ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA DE UROLOGÍA

XXVIII Congreso ACLU

16 y 17 de Octubre

SORIA 2026



Programa
LIBRO DE RESÚMENES

ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA DE UROLOGÍA

Junta Directiva

Asociación Castellano Leonesa de Urología

Presidente:
Óscar Miranda Aranzubía, El Bierzo *(León)*

Vicepresidente:
Mario Martín Hernández *(Ávila)*

Secretario:
Miguel García Sanz *(León)*

Tesorero:
Ángel Gallego Matey *(Segovia)*

Vocal Actividades Científicas:
Francisco Campanario Pérez *(Palencia)*

Vocales:
Alberto Rivero Cárdenes *(Burgos)*
Bárbara Padilla Fernández *(Zamora)*



XXVIII Congreso
ACLU
16 y 17 de Octubre

Comité Organizador

Hospital Universitario Santa Bárbara

Jefe de servicio:

José Féix Arnaiz Esteban

Jefe de sección:

Carlos Guinda Sevillano

Adjuntos:

María Cruz Marrón Penón

Carmen Marfil Peña

Wilmer Gerardo Martínez Pinilla

Ana Cristina Jimenez Domínguez

Residentes:

Verónica Gómez Sanz

María Sendrós Gálvez

Javier López de la Manzanera Pérez



ASOCIACIÓN
CASTELLANO
LEONESA DE
UROLOGÍA



XXVIII Congreso
ACLU
16 y 17 de Octubre

ÍNDICE
del Programa

Índice del Programa

Viernes 16 octubre

8:30- 8:50 **Recogida de documentación.**

9:00- 9:10 **Presentación y bienvenida**
***Félix Arnáiz**, Presidente del XXVIII Congreso ACLU*
***Óscar Miranda**, Presidente de la ACLU*

9:15-10:45 **Cáncer de Vejiga.**
Moderadores: ***Mario Martín Hernández***
y ***Nicolás Alberto Cruz***

- 9:15-9:45 **¿Hacia dónde vamos en Cáncer de Vejiga no músculo invasivo?**
  Mario Hernández Arroyo
- 9:45-10:45 **MESA REDONDA.**
- 9:45-10:00 **5 cambios en las Guías EAU en 2026 en 5 minutos.**
  Alejandro Martín Parada
- 10:00-10:15 **Inmunoterapia básica. Dianas en urotelio.**
  Carmen María Sandoval
- 10:15-10:30 **Inmunoterapia en cáncer urotelial. Presente y futuro.**
  Ricardo Sánchez Escribano
- 10:30-10:45 **Discusión.**

10:45-11:15 Pausa Café.

11:15-12:30 **Cáncer de próstata.**
Moderadores: ***Francisco Campanario*** *y* ***Miguel García Sanz***

11:15-11:45 **Charla Magistral. Tratamiento de recate tras radioterapia.**
Félix Arnaiz

11:45-12:30 **MESA REDONDA.**

11:45-12:05 **iPARP.**
Ángel Borque

12:05-12:25 **¿Cáncer de próstata de alto riesgo, hay un cambio en el manejo actual?**
Sebastián Valverde
Con la colaboración de Astellas

12:25-12:30 **Discusión.**

12:30-13:30 **Litiasis**
Moderador*:* ***Alberto Rivero***

12:30-12:50 **Charla magistral: Avances y novedades en endourología.**
Alberto Budía

12:50-13:30 **MESA REDONDA.**

12:50-13:00 **5 cambios en las Guías EAU en 2026 en 5 minutos.**
Estela Velasco

13:00-13:10 **Que papel tiene la LEOC en el tratamiento de la litiasis actualmente.**
Reyes Chaves

13:10-13:20 **Manejo de la urgencia litiásica, como proceder.**
Álvaro Zamora

13:20-13:30 **Discusión.**

Índice

13:30-14:00 **Inauguración Oficial.**
Félix Arnaiz, *Presidente del XXVIII Congreso ACLU*
Óscar Miranda, *Presidente de la ACLU*
Marta León Téllez, *Directora Gerente del Hospital Santa Bárbara de Soria*

14:00-15:30 Almuerzo de trabajo.

