (p 0,8), y oxalato cálcico monohidratado (65,7%); registrándose una TLL de 0% en litiasis de oxalato cálcico dihidratado y fosfato cálcico+estruvita (p 0,7).

Las litiasis de oxalato cálcico monohidratado precisaron mayor número de procedimientos auxiliares con respecto a otras composiciones, sin conseguir significación estadística (p 0,7).

### **CONCLUSIONES:**

Según nuestros datos las litiasis cálcicas fueron más habituales, sin embargo, obtuvimos tasas de litiasis úricas superiores a otras regiones, pudiendo relacionarse con factores dietéticos y siendo las que mejores TLL presentaron.



## P-42

### LITOTRICIA EXTRACORPÓREA POR ONDAS DE CHOQUE COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN LITIASIS DEL GRUPO CALICIAL INFERIOR. NUESTRA EXPERIENCIA.

Castellanos Donoso, P.; Sánchez Pérez, M.P.; Cantero González, N.; Moyano Maqueda, M.; Sánchez Megías, S.; Garre Hernanz, J.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

#### INTRODUCCIÓN:

La Litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) es un abordaje factible y menos invasivo para el tratamiento de las litiasis del grupo calicial inferior (GCI), si bien, existen factores propios del paciente y de la litiasis que limitarán su efectividad.

#### OBJETIVO:

Evaluar la efectividad y complicaciones de LEOC en GCI y su relación con factores anatómicos desfavorables.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de una muestra tratada mediante LEOC en GCI de junio a noviembre de 2022 con litotriptor Dornier Delta III.

Definimos tasa libre de litiasis (TLL) como fragmento residual  $\leq 4\text{mm}$  a los 3 meses valorado mediante estudio de imagen.

Los factores desfavorables considerados son: longitud infundibular  $>30\text{mm}$ , ancho infundibular  $<5\text{mm}$  y ángulo infundíbulopelvico  $<45^\circ$ . Análisis estadístico realizado mediante el programa SPSS v26 con el test estadístico de X2 de Pearson.

#### RESULTADOS:

Se analizan 216 pacientes con edad media de 54,5 años (4-85) e IMC medio de 30,4 kg/m<sup>2</sup>; 13% presentaban diabetes mellitus II, 36,1% hipertensión, 9,7% tomaban medicación antiagregante y 6% anticoagulante.

El 18,2% de las litiasis renales se localizaron en GCI, con un volumen litiásico medio de 1,37cm<sup>3</sup>, diámetro mayor medio de 14mm, distancia piel-litiasis media de 108mm y 775,3 Unidades Hounsfield de media. TLL global del 53,3% (p 0,59).

El 28% presentó una longitud infundibular  $>30\text{mm}$ , 24% ancho infundibular  $<5\text{mm}$  y 4% ángulo infundíbulo-pelvico  $<45^\circ$ , con una TLL del 42,9% (p 0,74), 50% (p 0,91) y 0% (p 0,32) respectivamente.



Se registraron complicaciones en un 26,6% de casos, 63,7% de ellas de gravedad leve (clasificación Clavien Dindo I-II) (p 0,59), siendo la más habitual el cólico nefrítico (p 0,18).

Así mismo, un 37,9% precisó procedimientos auxiliares, destacando la necesidad de LEOC en otra localización en el 20,7% y la derivación urinaria mediante catéter doble J (10,3%) (p 0,74).

### **CONCLUSIONES:**

Encontramos una TLL en el 53,3% de los pacientes con litiasis en GCI tratados mediante este procedimiento, sin haber obtenido diferencias significativamente estadísticas en cuanto a posibles factores anatómicos desfavorables, lo que podría verse relacionado con una muestra de pequeño tamaño y heterogeneidad de la misma.



## P-43

### **ANÁLISIS DEL PAPEL DE LA RMNMP EN EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA EN EL HOSPITAL DE MÉRIDA, ¿QUÉ NOS APORTA?**

Castellanos Donoso, P (1); Garre Hernanz, J (1); Sánchez Carvajal, J (2); Cantero González, N (1); Maqueda Moyano, M (1); Sánchez Megías, S (1); Sánchez Pérez, M.P (1); Parra Escobar, J.L (1).

*Servicio de Urología (1) y Servicio de Radiología (2).*

*Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El uso de Resonancia Magnética Multiparamétrica (RMNmp) es una herramienta clave para el diagnóstico de cáncer de próstata (CaP) en la detección de tumores clínicamente significativos (CaPcs). Analizamos los resultados desde el inicio de la realización de la misma de manera protocolaria en nuestro centro.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de una muestra de pacientes obtenida entre mayo de 2018 y abril de 2023 con sospecha clínica de CaP, en los que se realizó RMNmp previa a biopsia prostática cognitiva, combinando un muestreo sistemático y dirigido de las lesiones sospechosas.

Las imágenes fueron obtenidas con RMN de 1.5T e informadas mediante sistema PI-RADS v.2.1 por 5 radiólogos de manera aleatoria, considerándose sospechosos aquellos PI-RADS $\geq$ 3.

#### **RESULTADOS:**

Se analizaron 372 pacientes con edad media a la biopsia de 67 años (46-84), mediana de PSA 8,74ng/ml, tacto rectal sospechoso en 26,61% casos y media de 0,5 biopsias previas por paciente. El 90,59% de pacientes no presentaron complicaciones, siendo la hematuria/uretrorragia la más frecuente (3,76%).

El 84,14% de RMNmp fueron sospechosas, con 1,65 lesiones de media por prueba y anatomía general positiva en 58,06% ( $p < 0,001$ ). La media de tamaño de nódulos positivos y negativos fue de 15,8 y 11,41mm respectivamente ( $p < 0,001$ ).

En cuanto al nódulo principal, 0,99% fueron PIRADS II, 17,49% PIRADS III, 64,03% PIRADS IV y 17,49% PIRADS V, siendo un 50% positivos para cualquier CaP. Atendiendo a la relación en función del PIRADS, aquellos PIRADS III, IV y V fueron positivos para CaPcs (ISUP $\geq$ 2) en 15,9%, 42,8% y 75,5% respectivamente ( $p < 0,001$ ). Del 58,33% de nódulos con biopsia dirigida negativa, 35% fueron positivos en la aleatoria, mientras que un 7,3% de biopsias aleatorias negativas dieron positivo en la dirigida ( $p < 0,001$ ).



## **CONCLUSIONES:**

Según nuestro estudio, la positividad en RMNmp y el tamaño nodular nos indica un mayor riesgo de CaP, existiendo una asociación de PIRADS IV y V con CaPcs en un 42,8% y 75,5% de pacientes, si bien los PIRADS III presentan baja probabilidad de CaPcs.

Así mismo, confirmamos la necesidad de realización de biopsia aleatoria pese a la positividad de lesiones focales en RNMmp.

## P-44

### ¿SIGUE TENIENDO EL TACTO RECTAL UN LUGAR EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA?

Castellanos Donoso, P.; Garre Hernanz, J.; Cantero González, N.; Maqueda Moyano, M.; Sánchez Megías, S.; Sánchez Pérez, M.P.; Parra Escobar, J.L.

*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

#### INTRODUCCIÓN:

El diagnóstico de cáncer de próstata (CaP) constituye un verdadero desafío a nivel sanitario. Asociado a un incremento en su incidencia, estamos asistiendo al cambio constante en los algoritmos diagnósticos y terapéuticos en todas las fases de la enfermedad. La asociación PSA-tacto rectal (TR) ha supuesto tradicionalmente la principal arma diagnóstica de esta patología, por lo que en la era de la Resonancia Magnética Nuclear Multiparamétrica (RMNmp) y biopsia dirigida, analizamos el papel de este binomio, ¿es realmente imprescindible y debemos realizarlo en cada consulta?

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de una muestra de pacientes obtenida entre mayo de 2018 y abril de 2023 con sospecha clínica de CaP en los que se realizó TR previo a biopsia aleatoria sistemática y dirigida por RMNmp. Analizamos la relación del TR con el nivel de PSA, positividad en la biopsia e ISUP de la misma. Análisis estadístico realizado mediante SPSS v26.

#### RESULTADOS:

Se analizan 372 pacientes con 67 años de edad media a la biopsia (46-84), TR sospechoso en 26,61% de casos, mediana de PSA de 8,74ng/ml y media de 0,5 biopsias previas por paciente. El resultado anatomopatológico fue compatible con malignidad en el 57,8% de las biopsias. El 81,81% de pacientes con TR sospechoso obtuvieron resultados patológicos en la biopsia general ( $p < 0.000$ ), presentando hasta un 72,8% de estos un CaP clínicamente significativo (CaPcs) con  $ISUP \geq 2$  y siendo el ISUP 5 el más habitual con un 25,3% ( $p < 0.000$ ). No se encontró relación significativamente estadística entre el grado de afectación en la exploración rectal (T2a, T2b, T2c) con la positividad en la biopsia, pero sí se halló relación del TR con el nivel de PSA.

#### CONCLUSIONES:

El diagnóstico de CaP en nuestra serie presenta una incidencia elevada y la presencia de un TR sospechoso se relaciona con un mayor PSA y CaP con mayor puntuación ISUP, por lo que concluimos que el TR es una herramienta segura, sencilla y rápida que aporta información relevante sobre la posible existencia de un CaPcs y ha de seguir incluyéndose en la práctica clínica diaria.



## P-45

### **ANÁLISIS DE DISTINTOS ESQUEMAS DE NEOADYUVANCIA EN CARCINOMA DE CÉLULAS TRANSICIONALES INFILTRANTE.**

Pareja Peña, F.; Aranda Pérez, J.; Roldán Santos, P.; García Amorós, D.A.; Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socías, M.; Sánchez Villagran, A.; Fernández Tapia, J.M.; Murgui Rodríguez, M.; Arnulphi, A. H.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Machado Fernández, G. A.; Pastor Arquero, M. T.; Bravo Fernández, M. I.

*Hospital Universitario de Cáceres*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino está recomendada para aquellos pacientes con carcinoma de vejiga T2-T4a, ya que ha demostrado un aumento en la supervivencia global entre 5-8% a los 5 años. El objetivo de este estudio es evaluar en nuestro centro, la supervivencia global y libre de progresión de estos pacientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se incluyen en este análisis todos los pacientes tratados de cistectomía radical desde 12/2017 a 12/2022 en el Hospital Universitario de Cáceres. Se ha utilizado la regresión de Cox para analizar la supervivencia global y libre de progresión al comparar los pacientes tratados con neoadyuvancia frente a aquellos que no la han recibido.