15:30-16:15 **Sesión de Comunicaciones Científicas I.**
Moderadores: ***Carlos Guinda*** *y* ***Ryszard Juliusz Szczesniewski***

16:15-17:15 **Mesa Cáncer renal.**
Moderadores: ***Jesús Calleja*** *y* ***Óscar Miranda***

- 16:15-16:30 **Indicaciones y limitaciones de SBRT en cáncer renal.** ***Patricia Diezhandino***
- 16:30-16:45 **Manejo de masas renales pequeñas.** ***Sergio Fernández-Pello***
- 16:45-17:00 **Cáncer renal metastásico.** ***Álvaro Pineda***
- 17:00-17:15 **Discusión.**

17:15-18:00 **Sesión de Comunicaciones Científicas II.**
Moderadores: ***Ana Ruano*** *y* ***Javier Sanz Sacristán***

17:45 **Asamblea General** (*Primera convocatoria).*

18:15 **Asamblea General** (*Segunda convocatoria).*

Índice

Sábados 17 octubre

9:00-10:30 **Sesión de Comunicaciones Científicas III.**
Moderadores: ***Bárbara Padilla*** *y* ***Luis Cuellar***

10:30-11:30 **MESA DE RESIDENTES.**
Moderadores: ***Ángel Gallego*** *y* ***Lucía Gala***

- **Pública:** ***Francisco García***
- **Concertada:** ***Isabel Rodríguez***
- **Privada:** ***Andrea Noya***
- **Extranjero:** ***Lara Herrero***

11:30-12:00 Pausa Café.

12:00-13:00 **Infecciones de orina.**
Moderadores: ***María Fernanda Lorenzo*** *y* ***Edwin Grinard***

12:00-12:15 **5 cambios en las Guías EAU en 2026 en 5 minutos.**
María Bedate

12:15-12:30 **Charla magistral: ITU.**
Guzmán Ordaz Jurado
Con la colaboración de Devicare

12:30-12:45 **Cara a cara: Autovacunas vs Probióticos y Manosa.**
Esther Valsero *y* ***Cristina Mena***

12:45-13:00 **Discusión.**

13:00 **Entrega de premios y clausura.**

14:00 Almuerzo de trabajo.

Índice



ASOCIACIÓN
CASTELLANO
LEONESA DE
UROLOGÍA



XXVIII Congreso

ACLU

16 y 17 de Octubre

COMUNICACIONES

Orales, Pósters y Vídeos

P-1

Tipo de presentación: ***Póster***

CARCINOMA VESICAL SARCOMATOIDE: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y PRONÓSTICO EN UNA VARIANTE AGRESIVA.

Mas Lucas, R.M.; Muiña Ramil, S; Rodríguez Cuevas, Ó.O; Roca i Pelach,I; Gómez Padrones, C; Yagüe Barrado, M; Gallego Matey, Á; Moya Villalvilla, I; Bermúdez Villaverde, R; Sanz Sacristán, F.J.
Complejo Asistencial de Segovia

INTRODUCCIÓN:
El carcinoma urotelial con diferenciación sarcomatoide es una variante histológica muy infrecuente (<1% de los tumores vesicales) y se caracteriza por alto grado, invasión temprana y peorsupervivencia frente al urotelial convencional.

Suele diagnosticarse en estadios avanzados ypresenta mayor riesgo de metástasis precoz. La evidencia sobre el tratamiento perioperatorio ensarcomatoide es limitada y retrospectiva, con resultados heterogéneos respecto al posiblebeneficio de quimioterapia con cisplatino. Presentamos un caso de carcinoma sarcomatoide pT2 yrevisión del manejo actual.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se describe el caso de un varón de 80 años remitido por hematuria.
Se realizó estudio con ecografía, TC abdominopélvico y RTU vesical con colocación de catéter doble J derecho.

Se revisó la literatura reciente sobre carcinoma sarcomatoide vesical, su agresividad biológica y las opciones de tratamiento perioperatorio (quimioterapia neoadyuvante, adyuvancia e inmunoterapia).

RESULTADOS:
El TC mostró una masa vesical que condicionaba ureterohidronefrosis derecha grado III–IV y afectación de grasa locorregional. La RTU informó carcinoma sarcomatoide con amplias áreas de diferenciación escamosa, patrón sólido, infiltrando muscular propia (pT2). El estudio de extensión fue negativo.