#### **RESULTADOS:**

De un total de 44 pacientes, 26 (59%) recibieron neoadyuvancia frente a 18 (41%) que no la recibió. La mediana de seguimiento de los pacientes fue de 25 meses (1-61). Dentro de los que la recibieron, el 23% se trató con cisplatino + etopósido, el 42% con cisplatino + gemcitabina, el 3% con cisplatino + gemcitabina +/- inmunoterapia, el 12% con esquema MVAC y el 20% con inmunoterapia + anticuerpo conjugado. No se detectó diferencia estadísticamente significativa en supervivencia global ni libre de progresión en los pacientes tratados con cisplatino + etopósido frente a los que no han recibido tratamiento neoadyuvante ( $p=0,3$ ;  $p=0,5$ ; respectivamente), ni en los que reciben cisplatino + gemcitabina frente a los que no han recibido tratamiento neoadyuvante ( $p=0,1$ ;  $p=0,3$ ; respectivamente), ni en los que reciben inmunoterapia + anticuerpo conjugado frente a los que no han recibido tratamiento neoadyuvante ( $p=0,4$   $p=0,5$ ; respectivamente).

#### **CONCLUSIÓN:**

Con este tamaño muestral de 44 pacientes, no se detectó diferencia estadísticamente significativa en términos de supervivencia global ni supervivencia libre de progresión en los pacientes tratados con los diferentes esquemas de neoadyuvancia frente al grupo control. Probablemente se necesite un mayor tamaño muestral para evidenciar diferencias significativas.



## P-46

### LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN; UN RETO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS RETROPERITONEALES.

Cantero González, N; Castellanos Donoso, P; Moyano Maqueda, M; Sanchez Megías, S; Toledo Serrano, M.J; Pacheco Moreno, M; Parra Escobar, J.L  
*Hospital de Mérida*

#### INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Castleman (EC) es un grupo heterogéneo de trastornos linfoproliferativos que se caracterizan por la formación de masas benignas del tejido linfoide. Estos trastornos comparten patrones histológicos, pero se diferencian por sus patrones de localización, manifestaciones clínicas y etiopatogenia. Esta enfermedad representa un mayor riesgo de desarrollar enfermedades autoinmunes y también se asocia a tumores malignos como linfoma no Hodgkin, el linfoma de Hodgkin y el síndrome de POEMS.

Encontramos dos subtipos clínicos, la variante unicéntrica (ECU) y la multicéntrica (ECM); y tres patrones histológicos, la variante hialino-vascular (80-90%), plasmocelular y mixta.

#### CASO CLÍNICO:

Presentamos un caso clínico de una mujer de 67 años con dolor en región inguinal izquierda e hipogastrio de meses de evolución, realizándose un TC abdominal objetivándose adenopatías retroperitoneales interaortocavas y paraaórticas izquierdas formando conglomerados adenopáticos y en hilios renales, de predominio en hilio renal izquierdo. En PET TC se visualiza una hiper captación metabólica de las adenopatías retroperitoneales, retrocraurales y mediastínicas sin poder descartar un proceso maligno.

Dados los hallazgos descritos, se deriva a Urología para plantear una biopsia de dichas adenopatías retroperitoneales debido a su localización no accesible por vía percutánea, realizándose vía laparoscópica, obteniéndose 4 ganglios retroperitoneales paraaórticos. Los resultados histopatológicos fueron informados como sugestivo de reacción castlmanoide, sin identificar criterios de proceso linfoproliferativo.

#### CONCLUSIÓN:

La enfermedad de Castleman retroperitoneal es una entidad muy rara, que se engloba dentro del diagnóstico diferencial de masas retroperitoneales y conglomerados adenopáticos, precisando en ocasiones de una intervención quirúrgica tanto diagnóstica como terapéutica, no siendo un hecho baladí clasificar adecuadamente esta entidad con el fin de llegar a un tratamiento óptimo.





## P-47

### ¿ES POSIBLE EVITAR LA BIOPSIA DE PRÓSTATA SISTEMÁTICA A LOS PACIENTES A LOS QUE SE LES REALIZA UNA BIOPSIA DE PRÓSTATA POR FUSIÓN?

Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socias, M.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Murguí Rodríguez, M.; Arnulphi, A.H.; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Pastor Arquero, M.T.; Bravo Fernández, M.I.

*Hospital Universitario de Cáceres*

#### INTRODUCCIÓN:

La biopsia de próstata por fusión de imágenes es un procedimiento que ha aumentado en los últimos años y de nueva instauración en 2021 en el Hospital Universitario de Cáceres. El objetivo es analizar los resultados de este procedimiento y compararlos con los de la literatura, centrándonos en la rentabilidad de la biopsia de próstata dirigida comparado con la sistemática.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Un total de 106 pacientes con elevación de PSA o tacto rectal sospechoso se sometieron a la biopsia de próstata por fusión por 3 urólogos del Hospital Universitario de Cáceres (06/2021-06/2023). La resonancia magnética se llevó a cabo previo a la biopsia y se realizó biopsia dirigida y sistemática a 75 pacientes y únicamente a biopsia dirigida a 31 pacientes.

#### RESULTADO:

La edad media fue de  $68,7 \pm 8,4$  años, la media de PSA de  $13,1 \pm 11,5$  ng/ml y el volumen de la próstata medio de  $69,5 \pm 44,3$  cc. En total, 47 pacientes (44,3%) fueron diagnosticados de cáncer de próstata clínicamente significativo (ISUP grado  $\geq 2$ ). Se diagnosticó de cáncer de próstata clínicamente significativo al 31,1% de los que se le realizó una biopsia dirigida y al 18,7% de los pacientes a los que se le realizó una biopsia sistemática.

#### CONCLUSIÓN:

Parece existir beneficio en añadir la biopsia sistemática a la dirigida, aunque es cierto que la biopsia dirigida por fusión disminuye la detección de CPcns y aumenta el diagnóstico de CPc, aunque se necesitan ensayos con mayor número de pacientes para corroborarlo.

## P-48

### SÍNDROME DEL CASCANUECES.

Afonso Domínguez, S; Recio Bermejo, R; Jiménez Moreno, D;  
Zazo Romojaro, F.A.

*Hospital General La Mancha Centro*

#### INTRODUCCIÓN:

El Síndrome del Cascanueces es una afección poco común caracterizada por la compresión de la vena renal izquierda (VRI) entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Esto provoca una congestión vascular renal que se puede manifestar como hematuria, proteinuria, hipotensión ortostática, dolor en flanco/pélvico, síndrome de congestión pélvica o incluso disfunción renal. Su prevalencia exacta es desconocida. El diagnóstico habitualmente se realiza con ecografía, TAC y RNM. Estas pruebas valoran el estrechamiento patológico de la VRI, prestando atención al ángulo entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Un ángulo de 35 grados en dimensión sagital sugiere el diagnóstico y una relación entre el diámetro de la VRI a nivel hiliar y a nivel del estrechamiento  $\geq 4,9$  tiene una especificidad del 100%.

En muchos casos, un enfoque conservador es adecuado para el tratamiento, especialmente en niños y adolescentes. En situaciones donde los síntomas persisten o son graves, se recurre a procedimientos endovasculares, cirugía laparoscópica o cirugía abierta, no existiendo estudios clínicos exhaustivos que comparen los resultados de estos tratamientos. La colocación de stents endovasculares y extravasculares ha surgido como una opción mínimamente invasiva prometedora.

#### CASO CLÍNICO:

Mujer de 56 años con antecedente de dolor abdominal crónico en flanco izquierdo y tendencia a la hipotensión, que ingresa en nuestro servicio a causa de una pielonefritis. Dada la evolución tórpida del cuadro se decide realización de TAC abdomino-pélvico para descartar complicaciones. Tras el hallazgo incidental en el TAC de abundantes varices pélvicas y estrechamiento de la vena renal izquierda, revisamos el historial clínico de la paciente, donde se refleja que presenta dolor crónico a nivel pélvico, ITUS de repetición, hematuria aislada y dispareunia.

#### CONCLUSIONES:

El síndrome de Cascanueces debe ser considerado como un posible diagnóstico en pacientes que presentan hematuria inexplicada, proteinuria y dolor en la región pélvica o el flanco.

El diagnóstico se fundamenta en el grado de compresión anatómica y fisiológica de la VRI entre la aorta y la arteria mesentérica superior. Solo precisa tratamiento en caso de síntomas persistentes o graves.



## P-49

### **METÁSTASIS LINGUAL TARDÍA DE CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS. REVISIÓN DE UN CASO.**

Sánchez Megías, S.; Sánchez Pérez, M.P.; Castellanos Donoso, P.; Cantero González, N.; Maqueda Moyano, M.; Parra Escobar, J.L.  
*Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Mérida-Almendralejo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El 1% de las neoplasias malignas intraorales son metastásicas, y de ellas solo un 5% aparecen en la lengua. El carcinoma renal constituye la tercera neoplasia infraclavicular con capacidad para metastatizar en cabeza y cuello, reportándose casos de metástasis tardía en esta región, incluso décadas después de la exéresis quirúrgica del tumor primario renal.

#### **OBJETIVO:**

Presentación de un caso clínico de metástasis de carcinoma de células renales en la lengua a los 13 años tras nefrectomía.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente varón de 69 años con antecedente de nefrectomía radical derecha en 2008 por un Carcinoma de Células Claras Fuhrman I: pT3aN0M0. En 2021 presenta masa fluctuante en la lengua de 2 cm aproximadamente, realizándose una biopsia, con hallazgos histológicos compatibles con metástasis de carcinoma renal de células claras. En Tomografía computarizada (TC) de mandíbula y cuello se observa un nódulo sólido a nivel de tejido lingual, con espacios parafaríngeos conservados, además de nódulos pulmonares bilaterales en el TAC de tórax. Se realizó resección de la tumoración lingual por parte del Servicio de Cirugía Maxilofacial, con evolución postoperatoria favorable. El resultado anatomopatológico confirmaba la metástasis de carcinoma renal y marcada expresión para PAX8 y vimentina, perfil inmunohistoquímico típico de este tumor. El paciente fue tratado posteriormente con múltiples líneas de tratamiento sistémico, con una primera línea con Sunitinib desde 2021 hasta 2022 y continuando después con Cabozatinib hasta enero de 2023. Actualmente se encuentra con una tercera línea de tratamiento con Nivolumab.

**CONCLUSIÓN:** Las metástasis en la lengua por carcinoma de células renales son muy raras, siendo su aparición un signo de mal pronóstico en la evolución de la enfermedad. Según la literatura, sólo se han reportado 51 casos durante un período de 106 años y tan solo en 7 pacientes se presentó como signo inicial de CCR. Se debe realizar una evaluación exhaustiva, siendo las opciones de tratamiento actuales de estas metástasis la resección quirúrgica combinada con radioterapia y/o tratamiento sistémico, limitándose en ocasiones a medidas paliativas para maximizar la calidad de vida, considerando el mal pronóstico a largo plazo.