El paciente no era candidato a quimioterapia neoadyuvante, por lo que en comité uro-oncológico se indicó cistoprostatectomía radical con derivación tipo Bricker como primera fase terapéutica, con reevaluación posterior para tratamiento adyuvante.

La literatura disponible muestra que la variante sarcomatoide presenta peor supervivencia ajustada y menor tasa de respuesta completa a quimioterapia.

La evidencia sobre tratamiento perioperatorio en carcinoma sarcomatoide es limitada y procede de series retrospectivas. Algunos análisis poblacionales describen beneficio de quimioterapia basada en cisplatino, aunque otros trabajos no confirman una mejora clara en la supervivencia.

El carcinoma vesical sarcomatoide es una variante agresiva que requiere un enfoque multimodal individualizado.

En este caso, se optó por cistectomía radical como primera fase terapéutica, con valoración posterior de adyuvancia según el riesgo patológico final.

La evidencia disponible sobre quimioterapia perioperatoria es limitada y heterogénea, por lo que su uso debe considerarse únicamente en pacientes seleccionados. La inmunoterapia adyuvante constituye una opción en escenarios de alto riesgo.

P-2

Tipo de presentación: ***Póster***

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE UN BIOMARCADOR MOLECULAR URINARIO FRENTE A LA CITOLOGÍA EN EL SEGUIMIENTO DEL TUMOR VESICAL NO MÚSCULO INVASIVO TRAS INDUCCIÓN CON BCG.

Vallecillo Encinas, P.; García Sanz, M.; González Medina, A.; Cuesta Díaz de Rada, A.; Cividanes Uhagón, I.; Lorenzo Sanz, M.; Fernández Velicia, M.; Del Río Monteserín, L.; Miguélez Martínez, L.; Alonso Prieto, M.A.
Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN:
La citología urinaria constituye una herramienta establecida en el seguimiento del tumor vesical no músculo invasivo (TVNMI) de alto riesgo, aunque su rendimiento puede verse condicionado por los cambios inflamatorios y reactivos asociados al tratamiento con BCG.

Los biomarcadores moleculares urinarios podrían mejorar la detección de recidiva de enfermedad en este contexto.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio observacional, prospectivo y de validez diagnóstica pareada realizado en el Servicio de Urología del Hospital Universitario de León entre septiembre y noviembre de 2025. Se incluyeron 16 pacientes consecutivos con TVNMI de alto riesgo que habían completado seis semanas de inducción con BCG.

A las 8 semanas se obtuvieron muestras de orina para citología urinaria según el Sistema de París y análisis molecular mediante Xpert® Bladder Cancer Monitor (Cepheid). La presencia de tumor en la cistoscopia realizada a las 10 semanas se estableció como patrón de referencia.

Se analizaron sensibilidad, especificidad, valores predictivos, área bajo la curva (AUC) y concordancia entre ambas técnicas.

RESULTADOS:
Se obtuvieron datos válidos en 15 pacientes, de los cuales 5 presentaron recidiva tumoral. La PCR molecular mostró una sensibilidad del 100% (IC 95%: 56,6-100%) frente al 60% (IC 95%: 23,1-88,2%) de la citología, con una especificidad del 60% para ambas técnicas.

El valor predictivo negativo fue del 100% (IC 95%: 61,0-100%) para la PCR frente al 75% (IC 95%: 40,9- 92,9%) para la citología.

La capacidad discriminativa fue superior para la PCR (AUC 0,800; IC 95%: 0,574-1,000) respecto a la citología (AUC 0,600; IC 95%: 0,287-0,913), sin alcanzar significación estadística (p=0,3588).

La concordancia entre ambas técnicas fue sustancial (x=0,737; p=0,0031).

CONCLUSIONES:
El biomarcador urinario mostró mayor sensibilidad, valor predictivo negativo y capacidad discriminativa que la citología en el seguimiento del TVNMI de alto riesgo.

Estos resultados apoyan su potencial para optimizar el seguimiento de este tumor, aunque deben interpretarse con cautela debido al reducido tamaño muestral.

P-3

Tipo de presentación: ***Póster***

AVULSIÓN TRAUMÁTICA COMPLETA DE LA ARTERIA RENAL CON TROMBOSIS DEL MUÑÓN.

Vallecillo Encinas, P.; Farrés Rabanal, A.; Cividanes Uhagón, I.; Lorenzo Sanz, M.; Fernández Velicia, M.; Del Río Monteserín, L.; Molina Bravo, M.; Miguélez Martínez, L.; Alonso Prieto, M.A.
Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN:
Las lesiones vasculares renales constituyen una complicación infrecuente del traumatismo abdominal cerrado. La avulsión del pedículo renal representa una lesión AAST grado V, potencialmente mortal por hemorragia masiva. Sin embargo, la trombosis del muñón vascular puede contribuir a una hemostasia espontánea y condicionar una presentación clínicamente paradójica.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Varón de 29 años que acudió al servicio de urgencias tras accidente demoto. Se realizó un angio-TC donde se objetivaron fracturas costales múltiples, fracturas de las apófisis transversas derechas lumbares, laceración hepática grado IV AAST y ausencia de captación de contraste del riñón derecho en fases arterial y portal. Se identificó amputación de la arteria renal derecha a 1,3 cm de su origen y ausencia de opacificación de la vena renal derecha, asociadas a hematoma pararrenal posterior de 3 cm y hematoma suprarrenal derecho de 2,7 × 4,2 cm.

RESULTADOS:
El paciente se encontraba inicialmente hemodinámicamente estable, aunque presentó un descenso de 2 g/dL de hemoglobina en 30 minutos, por lo que se indicó exploración quirúrgica urgente. Dada la lesión vascular completa, no era subsidiario de tratamiento mediante embolización. Se realizó laparotomía media, evacuación de hematoma retroperitoneal y nefrectomía radical derecha. Intraoperatoriamente se confirmó la sección completa de la arteria renal derecha, objetivándose trombosis del muñón arterial y ausencia de sangrado activo. La evolución postoperatoria fue favorable, con recuperación de los niveles de hemoglobina y función renal global conservada.

CONCLUSIÓN:
La avulsión de la arteria renal constituye una lesión traumática grado V potencialmente catastrófica. No obstante, la trombosis del muñón, junto con la retracción vascular, el vasoespasmo y el efecto de tamponamiento retroperitoneal, podrían contribuir a limitar la hemorragia y no evidenciar sangrado activo. Se pone de manifiesto la presentación contenida de una lesión vascular renal irreversible y la importancia de integrar los hallazgos de imagen con la evolución clínica para establecer un tratamiento urgente.

P-4

Tipo de presentación: ***Póster***

ESTENOSIS URETRAL MASCULINA: ETIOLOGÍA, POSIBILIDADES DE RECIDIVA Y SATISFACCIÓN DESPUÉS DEL TRATAMIENTO.

Sánchez Sánchez, P.; Soto González, C.; Cubillo Jiménez, J.; Salvatierra Salvatierra, J.; Sánchez Moyano, C.; Herrero Garrido, M.; Alonso Bragado, J.; Heredero Zorzo, Ó.; Palacios Hernández, A.; Lorenzo Gómez M.F.
Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:
La estenosis uretral afecta al 0.2-0.6% de los varones impactando negativamente en su calidad de vida. Existen diversas opciones terapéuticas. El tratamiento de elección es la uretroplastia, aunque es frecuente la realización de una uretrostomía perineal, especialmente en pacientes complejos, así como el uso de técnicas endoscópicas (uretrotomía interna y la dilatación con balón de paclitaxel).

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos, funcionales y de satisfacción en una serie contemporánea de pacientes sometidos a tratamiento de estenosis uretral.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio observacional retrospectivo sobre 181 varones intervenidos por estenosis uretral entre 2017-2024 en el Hospital Universitario de Salamanca.

Los pacientes se dividieron en cuatro grupos según el tratamiento recibido: uretroplastia(GURP, n=69), uretrostomía perineal(GUSP, n=14), uretrotomía interna(GDUI, n=60) y dilatación con balón recubierto de paclitaxel(GDCB, n=38).