## P-50

### **ABLACIONES RENALES POR MICROONDAS DE LESIONES RENALES PEQUEÑAS, NUESTRA EXPERIENCIA.**

Fernández Gutiérrez, D.; Berga Socías, M.; Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Tapia Rodríguez, J.M.; Sánchez Villagrán, A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Murgui Rodríguez, M.; Machado Fernández, G.A.; Arnulphi, A.H.; Bravo Fernández, M.I.; Pastor Arquero, M.T.

*Hospital Universitario de Cáceres*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Los avances actuales en técnicas de radiodiagnóstico, que optimizan sus resultados con imágenes de mayor calidad y resolución, generan por contraparte un aumento de la incidencia de masas renales de pequeño tamaño (menores de 4cm) sospechosas de carcinoma de células renales.

Está aceptada la realización de una nefrectomía parcial como gold standard en estas neoformaciones de bajo estadio (pT1a y pT1b) al tratarse de una técnica que permite la conservación de mayor cantidad de nefronas funcionales. En los últimos años se ha dado un auge de nuevas técnicas mínimamente invasivas abanderadas por la ablación percutánea por microondas y la crioablación, alabadas en estudios por su menor repercusión en la función renal y tasa de efectos adversos.

Con el inicio de la utilización de esta técnica de ablación por microondas en nuestro servicio queremos realizar un estudio descriptivo de los resultados de nuestros pacientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en el Hospital Universitario de Cáceres mediante ablación por microondas. Se descartan pacientes con metástasis distales y síndromes neoplásicos familiares.

Se utilizan variables de tiempo hasta recurrencia, edad, sexo, anatomía patológica, comorbilidades, aparición de complicaciones, función renal posterior y previa a intervención, tamaño de lesión previa a intervención hemoglobina pre y post-intervención y energía utilizada.

#### **RESULTADOS:**

Muestra de 15 pacientes. La edad media de nuestros pacientes fue de 68,13± 18,52 años. El 86% de los participantes eran de sexo masculino. El resultado anatópatológico más común fue de carcinoma de células renales (60%). La incidencia de recurrencia fue del 6,6% (1 caso, que se identificó en el primer mes tras intervención).



No se objetivaron complicaciones clínicamente significativas. La hemoglobina previa a intervención era de una media de 14,3; y la posterior de 13,6.

La media de FG pre y post-tratamiento fue de 70 y 68.5 respectivamente. La energía media utilizada fue 90W.

### **CONCLUSIÓN:**

La ablación por microondas parece ser una opción válida para tratar pequeñas neoplasias renales, no obstante, todavía son necesarios más estudios comparativos con mayor muestra para posicionar una técnica frente a otra.



## P-51

### PARAGANGLIOMA EXTRAADRENAL EN PACIENTE EN ESTUDIO POR ANEMIA FERROPÉNICA.

Sánchez Villagrán, A.; Tapia Rodríguez, J.M.; Aranda Pérez, J.; Pareja Peña, F.; Roldán Santos, P.; García Amorós, D.A.; Berga Socias, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Murgui Rodríguez, M.; Machado Fernández, G.A.; Arnulphi, A.H.; Olivares Ruíz Del Olmo, J.A.; Pastor Arquero, M.T.; Bravo Fernández, I.

*Hospital Universitario de Cáceres*

#### INTRODUCCIÓN:

Los paragangliomas son tumores endocrinos raros originados a partir de células cromafines en la médula suprarrenal y en los paraganglios extraadrenales.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Mujer de 80 años alérgica a penicilina, hipertensa y dislipémica, cuyos antecedentes médico-quirúrgicos reseñables son un síndrome frontal debido a meningioma transicional, intervenido en 2018, incontinencia urinaria y anemia ferropénica. Paciente derivada a consulta de Urología por hematuria macroscópica y lesión de aspecto neoformativo en suelo vesical.

#### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:

En el proceso de estudio por anemia ferropénica, se realizó un TAC abdominal donde se objetivó, como hallazgo incidental, un nódulo hipercaptante en suelo vesical hacia fondo, de 0,8 cm, sugestivo de proceso neoformativo.

A nuestra valoración, se decidió incluir en lista de espera quirúrgica para RTU vesical, en la cual se reseco una lesión sólida de pared vesical retromeatel derecha. Estudio anatomopatológico: alteraciones histológicas (proliferación células epitelioideas) e inmunohistoquímica (positiva en cromogranina, sinaptofisina, CD56, OCT4 y GATA3), compatibles con paraganglioma extraadrenal.

#### CONCLUSIONES:

El paraganglioma es una patología extremadamente rara en el aparato genitourinario, entrando en el diagnóstico diferencial de las neoformaciones. Su comportamiento suele ser benigno y el diagnóstico incidental. En nuestro caso, se realiza seguimiento periódico con cistoscopia, urocultivo y catecolaminas en orina, conjuntamente con Endocrinología; no objetivándose recidiva en el momento actual.

**Palabras clave:** paraganglioma, cromogranina, RTU, anemia, Endocrinología.



## P-52

### **ESTENOSIS URETRAL Y NUEVAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Salamanca Blanco, P; Pastor Rodenas, B; Baudet León, J; Bielsa Carrillo, A; Flores Ortiz, J; Gutiérrez Martín, P.L; García Martín, L.A; Cancini Azuaje, M.A.  
*Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Paciente de 20 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acude refiriendo que durante práctica sexual, con introducción de cilindro de silicona en uretra, le ha sido imposible recuperarlo. A la exploración física, no se palpa dicho cuerpo extraño en la uretra, por lo que se indica intervención quirúrgica urgente.

El primer procedimiento que se realizó fue una uretrocistoscopia, en la que se objetivó una uretra hiperémica con sangrado en alguna zona, sobre todo a nivel bulbar. Al entrar en vejiga se aprecia dicho cuerpo extraño, que se trata de un cilindro de color amarillo de aproximadamente 1 cm de diámetro y 20 cm de longitud.

Con el material endoscópico se pudo agarrar de un extremo y llevarlo hasta la uretra prostática, resultando imposible la extracción, por lo que se optó por una mini-laparotomía media infraumbilical. El paciente es dado de alta al día siguiente con sonda vesical e instrucciones de retirada de la misma en su Centro de Salud.



## P-53

### **PERFORACIÓN VESICAL POR SONDA EN PACIENTE CON CISTITIS RÁDICA.**

Salamanca Blanco, P; Baudet León, J; Pastor Rodenas, B; Susanibar Napurí, L.F; Flores Ortiz, J; Moreno Santurino, A; Milanés Nivia, B.E; Bielsa Carrillo, A.  
*Hospital General Universitario Nuestra Señora del Prado*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Paciente de 79 años de edad, portador de endoprótesis por aneurisma de aorta abdominal y cáncer de próstata tratado con radioterapia en el año 2009, que ha requerido varios ingresos por hematuria anemizante, secundaria a cistitis rádica. En diciembre de 2022, se realizó exploración endoscópica bajo anestesia, sin visualizarse tumor vesical.

En el último ingreso, de marzo de 2023, por hematuria persistente y anemizante, se remitió a la cámara hiperbárica del Hospital Gómez Ulla de Madrid, con buen resultado, y se indicaron instilaciones endovesicales con laluril.

En los procedimientos de instilación se fue detectando una disminución progresiva de la capacidad vesical y dilatación ureteropielocalicial bilateral en técnicas de imagen, por lo que, en espera de decisión de la Sesión Clínica, se decidió sonda vesical permanente con bolsa colectora.

Ante la obstrucción de dicha sonda, el paciente acudió a su Centro de Salud, donde le cambiaron la sonda, dejándole una de 18 Ch. El paciente comenzó con dolor abdominal y anuria, motivo por el cual acudió al Servicio de Urgencias.

En TC se objetivó la sonda vesical en cavidad peritoneal y se indicó intervención quirúrgica urgente, que fue necesario demorar por problemas de Anestesiología, por lo que se procedió al recambio de dicha sonda por una de látex bien colocada y nefrostomía percutánea bilateral. En Sesión Clínica conjunta con el Servicio de Cirugía General, se decide un manejo conservador, evolucionando favorablemente.





## P-54

### SEPSIS URINARIA EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA EXCRETOR.

Pastor Rodenas, B; Baudet León, J; Salamanca Blanco, P; Susanibar Napurí, L.F; Flores Ortiz, J; Milanés Nivia, B.E; García Martín, L; Gutiérrez Martín, P; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Universitario Nuestra Señora Del Prado, Talavera de la Reina*

### INTRODUCCIÓN:

Paciente varón, de 37 años de edad, sin AP de interés, que acude al Servicio de Urgencias Hospitalarias, por disuria y fiebre de dos semanas de evolución, a pesar de estar con tratamiento antibiótico por sospecha de infección del tracto urinario inferior.

A la exploración física presenta estabilidad hemodinámica, afebril, con dolor abdominal generalizado a la palpación, sin signos de irritación peritoneal. Como pruebas complementarias a destacar, presenta una analítica con 18500 leucocitos, alteración de la coagulación, con actividad de protrombina 58%, INR 1,49, PCR 385 y Cr 1,82 mg/dl.

Se realiza un UroTC, donde se visualiza doble sistema renal completo derecho, con permeabilidad de la vía posterior de calibre normal y megauréter anterior hasta su entrada en trigono vesical, donde se aprecia imagen hipodensa que capta contraste intraluminal improntando en vejiga, cuyo diagnóstico incluye proceso inflamatorio, neofornativo o coágulo.

Ante la estabilidad del paciente y pruebas complementarias, se decide ingreso con antibioterapia de amplio espectro y manejo conservador, sin embargo, debido a la progresión del cuadro, se decide en Sesión Clínica, realizar exploración endoscópica bajo anestesia.

Durante el procedimiento se objetiva meato del piélon inferior estenótico, sin posibilidad de paso de catéter ureteral, pero con posibilidad de colocación de catéter doble J. No se visualiza el meato del piélon superior, hasta que se reseca la pared caudal al meato del piélon inferior, por donde sale abundante cantidad de material purulento, resolviéndose, de esta manera, el cuadro infeccioso del paciente.



## P-55

### CISTITIS ENFISEMATOSA.

Casa Valencia, M; Pérez-Utrilla Pérez, M.A; Damas Arroyo, F.J;  
García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Nieto Orellana, L;  
Villegas Cabañas, B; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto,A; Grande Murillo, D;  
Lara Isla, A; López Sánchez, D; Calahorra Fernández, L  
*Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real*

### INTRODUCCIÓN:

La cistitis enfisematosa es una infección rara del tracto urinario (ITU) con una mortalidad elevada cuyo tratamiento principal es médico.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 80 años hipertenso, diabético insulino-dependiente y con hiperplasia benigna de próstata, que acude a Urgencias por presentar dolor abdominal difuso de días de evolución e imposibilidad para la micción.