Se evaluaron variables demográficas, funcionales, quirúrgicas, complicaciones y satisfacción mediante análisis estadístico descriptivo y multivariante aplicando las pruebas de Kruskal-Wallis, Bonferroni, Fisher y regresión logística.

RESULTADOS:
La etiología más frecuente fue la iatrogénica(63,54%), principalmente tras resección transuretral de vejiga(25,97%) y próstata(12,71%). GDCB presentó un menor tiempo de hospitalización(0,15 días). GURP mostró el mayor tiempo libre de recidiva en prueba de imagen(22,03 meses vs 10,75 en GDUI y 7,80 en GDCB) y mayor tiempo hasta la reintervención(34,07 vs 12,97 meses en GDUI).

El 24,31% de los pacientes requirió retratamiento, siendo la longitud de la estenosis el principal predictor en GDUI. GDUI presentó un IPSS postratamiento más elevado.

Se registraron complicaciones en el 37,02% de los casos(24,31% Clavien-Dindo I, 10,50% II y 2,21% IIIb). GUSP alcanzó una satisfacción del 100%.

CONCLUSIONES:
GURP presentó menor edad y comorbilidad y peor función miccional previa, mientras que GUSP presentó mayor comorbilidad metabólica y respiratoria y GDUI mayor tasa de tabaquismo.

La etiología más frecuente fue la iatrogénica.

- GDCB presentó el menor tiempo de hospitalización.
- GURP presentó mayor supervivencia libre de estenosis en prueba de imagen y mayor tiempo hasta la reintervención.
- GDUI presentó peor sintomatología postratamiento y reintervención más temprana, especialmente en estenosis más largas.
- GUSP obtuvo la mayor satisfacción de los pacientes.

P-5

Tipo de presentación: ***Póster***

ADENOMA NEFROGÉNICO VESICAL: NUESTRA SERIE EN 10 AÑOS.

Ballesteros Antúnez, J.M.; López Sierra, A.; Armisén Jiménez, C.; Chinea Arriaga, E.; Segovia Blazquez, B.; Prieto Nogal, S.B.; Rodríguez Cruz, M.I.; Sánchez Rodríguez, A.; Díaz Romero, J.M.; Martín Hernández, M.
Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:
El adenoma nefrogénico (AN) vesical es una lesión benigna e infrecuente que suele presentarse en pacientes con irritación vesical crónica de distintas etiologías. Carece de manifestaciones clínicas específicas y, macroscópicamente, puede simular un carcinoma urotelial papilar. Su perfil inmunohistoquímico es característico, con positividad para PAX2, PAX8 y CK7.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Hemos realizado un estudio retrospectivo de las biopsias vesicales de los últimos diez años, incluidas biopsias en frío, biopsias aleatorias, resecciones transuretrales de vejiga (RTUv) y cistectomías.

RESULTADOS:
Se han identificado nueve casos, circunscritos a los últimos 31 meses. La edad media de los pacientes fue de 76 años, con predominio del sexo masculino. Ninguno era portador de sonda vesical permanente, aunque todos habían sido sondados. Solo el 11,11% presentaba antecedentes de infecciones urinarias recurrentes y otro 11% tenía litiasis vesical. El 100% de los pacientes había sido sometido previamente a algún tipo de intervención urológica; la más frecuente fue la resección transuretral vesical (RTUv), realizada en el 88,88 % de los casos.Asimismo, el 66,66% presentaba antecedentes de tumor vesical y hasta el 66,66% había recibido tratamiento con BCG. En la cistoscopia, las lesiones más frecuentes fueron las papilares y las eritematosas, con un 33,33 % cada una. No se observó predilección por una localización anatómica concreta. Tampoco se registraron recurrencias durante el seguimiento, cuyo intervalo osciló entre 1 y 24 meses. Desde el punto de vista histológico, 6 pacientes presentaban lesiones concomitantes; los cambios inflamatorios fueron los hallazgos más frecuentes, observados en el 55,55% de los casos. En cuanto al estudio inmunohistoquímico, solo se realizó en los dos casos más recientes, ambos con positividad para PAX8. Podemos concluir que el AN vesical, aunque suele ser benigno, requiere un diagnóstico histopatológico e inmunohistoquímico preciso para diferenciarlo del carcinoma urotelial. En nuestra serie todos se diagnostican después de una agresión tisular. Si bien su potencial maligno es bajo, la evidencia clínica aconseja un seguimiento que permita detectar posibles cambios en la lesión, ante la ausencia de protocolos de manejo estandarizados.