En el control analítico se objetivan parámetros inflamatorios e infecciosos. En la tomografía computarizada abdominal (TAC) se aprecia líquido libre, neumoperitoneo y un divertículo vesical junto con neumatosis vesical sugestivo de cistitis enfisematosa.

Ante inestabilidad clínica del paciente, se realiza laparotomía exploradora y cistectomía parcial. Posteriormente, el paciente evoluciona favorablemente con antibioterapia intravenosa dirigida a *Escherichia Coli*.

### DISCUSIÓN:

La cistitis enfisematosa es un tipo raro de ITU aguda complicada que se caracteriza por la formación de gas en la pared y la luz de la vejiga. Suele ser un proceso aislado, pero rara vez se asocia con pielonefritis enfisematosa concurrente.

La diabetes mellitus es un factor de riesgo importante junto con la obstrucción del tracto urinario. Su patogenia es poco conocida. Los microorganismos principales son *Escherichia coli* o *Klebsiella pneumoniae*. Algunas infecciones son polimicrobianas.

Presenta una tasa de mortalidad del 3-12% y de hasta un 20% si se asocia con pielonefritis enfisematosa. La presentación clínica es variable, siendo el dolor abdominal la presentación más común.

El diagnóstico se realiza mediante pruebas de imagen donde se objetiva gas en la pared vesical. El TAC es el Gold-estándar.



El tratamiento generalmente es médico con antibioterapia intravenosa y drenaje vesical, junto con el control glucémico y de otros factores de riesgo subyacentes. Raramente, se justifica el desbridamiento de la vejiga o la cistectomía parcial o total.

### **CONCLUSIONES:**

La cistitis enfisematosa es una infección rara caracterizada por gas dentro de la pared vesical. Los factores de riesgo principales son diabetes mellitus, edad avanzada y obstrucción del tracto urinario.

La clínica suele ser inespecífica. El diagnóstico de elección es el TAC abdominal.

El tratamiento generalmente es antibioterapia intravenosa, sondaje vesical y adecuado control glucémico. En ocasiones es necesario el tratamiento quirúrgico.

## **P-56**

### **ESTUDIO DE TUMORACIÓN ESCROTAL.**

González Castellón, C.; Villares López, A.; Syed Fernández, M.; Pérez Rodríguez, S.; Parra Cuerda, A.B.; Astudillo Campoverde, J.S.; Sánchez Mateos-Manzanaque, D.; Esteban Labrador, L.; Vivanco López Muñoz, C.; Serrano Gutiérrez, A.I.; Luis Cardo, A.; González Gallego, C; Iglesias Justo, A.; Sampietro Crespo, A.; Gómez García, I.  
*Hospital Universitario de Toledo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El aumento del volumen testicular puede corresponder a multitud de entidades clínicas tales como: varicocele, hidrocele, patología quística del cordón espermático, procesos infecciosos- inflamatorios, torsión testicular, o menos frecuentemente, al cáncer testicular. E

ste último representa el 1% de los tumores malignos en varones, siendo la neoplasia más frecuente en entre los 15-35 años. Es parte fundamental del diagnóstico diferencial ante toda masa testicular de nueva aparición.

Se presenta el caso clínico de un varón de 64 años con antecedentes de carcinoma renal de células claras intervenido en 2016 mediante nefrectomía radical derecha laparoscópica. En las revisiones posteriores, presenta una masa testicular derecha de 1 mes de evolución. Se realiza estudio ecográfico dirigido que demuestra una masa sólido-quística de características complejas dependiente de teste derecho, altamente sugestiva de malignidad.

Ante estos hallazgos, se decide realizar orquiectomía radical inguinal derecha. En el análisis anatomopatológico de la pieza quirúrgica, la lesión es caracterizada como metástasis de carcinoma de células claras. Se inicia tratamiento adyuvante con Pembrolizumab.

El carcinoma renal de células claras es el tumor renal más frecuente, representando hasta el 80% de los carcinomas, afectando mayoritariamente entre la 6ª y 7ª décadas de la vida. Esta neoplasia posee una alta capacidad metastásica, pudiendo presentar enfermedad a distancia hasta en un 30% de los casos al diagnóstico, sobre todo en pulmón, hueso, hígado, glándula suprarrenal, riñón contralateral y cerebro.

Hasta un 50% de los pacientes nefrectomizados presentarán recidiva metastásica (incluso en estadios tempranos de la enfermedad), apareciendo hasta en un 85% en los 3 primeros años, teniendo la particularidad de que puede aparecer hasta 30 años después y en localizaciones poco frecuentes.



## P-57

### MANEJO DEL ABSCESO PROSTÁTICO, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Astudillo Campoverde, J.S; Syed Fernández, M; Villares López, A; Sanchez-Mateos Manzanegue, D; González Castellón, C; Pérez Rodríguez, S; Parra Cuerda, A.B; Serrano Gutierrez, A.I; González Gallego, C; Esteban Labrado, L; Luis Cardo, A; Vivanco López-Muñoz, C; Gómez García, I.  
*Hospital Universitario de Toledo*

#### INTRODUCCIÓN:

El absceso prostático es una entidad poco frecuente con una incidencia del 0.5% y una mortalidad entre el 3-16%. Las opciones terapéuticas varían desde la actitud conservadora hasta la cirugía urgente.

#### CASOS CLÍNICOS:

**Caso 1:** Varón de 66 años que acude a Urgencias por una ITU febril de evolución tórpida. Se realiza TC, evidenciándose una colección prostática de 6 cm que afecta a ambas vesículas seminales y contacta con el recto y la vejiga. Se intenta abordar mediante punción-drenaje vía transrectal con ecografía y RTU de próstata sin éxito. Finalmente, vía transperineal, se consigue puncionar y drenar colocando una sonda vesical 14Fr a modo de drenaje. El paciente recibe tratamiento antibiótico dirigido. En la ecografía de control persiste una pequeña zona anecoica compatible con absceso residual. **Caso 2:** Varón de 69 años que acude a Urgencias por deterioro del estado general, fiebre y síndrome miccional. A la exploración destaca importante edema peneano. Se realiza TC, objetivándose una colección en el ápex prostático de 5cm que se extiende por la región inferior del pene. Se realiza drenaje transuretral urgente requiriendo colocación de talla vesical. El paciente recibe tratamiento antibiótico y antifúngico dirigidos. La TC de control refleja resolución del absceso prostático con marcada disminución del absceso peneano.

#### DISCUSIÓN:

El absceso prostático afecta con mayor frecuencia a pacientes diabéticos e inmunodeprimidos con una presentación clínica muy variable. Para el diagnóstico son útiles la ecografía transrectal, la TC o la RM. No existe un consenso sobre su tratamiento en el momento actual. Se recomienda para abscesos >2cm, drenaje vía transrectal o transperineal en pacientes estables con abscesos simples; y drenaje vía transuretral ante inestabilidad clínica o abscesos multiloculados. Si el tamaño es <2cm, actitud conservadora con antibioterapia dirigida.

**CONCLUSIÓN:** El tratamiento del absceso prostático no está establecido, su manejo depende de la presentación clínica, tamaño y localización y de la experiencia del cirujano.



## P-58

### PARANGLIOMA VESICAL, UNA RARA CAUSA DE HEMATURIA.

Higuero Acevedo, D.; Puerto Puerto, A.; Pérez Cadavid, S.;  
García Torres, A.; Casa Valencia, M.; Nieto Orellana, L.; Villegas Cabañas, B.;  
Calahorra Fernández, L.; López Sánchez, D.; Pérez-Utrilla Pérez, M.;  
Lara Isla, A.; Damas Arroyo, F.J.; Grande Murillo, D.  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### INTRODUCCIÓN:

Los paragangliomas son tumores derivados de las células cromafines que se pueden dar en diversas localizaciones extraadrenales. Los paragangliomas vesicales suponen aproximadamente el 6-10% del total de los paragangliomas, siendo por tanto un tumor de vejiga muy raro. Suelen ser benignos, aunque un 14% son malignos presentándose como metástasis. Clínicamente pueden comportarse como funcionantes o no, dependiendo de su capacidad para producir catecolaminas, pudiendo producir síntomas tales como hematuria, hipertensión arterial y cefalea.

Estos tumores son quimio-radiorresistentes, por lo que el único tratamiento posible es el quirúrgico y un seguimiento posterior de por vida, dado el riesgo de metástasis.

#### CASO CLÍNICO:

Varón de 72 años diagnosticado de lesión vesical en TAC, a raíz de hematuria macroscópica y confirmada como lesión nodular no papilar en cistoscopia, que se somete a resección transuretral de vejiga incompleta en centro hospitalario terciario, con diagnóstico anatomopatológico de paraganglioma vesical.

Es derivado a nuestro hospital donde el paciente refiere asintomatología desde el punto de vista hormonal y se solicita estudio analítico de funcionalidad, siendo negativo. Se realiza PET-TAC MIBG con presencia de captación en pared vesical, sin lesiones a distancia; por lo que es diagnosticado de paraganglioma vesical no funcionante sin signos de malignidad, reseco de forma incompleta.

Se realizó estudio genético que resulto negativo para síndrome hereditario. Se presenta en comité de tumores urológicos y se decide realizar cistectomía parcial y linfadenectomía bilateral, pendiente de realizar.

#### CONCLUSIÓN:

Los paragangliomas vesicales son tumores altamente infrecuentes que se pueden presentar tanto de forma esporádica como síndrome hereditario; lo cual dificulta el diagnóstico y el establecimiento de una recomendación única terapéutica y de seguimiento.



## P-59

### ESQUISTOSOMIASIS VESICAL: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Barriga Guijo, R.M.; Alberto Bravo, M.J.; Mañas García-Vacas, J.; Sanz Miguelañez, J.L.; Pozo Mengual, B.; Rodríguez Cabero, M.; Hernández Andrés, I.; Marcos Marín, D.; Covaria Acuña, F.H.; Chicharro Almansa, F.J.; Merino Hernández, A.C.; Leal Hernández, L.F.

*Hospital Universitario De Guadalajara*

#### INTRODUCCIÓN:

La esquistosomiasis vesical es una infección parasitaria causada por el *Schistosoma haematobium*, que afecta principalmente al aparato urinario. Es una enfermedad endémica en África y Oriente Medio, pero también puede afectar a viajeros e inmigrantes procedentes de esas zonas.

La esquistosomiasis vesical se asocia con complicaciones como hematuria, disuria, cistitis, fibrosis, hidronefrosis y carcinoma epidermoide.

El diagnóstico se basa en la identificación de huevos en la orina o en biopsias, y el tratamiento principal consiste en la toma de praziquantel.

A continuación, presentamos dos casos de esquistosomiasis vesical diagnosticados en nuestro centro:

**Caso 1:** Varón de 41 años, natural de Mali (En España desde 2004.), que acude a urgencias por clínica compatible con CRU izdo con deterioro de función renal e imagen ecográfica de hidronefrosis con rotura de fórnix sin clara causa obstructiva, por lo que se solicita TAC Abdominal para completar estudio donde se confirma la presencia de ureterohidronefrosis izquierda grado III/IV desde la zona proximal al cruce con los vasos ilíacos sin apreciar imágenes de litiasis.

Sin embargo, se objetiva una extensa calcificación de la pared ureteral prácticamente a lo largo de todo el recorrido, fina y con un claro estrechamiento de su calibre en la zona descrita. Del mismo modo, también se aprecia una fina calcificación de las paredes anterior y lateral izquierda de la vejiga.

Estos hallazgos sugieren como primera posibilidad la presencia de un proceso inflamatorio crónico (esquistosomiasis como primera opción), sospecha que posteriormente se confirma con serología de orina positiva para esquistosoma. Con todo esto y ante la obstrucción de vía urinaria se decide colocación de Nefrostomía percutánea y se inicia tratamiento con Praziquantel a la dosis de 40 mg/Kg/día, con buena evolución clínica posterior.



**Caso 2:** Varón de 15 años, originario de Costa de Marfil, acude por presentar desde hace al menos un mes hematuria macroscópica monosintomática, niega sd miccional, no dolor abdominal ni fiebre. Asocia desde hace 1 o 2 meses lesiones cutáneas inguinales, y en zona de pene y uretra, de tipo verrugosos, no pican ni duelen, no picaduras visibles. No clínica digestiva ni sd constitucional. El análisis de orina mostró leucocituria y hematuria, y el urocultivo fue negativo.

Se solicitaron parásitos en orina donde se aíslan huevos de *Schistosoma haematobium* en orina. Por lo que se inicia tratamiento con prazicuantel 40 mg/kg/día con mejoría clínica posterior.

Conclusiones: La esquistosomiasis vesical es una entidad poco frecuente en nuestro medio, pero debe sospecharse en pacientes procedentes de áreas endémicas que presenten síntomas urinarios. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado pueden prevenir las complicaciones crónicas y el riesgo de malignización.





## P-60

### ESQUISTOSOMIASIS. A PROPOSITO DE UN CASO.

Luque Moreno, J.; Gutiérrez Aguilar, A.; Rodríguez Jauregui, V.; Bueno Domínguez, P.; Fernández Fernández, N.; Sánchez Conde, V.; Cabo González, J. A.

*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

#### INTRODUCCIÓN:

La movilidad territorial debido a la inmigración y los viajes nos lleva a encontrarnos con enfermedades poco habituales en nuestro medio, pero que pueden ser endémicas en otras poblaciones. Es el caso de la esquistosomiasis.

#### MATERIAL Y METODOS:

Varón 21 años, natural de Mali. Consulta por hematuria, realizándose ecografía en la que se aprecia un engrosamiento de la pared vesical y nódulos hiperecogénicos en cúpula vesical, sugestivo de esquistosomiasis.

Se completa el estudio con un análisis de parásitos en heces (negativo), orina (positivo) y una serología de *Schistosoma* (positiva); así como una cistoscopia, observándose 3 lesiones nodulares en cara lateral derecha.

Recibe tratamiento sistémico con Praziquantel, y quirúrgico mediante RTU, obteniendo como resultado anatomopatológico cistitis por esquistosomiasis.

#### DISCUSIÓN:

La esquistosomiasis urinaria es una parasitosis causada por *Schistosoma Haematobium*, poco frecuente en nuestro medio, pero endémica en regiones de África, Sudamérica y Asia.

La infección se adquiere por el contacto con agua dulce contaminada por cercaria, que penetra a través de la piel hasta el torrente sanguíneo. Sus manifestaciones dependen de la fase del ciclo de parasitación.

En el aparato urinario, la clínica se debe a la respuesta inflamatoria provocada por el depósito de huevos del parásito, formándose granulomas en las zonas de mayor acumulo. La hematuria suele ser el primer síntoma, siendo necesario un diagnóstico diferencial (cistitis glandular, tuberculosa y neoplasia vesical). Puede acompañarse de sintomatología miccional.

Las complicaciones de la infección crónica son fibrosis vesical, estenosis y carcinoma epidermoide, siendo causa importante de cáncer vesical en algunos países de África.

El diagnóstico se establece mediante la visualización de huevos en citologías urinarias o biopsia de los granulomas, y serología positiva para *Schistosoma*.



Las pruebas de imagen pueden ser de ayuda en el diagnóstico.  
El tratamiento es médico, realizado con Praziquantel.

**CONCLUSIONES:**

La hematuria en pacientes jóvenes originarios o viajeros a zonas endémicas de Schistosoma debe hacernos pensar en una esquistosomiasis vesical.

La presencia de nódulos vesicales obliga a la toma de biopsias mediante RTU vesical. Sin embargo, el tratamiento de esta enfermedad es médico.

**Palabras clave:** esquistosomiasis, Schistosoma, hematuria.



## P-61

### SÍNDROME DE WÜNDERLICH, UN CASO ATÍPICO DE DOLOR ABDOMINAL.

Higuero Acevedo, D.; Pérez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; García Torres, A.; Casa Valencia, M.; Nieto Orellana, L.; Villegas Cabañas, B.; Campos Valverde, D.; Calahorra Fernández, L.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; López Sánchez, D.; Lara Isla, A.; Damas Arroyo, F.J.; Grande Murillo, D.  
*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### INTRODUCCIÓN:

El Síndrome de Wunderlich se define como la aparición espontánea y no traumática de sangrado en el espacio perirrenal que puede extenderse hasta el espacio retroperitoneal. Es una patología muy poco frecuente y con una elevada morbimortalidad.

Es más frecuente en mujeres. Las causas más frecuentes son los tumores benignos renales y suprarrenales, suponiendo aproximadamente el 50% de las causas de esta patología; y dentro de ellos cabe destacar la importancia del angiomiolipoma como principal etiología.

Otras causas menos frecuentes son el carcinoma de células claras renal, la poliarteritis nodosa y otros tipos de vasculitis, malformaciones vasculares, pielonefritis, litiasis renales de gran tamaño, etc.

Clínicamente puede presentarse de forma variada, desde dolor lumbar hasta shock hemorrágico. La tríada de Lenk; que consiste en aparición de shock hemorrágico, dolor lumbar interso y tumoración palpable lumbar; tan solo aparece en un 20% de los casos.

La técnica diagnóstica de elección por su alta sensibilidad es el AngioTAC, que permite visualizar el hematoma perirrenal / retroperitoneal y la existencia de sangrado activo. La arteriografía es una prueba invasiva que es empleada en caso de necesidad de tratamiento con embolización, y/o si no existe angioTAC en el centro hospitalario.

El tratamiento de elección en caso de sangrado activo es la embolización. La cirugía queda reservada en caso de inestabilidad hemodinámica en un centro que no disponga de radiología intervencionista o en caso de contraindicación o fracaso de la embolización.

#### CASO CLÍNICO:

Mujer de 78 años con antecedentes personales de cardiopatía hipertensiva y FA anticoagulada con Apixabán, que acude a al servicio de urgencias hospitalario por dolor abdominal inespecífico, hipotensión arterial y anemia aguda con Hemoglobina de 7.9 g/dl que requiere politransfusión.



En TAC urgente se aprecia Síndrome de Wunderlich secundario a miolipoma suprarrenal izquierdo sin sangrado activo.

Ingresa en UCI, presentando a los 10 días nuevo sangrado e inestabilidad hemodinámica que requiere embolización suprarrenal urgente, con adecuada evolución posterior.

**CONCLUSIÓN:**

El Síndrome de Wunderlich supone un verdadero desafío por la necesidad de un rápido diagnóstico y tratamiento dada la alta morbimortalidad del cuadro y la inespecificidad clínica que presenta.



## P-62

### **NEFRECTOMÍA SIMPLE POR ABSCESO PERIRRENAL A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Villegas Cabañas, B.; García Torre, A.; Puerto Puerto, A. L.; Pérez Cadavid, S.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Nieto Orellana, L.; Grande Murillo, D.; Damas Arroyo, F.; Lara Isla, A.; López Sánchez, D.; Pérez-Utrilla Pérez, M. A.; Calahorra Fernández, L.; Ladrón Gil, C.; Polanco Corchero, A.

*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El principal origen de los abscesos perirrenales es la diseminación local de una infección renal. Existen dos factores predisponentes fundamentales: la diabetes mellitus y las anomalías del tracto urinario, principalmente los cálculos renales.

En función del tamaño del absceso, el tratamiento se basa en la antibioterapia o drenaje, requiriendo actitud quirúrgica solo en casos seleccionados.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Caso reportado en julio de 2022 seguido de una revisión bibliográfica acerca del manejo de los abscesos perirrenales.

#### **RESULTADOS:**

Presentamos el caso de un varón de 74 años con antecedentes de DM insulino dependiente con mal control, obesidad e HTA. Acude al Servicio de Urgencias por fiebre de 3 días de evolución y masa lumbar izquierda palpable a la exploración física.

Se realiza TAC urgente, evidenciándose pionefrosis secundaria a ectasia derivada de litiasis a nivel de tercio medio ureteral y absceso perirrenal posterior con componente retroperitoneal y subcutáneo. Ante estos hallazgos, se decide drenaje quirúrgico de la colección y cateterización ureteral de carácter urgente.

Tras cuatro meses, el paciente acude de nuevo al Servicio de Urgencias por reagudización del cuadro, presentando fiebre y bultoma lumbar izquierdo a la exploración. En el TAC se objetiva colección pararenal izquierda que conecta con una colección subcutánea de hasta 71mm, además de atrofia del riñón afecto. Se realiza drenaje percutáneo de las colecciones.



Pasado el cuadro agudo, se realiza nefrectomía simple izquierda por vía abierta.

El procedimiento tiene lugar sin incidencias con buena evolución del paciente, que es dado de alta al sexto día postoperatorio. Los resultados anatomopatológicos de la pieza quirúrgica evidencian pielonefritis crónica xantogranulomatosa. Actualmente, permanece en seguimiento sin complicaciones asociadas.

### **CONCLUSIONES:**

Los abscesos perirrenales son una complicación que puede comprometer seriamente la salud del paciente. El manejo principal se basa en el drenaje, prefiriéndose la vía percutánea a la quirúrgica por su menor invasividad.

Sin embargo, la decisión entre una u otra técnica se basará en el tamaño del absceso fundamentalmente. La nefrectomía ante un absceso perirrenal está justificada al confluír anomalías anatómicas, como cálculos obstructivos, con dificultad de manejo médico eficaz.



## P-63

### ESQUISTOSOMIASIS URINARIA EN UN PACIENTE JOVEN, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Berga Socías, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Aranda Pérez, J.;  
García Amorós, D.A.; Roldán Santos, P.; Tapia Rodríguez, J.M.;  
Sánchez Villagrán, A.; Olivares Ruiz Del Olmo, J.A.; Murgui Rodríguez, M.;  
Machado Fernández, G.A.; Arnulphi, A.H.; Bravo Fernández, I.  
*Hospital Universitario de Cáceres*

#### OBJETIVO:

Descripción de un caso de esquistosomiasis en un paciente joven procedente de Mali, así como evaluación de su diagnóstico y tratamiento.

#### INTRODUCCIÓN:

La esquistosomiasis se trata de una enfermedad parasitaria, tanto aguda como crónica, siendo su causa la infección por tremátodos sanguíneos del género *Schistosoma*. Esta infección, se produce a través del contacto de la piel con aguas contaminadas, por donde penetran las formas larvarias del parásito. Una vez son adultos, viven en el sistema sanguíneo siendo eliminados por las heces y la orina. Otros, quedan acantonados en órganos provocando reacciones inmunitarias, así como, daños en órganos vitales.

#### CASO CLÍNICO:

Paciente de 18 años procedente de Mali estudiado en consulta de urología por microhematuria en 2 ocasiones. Se inicia estudio con ecografía genitourinaria objetivando un engrosamiento parietal vesical compatible con cistitis infeccioso-inflamatoria. Posteriormente, se realiza uretrrocistoscopia diagnóstica donde se observa, una lesión sobreelevada en fondo hacia cúpula y suelo. Se realiza RTU vesical con diagnóstico anatomopatológico de intensa inflamación crónica vesical con presencia de huevos de parásito compatible con esquistosomiasis.

#### CONCLUSIÓN:

En áreas endémicas, uno de los órganos que se daña por la esquistosomiasis crónica es la vejiga urinaria que se ve afectada por el depósito de huevos en las vénulas perivesicales y migran atravesando la pared vesical. Estas infecciones son causa de reacciones inflamatorias granulomatosas, ulceraciones y desarrollo de pseudopólipos, que pueden presentarse como hematuria, ulceración localizada y síntomas obstructivos, entre otra clínica. Su identificación se basa principalmente en, examen de orina o evaluación histopatológica.

Además, pueden asociarse a la aparición de metaplasia escamosa queratinizante y es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma de células escamosas.



## P-64

### **TUMOR GERMINAL EXTRAGONADAL MEDIASTÍNICO.**

García Amoró, D.A.; Roldán Santos, P; Aranda Pérez. J; Pareja Peña, F; Berga Socias, M; Fernández Gutiérrez, D; Sánchez Villagrán, A. M; Tapia Rodríguez, J.M; Olivares Ruíz del Olmo, J; Machado Fernández, G; Murgui Rodríguez, M; Arnulphi, A.H; Bravo Fdez., M. I.

*Hospital Universitario de Cáceres*

#### **RESUMEN Y OBJETIVO:**

El cáncer testicular representa el 1% de las neoplasias en el adulto. El 90 - 95 % corresponden a tumores de células germinales.

Algo infrecuente son los tumores germinales testiculares de localización extragonadal que ocurren en el 2 - 5 % de los casos sin evidencia de tumor testicular. El lugar más común extragonadal donde se forman estos tumores, se corresponde con el mediastino.

La favorable respuesta al tratamiento quimioterápico y la joven edad que suelen tener los pacientes, hace que sea muy importante la precocidad y exactitud en el diagnóstico.

El objetivo de este trabajo es exponer el diagnóstico, tratamiento y evolución de un caso concreto de nuestro servicio.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha llevado a cabo una revisión del caso particular así como de la bibliografía sobre este tema.

#### **RESULTADOS:**

En este caso concreto observamos la respuesta y evolución al tratamiento oncológico específico de este tipo de tumores, así como los tratamientos quirúrgicos realizados y complicaciones médicas durante el tratamiento.

**Palabras clave:** Tumor germinal, extragonadal, mediastino.





## P-65

### MANEJO CONSERVADOR DE FÍSTULA URINARIA BILATERAL.

Tapia Rodríguez, J.; Murgui Rodríguez, M.; Aranda Pérez, J.; Machado Fernández, G.A.; Pareja Peña, F.; Arnuphi, A.H.; García Amorós, D.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Roldán Santos, P.; Bravo Fernández, I.; Berga Socias, M.; Fernández Gutiérrez, D.; Sánchez Villagrán, A.

*Hospital Universitario de Cáceres*

#### INTRODUCCIÓN:

Una fístula es una comunicación anatómica entre dos o más cavidades del cuerpo. La mayoría son producidas de forma iatrogénica. Las fístulas vesicovaginales son las fístulas adquiridas más frecuentes y causadas en > 75% por cirugía ginecológica, la hysterectomía. La incidencia de fístulas uréterovaginales es de alrededor del 1%. En este caso se ilustra el manejo conservador ante una paciente con una fístula uréterovaginal tras una lesión iatrogénica bilateral de éstos por una hysterectomía por miomectomía. El manejo conservador de estas iatrogenias es una posibilidad terapéutica en pacientes seleccionados. Hallazgos clínicos: Se expone el caso de una mujer de 30 años, que tras hysterectomía simple por miomectomía presenta anuria y fuga de orina a través de la vagina.

#### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO:

En la analítica presenta una creatinina de 1.49 y un filtrado glomerular de 45. Se decide la realización de Uro-TAC observándose líquido intra-abdominal, fuga de contraste a nivel distal del uréter izquierdo, derecho y posible lesión vesical que se descarta tras cistoscopia y cistografía. Tras los resultados de las pruebas e intento infructuoso de colocación de catéteres doble J se decide nefrostomía percutánea bilateral y drenaje abdominal. Tras siete días de ingreso, se decide el alta para seguimiento en consultas externas de urología y se realiza a los 3 meses cistografía, pielografía combinada bilateral y cistoscopia. Evidenciamos extremos ureterales distales próximos a vejiga (2 cm), continuidad de ambas vías urinarias con leve extravasación de contraste con fuga urinaria a cavidad pélvica y vagina.

#### RESULTADOS:

Se realiza la colocación de catéter doble J bilateral sin incidencias. Se realiza pielografía retrógrada y retirada de catéter doble J bilateral sin evidenciar fuga de contraste.

#### CONCLUSIÓN:

La fístula urinaria es una complicación que se debe tener en cuenta en toda paciente con fracaso renal agudo y una cirugía ginecológica reciente. Es importante destacar la posibilidad de un manejo conservador para el tratamiento de dicha patología.



## P-66

### A PROPÓSITO DE UN CASO: HEMATOCELE GIGANTE SOBREINFECTADO.

Baudet León, J; Pastor Ródenas, B; Salamanca Blanco, P; Cancini Azuaje, M; García Martín, L; Gutierrez Martín, P; Flores Ortiz, J; Susanibar Napuri, L.F; Moreno Santurino, A; Milanés Nidia, B; Bielsa Carrillo, A.

*Hospital General Nuestra Señora Del Prado*

### INTRODUCCIÓN:

El hematocele es un acúmulo de sangre en la cavidad vaginal testicular. Su origen depende mucho de la presentación. Puede ser causado por sangrados agudos, sintomáticos y con crecimiento abrupto o crónico, asintomático y de larga evolución. Lo llamativo de este caso es el volumen testicular y la cronicidad del caso sin causa claramente identificada.

### CASO CLÍNICO:

Varón de 47 años de edad sin antecedentes de interés, informático, que consulta en noviembre del 2020 vía telefónica en mitad de la pandemia del COVID-19 por un hidrocele gigante. Se le programa cita presencial pero se pierde el seguimiento. En junio 2023 acude a Urgencias por fiebre de 4 días de evolución. A la exploración física se evidencia un volumen testicular aumentado de tamaño de años de evolución con signos de celulitis. Analíticamente, el paciente mostraba leucocitosis con desviación izquierda, leve coagulopatía y elevación de PCR. Se realizó un TC pélvico en el que se describían lesiones quísticas, mamelonadas con signos de sobreinfección sin diagnóstico claro.

Ante el cuadro descrito se solicitaron marcadores tumorales y se decidió realizar una exploración quirúrgica para drenar el contenido por la sospecha de hematocele sobreinfectado. Se halló una capa vaginal engrosada y abundante contenido de restos hemáticos junto a una estructura sugestiva del testículo desestructurado. Se procedió a la limpieza de la cavidad, orquiectomía y eversión de la vaginal así como una escrotoplastia para reducir el importante volumen escrotal residual tras vaciado de líquido. El paciente fue dado de alta tras una semana de antibioterapia de amplio espectro con cultivos positivos para *Staphylococcus capitis* multisensible. En controles posteriores se encuentra con buena evolución clínica y escroto de características normales.

### CONCLUSIÓN:

El llamativo caso de este hematocele, aunque no tenga una causa claramente definida, podría ser el resultado de un hidrocele gigante a tensión de larga evolución. Las enormes dimensiones provocaron la gravedad del cuadro infeccioso que requirió el drenaje urgente. Este es otro ejemplo de, quizás, una complicación que tiene su origen en el retraso ocasionado por la pandemia COVID-19 evitable en otras circunstancias.



## P-67

### TUMOR RENAL MIXTO ESTROMAL Y EPITELIAL.

Nieto Orellana, L; López Sánchez, D; Puerto Puerto, A; Pérez-Cadavid, S; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Villegas Cabañas, B; Grande Murillo, D; Pérez-Utrilla, M; Lara Isla, A; Damas Arroyo, F; Calahorra Fernández, L

HGUCR

### INTRODUCCIÓN:

El tumor mixto estromal y epitelial representa un grupo de neoplasias renales benignas muy poco frecuentes (0.20-0.28% del total) que aparecen principalmente en mujeres de mediana edad. Se presenta en forma bifásica, con un componente sólido que refleja la proliferación del componente estromal y múltiples quistes como componente epitelial. La presentación de dichas lesiones se trata de un hallazgo incidental en el 25% de los casos ya que suelen ser asintomáticas. La apariencia en pruebas de imagen no es específica, por lo que puede confundirse con lesiones quísticas complejas. La transformación maligna es muy rara, aunque existen reportes de transformación sarcomatoide o carcinomatosa que tienen una alta mortalidad. El tratamiento de elección es quirúrgico.

### CASO CLÍNICO:

Mujer de 41 años en seguimiento por Ca de mama intervenido con cirugía, quimioterapia y radioterapia en 2010, que en TAC de control se evidencia una lesión nodular hipervascular heterogénea con áreas quísticas en su interior de 22,5 x 23 x 22 mm en el polo posterior del riñón izquierdo que que no se acompaña de ninguna sintomatología. Se realiza PAAF de lesión y como resultado se obtiene imagen citológica sospechosa de tumor renal, siendo como primera posibilidad tumor oncocítico.

Se interviene de tumorectomía renal obteniendo pieza que se describe macroscópicamente como lesión de 3,2x2x1,3 cm, que al corte, presenta una tumoración quística multilocular con septos de aspecto fibroso y con diagnóstico final de tumor renal mixto estromal y epitelial.

### DISCUSIÓN:

El tumor renal mixto epitelial y estromal del riñón es una entidad muy poco común que se comporta de forma benigna, pero tiene posibilidad de transformación maligna. Suele diagnosticarse en forma de hallazgo incidental y tendrá que diferenciarse de otros tumores renales con los que comparte características clínicas y radiológicas. Aun no existe gran número de reportes de este tumor, por lo que se necesita ampliar el estudio de la historia natural de este tipo de lesiones. El tratamiento del tumor renal mixto es quirúrgico, ya que aunque se comporte como benigno, puede transformarse en otros tipos de tumor con alta letalidad.



## V-1

### **MODIFICACIONES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE EXTRACCIÓN RENAL EN DONANTE VIVO: NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA MANO- ASISTIDA.**

Gutiérrez Aguilar, A; Luque Moreno, J; Fernández Fernández, N;  
Rodríguez Jauregualde, V; Bueno Domínguez, P; Sánchez Conde, V;  
Cabo González, J.A.

*Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La nefrectomía laparoscópica de donante vivo se ha desarrollado en los últimos años, estableciéndose como vía de abordaje "gold standar" dada la reducción de sangrado y días de hospitalización así como sus beneficios estéticos, sin afectar a la función del injerto en el receptor.

El abordaje laparoscópico mano- asistido permite una combinación del enfoque mínimamente invasivo con retroalimentación táctil y mejor control hemostático.

#### **MÉTODOS:**

Presentamos el caso clínico de un paciente de 50 años valorado por Servicio de Urología en el contexto de donación renal en vivo, siendo el receptor el hermano de dicho paciente.

Se inicia la cirugía colocando al paciente en posición decúbito lateral derecho, realizándose minilaparotomía pararectal izquierda para colocación de trocar de Hasson y bajo visualización directa se colocan dos trócares uno de 12 mm triangulando con el primero, y un tercer trocar en flanco derecho de 5 mm.

Posteriormente se procede a realización de incisión subcostal de 7 cm y colocación de sistema GEL PORT a través del cual se coloca trócar de 11 mm.

Tras identificación y sección de uréter y vena gonádica, se procede a liberación mano asistida casi completa del riñón, hasta identificación de pedículo renal que se disecciona con dificultad dada la disposición anatómica de vena y arteria renal.

Se completa disección del pedículo renal a través de técnica mano-asistida, y se secciona arteria y vena renal con endograpadora vascular. Se lleva a cabo extracción de riñón izquierdo y cirugía de banco del mismo.



## **RESULTADOS:**

El tiempo total de la cirugía fue de 240 minutos y no hubo complicaciones intra-operatorias y postoperatorias. El tiempo de isquemia caliente en el contexto del implante renal fue de 2 minutos y el tiempo transcurrido desde el clipaje hasta la reperusión en el receptor de 1 hora y 40 minutos, con buena evolución actual del injerto renal. En posteriores revisiones el paciente presenta parámetros de función renal dentro de normalidad.

## **CONCLUSIONES:**

La nefrectomía laparoscópica mano asistida se considera un abordaje seguro que no solo aporta el beneficio de la retroalimentación táctil directa si no también la posibilidad de disección manual que permite un mejor control de sangrado intraoperatorio.

**Palabras clave:** nefrectomía laparoscópica, mano asistida, donante vivo, GEL PORT.



## V-2

### **CIRUGÍA CITORREDUCTORA EN UN PACIENTE CON CÁNCER RENAL METASTÁSICO.**

Gutiérrez Gutiérrez, E.; Pozo Mengual, B.; Marcos Marín, D.; Alberto Bravo, M.J.; Mañas García-Vacas, J.; Barriga Guijo, R.M.; Sanz Miguelañez, J.L.; Hernández Andrés, I.; Rodríguez Cabero, M.; Chicharro Almansa, F.J.; Merino Hernández, A.C.; Covaria Acuña, F.H.; Leal Hernández, L.F.

*Hospital Universitario De Guadalajara*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El cáncer renal metastásico es una enfermedad grave que afecta al 20-30% de los pacientes con cáncer renal. El tratamiento sistémico con fármacos antitumoral molecular ha mejorado la supervivencia de estos pacientes, pero la cirugía sigue teniendo un papel importante. La nefrectomía citorreductora consiste en extirpar el tumor primario renal y sus posibles extensiones locales, con el objetivo de reducir la carga tumoral y mejorar la respuesta al tratamiento sistémico.

En este video se presenta el caso de un paciente con cáncer renal metastásico que se sometió a una nefrectomía citorreductora.

#### **CASO CLÍNICO:**

Varón de 65 años, sin FRCV, fumador de 10 cig/día y en tratamiento con Metotrexato por Artritis Reumatoide. Acude a URG Hospitalarias derivado por su MAP por alteraciones analíticas y dolor intenso en clavícula izquierda tras levantar peso en su trabajo.

A su vez el paciente refiere, astenia y anorexia de 1-2 meses de evolución con pérdida de peso de hasta 10 kg en los últimos 3 meses. Junto con somnolencia, Náuseas ocasionales, Disnea a moderados esfuerzos y dolor torácico opresivo de 2 meses de evolución.

Aumento de perímetro abdominal, indurado en flanco izquierdo y doloroso a la palpación. A la exploración destacaba la presencia de: adenopatías supraclaviculares aisladas, < 1cm, móviles y no dolorosas; junto con una gran masa de consistencia pétreo de unos 5-6 cm de diámetro en flanco izquierdo; dolorosa levemente a la palpación.

Se solicita TAC TAP donde se objetiva una Tumoración renal izquierda de 130 mm, con metástasis óseas, pulmonares y partes blandas. Se decide realizar una biopsia renal por parte de RxIntervencionista para poder filiar la lesión de cara a iniciar tratamiento sistémico, con diagnóstico final de: Carcinoma renal de células claras. G4. Estadio IV.



Se inicia tratamiento sistémico con Nivolumab + Ipilimumab con muy buena respuesta al tratamiento destacando una importante reducción de tamaño de la tumoración renal primaria.

Significativa reducción en número y tamaño de las metástasis pulmonares. Significativa reducción en número y tamaño de los implantes tumorales en partes blandas y de las metástasis óseas especialmente a expensas del componente de partes blandas. Finalmente, el día 10/01/2023 se realiza Nefrectomía Radical Laparoscópica, intervención que cursa sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias.

En la actualidad el paciente continúa con tratamiento sistémico y seguimientos periódicos con adecuada evolución.

### **CONCLUSIONES:**

La nefrectomía citorreductora es una opción terapéutica válida para algunos pacientes con cáncer renal metastásico, siempre que se cumplan unos criterios de selección adecuados. La cirugía puede mejorar la supervivencia y la calidad de vida de estos pacientes, al disminuir la carga tumoral y facilitar la respuesta al tratamiento sistémico.



## V-3

### TIPS AND TRICKS EN PROSTATECTOMÍA RADICAL.

#### HEMOSTASIA PERIURETRAL.

Sánchez-Mateos Manzanque, D; Villares López, Á; Syed Fernández, M; González Castellón, C; Pérez Rodríguez, S; Parra Cuerda, A.B; Astudillo Campoverde, J.S; Luis Cardo, A; Serrano Gutierrez, A.I; González Gallego, C; Esteban Labrador, L; Rubio Hidalgo, E; Quicios Dorado, C; Ramírez Backhaus, M; Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

#### INTRODUCCIÓN:

La prostatectomía radical laparoscópica y robótica se ha convertido en el tratamiento quirúrgico más popular en el cáncer de próstata localizado. Dichos abordajes laparoscópicos, precisan de la mejora visualización posible para completar la cirugía con seguridad y con los mejores resultados. Uno de los momentos críticos, más importantes, es la anastomosis uretrovesical, donde es necesario mantener la mejor visión.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se muestra un vídeo donde se describe un truco/consejo para conseguir mejorar la hemostasia previo a la anastomosis uretrovesical.

#### RESULTADOS:

Tras la exéresis de la pieza de prostatectomía radical, antes de realizar la sutura uretrovesical, es frecuente que la hemostasia no sea la adecuada. Se utiliza un material hemostático muy popular: TachoSil, compuesto por fibrinógeno y trombina.

Se aplica el parche en contacto con la zona periuretral, se humedece con suero salino, y posteriormente se mantiene presión sobre la zona mediante el globo de la sonda vesical. Tras 2-3 minutos se consigue mejorar la hemostasia de forma significativa.

#### Conclusión:

En procedimientos y cirugías complejas como la prostatectomía radical, en especial en un abordaje laparoscópico, la visión es muy importante para conseguir los objetivos marcados.

Compartir trucos y consejos es muy útil para aumentar el arsenal de recursos de los cirujanos y resolver las diferentes situaciones a lo largo de las cirugías. La aplicación de un parche de TachoSil en la zona periuretral puede conseguir mejorar la hemostasia para realizar la anastomosis uretrovesical en las mejores condiciones posibles.





## V-4

### **NEFROURETERECTOMIA DE HEMIRRIÑÓN SUPERIOR DERECHO EN VARÓN CON DOBLE SISTEMA EXCRETOR CON BOLSÓN HIDRONEFRÓTICO Y MEGAUÉRTER.**

Alberto Bravo, M.J.; Gutiérrez Gutiérrez, E.; Marcos Marín, D.; Sanz Miguelañez, J.L.; Barriga Guijo, R.M.; Pozo Mengual, B.; Rodríguez Caverro, M.; Hernández Andrés, I.; Covaría Acuna, F.H.; Chicharro Almarza, G.J.; Merino Hernández, A.C; Leal Hernández, F.L.  
*Servicio de Urología Hospital Universitario de Guadalajara (HUG)  
Universidad de Alcalá de Henares*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La ectopia ureteral es una etiología de baja prevalencia, generalmente asociada a duplicidad pieloureteral en el 80% de las ocasiones, siendo más frecuente en el género femenino. El principal síntoma es la incontinencia urinaria, aunque puede debutar con clínica de cólico renoureteral o infecciones de orina.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente de 72 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata Gleason 4+3=7 con PSA al diagnóstico de 4.10, tacto rectal sospechoso (estadio cT2a) con afectación de 12/14 cilindros en la biopsia e infiltración perineural múltiple. RNM con PIRADS 5. MSKCC de 18/82/40/33%.

Dada la posibilidad de enfermedad localmente avanzada se considera un candidato a RT. Se solicita estudio de extensión, negativo, pero el TAC muestra hallazgos de duplicación pieloureteral derecha con megauréter y desembocadura ectópica en suelo vesical.

En vista de malformación con doble sistema excretor y desembocadura ectópica ureteral con comportamiento obstructivo (bolsón hidronefrótico), se considera no candidato a radioterapia. Se decide heminefroureterectomía del hemirriñón superior derecho y prostatectomía radical laparoscópica.

#### **CONCLUSIONES:**

La heminefroureterectomía laparoscópica transperitoneal es una técnica factible y segura para el tratamiento de malformaciones renales y ureterales, aunque requiere una curva de aprendizaje exhaustiva.



## V-5

### **SUPRARRENALECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA.**

#### **A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Sánchez-Mateos Manzanque, D; Syed Fernández, M; Villares López, Á; Quicios Dorado, C; González Castellón, C; Pérez Rodríguez, S; Parra Cuerda, A.B; Astudillo Campoverde, J.S; Luis Cardo, A; Serrano Gutiérrez, A; Gonzalez Gallego, C; Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La adrenalectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de elección para los tumores suprarrenales y para las masas funcionantes desde que se describió en el año 1992 por Gagner.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

El objetivo primario es describir un caso clínico y un vídeo describiendo la técnica quirúrgica. Se revisa historia clínica del paciente y evolución de su proceso.

#### **RESULTADOS:**

Se trata de un paciente de 64 años, con un diagnóstico incidental de una masa suprarrenal izquierda y una posible lesión renal derecha durante un estudio pulmonar.

En primer lugar, se presenta en comité de tumores y se decide tratamiento de la masa suprarrenal izquierda y posteriormente de la lesión renal derecha. El caso clínico y los diferentes pasos de la cirugía se muestran y describen en el vídeo.

#### **CONCLUSIÓN:**

La adrenalectomía laparoscópica se desarrolla en un espacio que es bien conocido por los urólogos. En función de las dinámicas de cada hospital, se realizan bien por cirujanos generales, o bien por urólogos. Debido a lo anterior, creemos conveniente defender que el urólogo es el especialista más adecuado para aportar el tratamiento más preciso y seguro para el paciente.



## V-6

### **NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE RIÑÓN POLIQUÍSTICO. DIFICULTADES TÉCNICAS.**

García Torres, A; Pérez-Utrilla Pérez, M; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto, A; Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Nieto Orellana, L; Villegas Cabañas, B; López Sanchez, D; Lara Isla, A; Damas Arroyo, F; Grande Murillo, D; Calahorra Fernández, L.

*Hospital General Universitario de Ciudad Real*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Presentamos el caso de una paciente mujer de 55 años con Poliquistosis Renal Autosómica Dominante (PRAD) con enfermedad renal crónica secundaria. Inició terapia renal sustitutiva con hemodiálisis en abril 2022.

Es valorada en consulta pretrasplante (en centro trasplantador) y se decide posteriormente realizar nefrectomía de riñón nativo por necesidad de espacio para el injerto, que es llevada a cabo en nuestro centro (centro de referencia de la paciente). Se decide realizar la cirugía mediante un abordaje laparoscópico transperitoneal.

Se expone el vídeo de la cirugía, donde se muestran las principales dificultades técnicas que supone este abordaje para este tipo de riñones. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema que se expone junto con el video de la cirugía.



## V-7

### **INDICACIÓN URGENTE DE PRÓTESIS PENEANA EN PRIAPISMO REFRACTARIO.**

Parra Cuerda, A.B.; Villares López, A.; Syed Fernández, M.;  
Sánchez-Mateos Manzanque, D.; Astudillo Campoverde, J.S.;  
Pérez Rodríguez, S.; González Castellón, C.; Serrano Gutiérrez, A.I.;  
Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

El priapismo es una erección persistente en ausencia de estimulación sexual. Se clasifica en dos subtipos, siendo el isquémico el más común y presentándose como una erección dolorosa con ausencia o reducción del flujo intracavernoso arterial.

En el caso de priapismo refractario mayor de 48-72h de duración, las clásicas intervenciones de shunt disminuyen el dolor y la erección, pero tienen poco beneficio clínico en la prevención de la disfunción eréctil a largo plazo. Por ello, la inserción inmediata de una prótesis de pene maleable se ha descrito para evitar las dificultades y complicaciones de la cirugía protésica diferida.

#### **OBJETIVOS:**

Describir el caso de un paciente con priapismo isquémico de 48-72h de duración en el que se consigue la detumescencia mediante cirugía de shunt peno-escrotal, evitando la disfunción eréctil y las complicaciones de la cirugía diferida mediante la implantación de una prótesis de pene maleable.

#### **MÉTODOS:**

Se trata de un varón de 38 años que presentaba priapismo isquémico de 72h de duración. En primer lugar se realizó un drenaje de cuerpos cavernosos sin éxito. Posteriormente se realizó un shunt cavernoso-esponjoso distal consiguiendo detumescencia parcial. Finalmente, se realizó tratamiento quirúrgico mediante shunt cavernoso proximal y colocación de prótesis de pene maleable.

#### **RESULTADOS:**

El postoperatorio y la evaluación en la consulta a los tres meses cursaron sin incidencias. Se encuentra pendiente de un segundo tiempo quirúrgico para implante de prótesis definitiva de tres componentes.

#### **CONCLUSIONES:**

El implante primario de una prótesis de pene en un paciente con priapismo isquémico de larga evolución refractario a medidas conservadoras es una alternativa eficaz para alcanzar la detumescencia y evitar la disfunción eréctil.



## V-8

### **CORPOROPLASTIA CON PARCHES DE PERICARDIO BOVINO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE.**

Pérez Rodríguez, S; Syed Fernández, M; Villares López, Á;  
Parra Cuerda, A.B; González Castellón, C; Sánchez-Mateos Manzaneque, D;  
Astudillo Campoverde, J.S; Serrano Gutiérrez, A.B; Luis Cardo, A;  
González Gallego, C; Esteban Labrador, L; Vivanco López-Muñoz, C;  
Gómez García, I.

*Hospital Universitario de Toledo*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La enfermedad de Peyronie es un trastorno caracterizado por alteraciones en el proceso de cicatrización de la túnica albugínea condicionando deformidad, estrechamiento y acortamiento peneano, influyendo en ocasiones en la función sexual.

La prevalencia reportada se encuentra entre el 3% al 9% de la población masculina adulta. Actualmente se han realizado avances en cuanto al tratamiento médico, sin embargo el manejo quirúrgico continúa siendo el estándar de oro para el manejo de esta enfermedad.

A continuación se presenta en vídeo un caso de enfermedad de Peyronie tratada quirúrgicamente mediante corporoplastia con parche de pericardio bovino.

Se trata de una opción eficaz y segura. La intervención se resume en denudación del pene, separación del haz neurovascular dorsal, incisión de la placa y colocación del injerto de pericardio.



## V-9

### **SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE CONN: PASOS PARA UNA CIRUGÍA SEGURA.**

Cantero González, N; Garre Hernanz, J; Castellanos Donoso, P;  
Moyano Maqueda, M; Sánchez Magias, S; Toledo Serrano, M.J;  
Parra Escobar, J.L  
*Hospital de Mérida*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La suprarrenalectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar de tratamiento de las enfermedades benignas funcionales y no funcionales de las glándulas suprarrenales.

El hiperaldosteronismo primario es una causa de hipertensión cada vez más reconocida, estimándose ser el responsable de hasta el 10% de los pacientes con hipertensión. En el 35% de estos pacientes, este hiperaldosteronismo es unilateral, secundario a un adenoma productor de aldosterona.

El objetivo general del tratamiento de estos pacientes es prevenir la morbilidad y la mortalidad asociadas con la hipertensión, hipopotasemia, la toxicidad renal y el daño cardiovascular.

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente varón de 47 años con hipertensión desde los 25 años, de difícil control en la última década, asociado a hipopotasemia moderada y alcalosis metabólica, precisando ingreso hospitalario.

Se remite desde Endocrinología con cifras de aldosterona basal 1209 ng/ml, ARP < 0.2, cortisol libre urinario 168 mcg/24h y metanefrinas urinarias normales además de objetivar en RMN una lesión compatible con un adenoma de 12mm en suprarrenal derecha para valorar su exéresis, ante la sospecha de un Síndrome de Conn (HTA, hiperaldosteronismo, hipopotasemia y la presencia de un nódulo suprarrenal compatible con adenoma).

Se realizó una suprarrenalectomía laparoscópica vía transperitoneal en decúbito lateral izquierdo, utilizando 4 trócares.

Se inició la intervención con la disección e identificación de la vena cava y vena renal derecha, seguido de la identificación craneal de dos venas suprarrenales, realizando ligadura de las mismas con Hem-O-lock.

Se visualizó el nódulo suprarrenal adyacente a la cava que se encontraba en contacto con el hígado, procediendo a la disección de dicho nódulo y el resto de glándula suprarrenal.



El paciente cursó un postoperatorio favorable, siendo alta a las 48 horas, con resultados histopatológicos compatibles con un adenoma suprarrenal de 1.2cm pseudoencapsulado, productor de aldosterona sin hallazgos de malignidad.

**CONCLUSIÓN:**

La suprarrenalectomía por vía laparoscópica es una técnica quirúrgica segura, con un bajo porcentaje de complicaciones y cursa con una breve estancia hospitalaria. La elección de esta vía de acceso dependerá de la experiencia individual del cirujano, teniendo en cuenta tanto la etiología como el tamaño de la lesión en cada caso.











# XLV Reunión Manchego-Extremeña de Urología

20 y 21 de octubre  
CUENCA2023

## Empresas colaboradoras



125 1899-2024  
ANIVERSARIO

**COMCUENCA**  
COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE CUENCA



Castilla-La Mancha



# XLV Reunión Manchego-Extremeña de Urología

20 y 21 de octubre  
CUENCA 2023

**Secretaría Técnica: Fundación para la Investigación en Urología (FIU)**

Valenzuela, 6 - 1º Dcha. - 28014 (Madrid) - Tel.: 915 319 823

Email: [secretariatecnica@aeu.es](mailto:secretariatecnica@aeu.es) - [www.aeu.es](http://www.aeu.es)