Comunicaciones

P-6

Tipo de presentación: ***Póster***

PLASTIA PIELOPIÉLICA: UNA ALTERNATIVA EN LA ESTENOSIS URETERAL POSTRASPLANTE RENAL. RESULTADOS DE UNA SERIE DE 10 AÑOS.

Mamolar Herrera, P.; Pesquera Ortega, l.; Calvo González, R.;
Alonso Villalba, A.J.; D'Angelo, M.G.; López Rojo, S.; Brasa Fuentes, A.;
Férnandez Calatayud, J.; López Recio, A.M.; Calleja Escudero, J.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN:
La estenosis ureteral es una complicación infrecuente pero relevante tras el trasplante renal, presentando una incidencia del 2–10% y un potencial impacto sobre la supervivencia del injerto. Las técnicas endourológicas pueden constituir una primera opción terapéutica, sin embargo, las estenosis complejas o recurrentes pueden requerir un tratamiento quirúrgico reconstructivo. Presentamos la plastia pielopiélica como tratamiento de rescate o incluso como gold standard en dichas estenosis complejas.
El objetivo de este estudio fue analizar los resultados funcionales y quirúrgicos de esta técnica en nuestro centro durante la última década.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de las plastias pielopiélicas realizadas en nuestro centro entre 2015 y 2025 como tratamiento de la estenosis ureteral postrasplante renal. Se analizaron múltiples variables, teniendo como variable principal el éxito de la reconstrucción, definido por la resolución de la obstrucción sin necesidad de nuevas intervenciones, así como la evolución de la función renal.

RESULTADOS:
Durante el periodo de estudio se realizaron 441 trasplantes renales, de los cuales 17 pacientes (3.9%) precisaron una plastia pielopiélica por estenosis ureteral. La edad media en el momento de la intervención fue de 59.1 años, siendo 10 pacientes varones y 7 mujeres.La mediana de tiempo hasta el diagnóstico de la estenosis fue de 4 meses, siendo la UPU la localización más frecuente (47.1%), seguida del uréter distal (41.2%). El antecedente de fístula urinaria estuvo presente en 5 de los casos (29.4%). La estancia hospitalaria media fue de 15 días, sin objetivarse complicaciones graves en el postoperatorio inmediato. Durante el seguimiento, se objetivó reestenosis en 2 pacientes, alcanzándose una tasa de éxito tras la reconstrucción del 89%. Asimismo, se objetivó una mejoría de la función renal, con un descenso de la creatinina media de 3.99 mg/dL al diagnóstico, a 1.99 mg/dL al finalizar el seguimiento en nuestras consultas externas, en aquellos pacientes que presentaron una correcta evolución. Por ello, podemos concluir que la plastia pielopiélica es una técnica eficaz y definitiva para el tratamiento de la estenosis ureteral compleja o recidivada postrasplante renal.

P-7

Tipo de presentación: ***Póster***

FÍSTULAS URETERO-ARTERIALES.

Herrero Garrido, M.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Sánchez Moyano, C.; Salvatierra Salvatierra, J.; Alonso Bragado, J.; Agudo Andrés, N.; Sacramento Herrero, M.; Delicado López, E.V.; Lorenzo Gómez, M.F.
Servicio de Urología, Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:
Las fístulas uretero-arteriales se presentan como una emergencia urológica. Su síntoma principal es la hematuria, por lo que el diagnóstico diferencial es amplio. Por ello, es importante sospecharlo para poder diagnosticar y tratar.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Recogemos los últimos casos diagnosticados y/o tratados en nuestro centro en los últimos 2 años. Lo comparamos con una revisión bibliográfica de la literatura respecto a las características y etiología de las fístulas uretero-arteriales.

RESULTADOS:
Se recogen 3 pacientes entre 67 y 77 años con diagnóstico de fístulas uretero-arteriales, de los cuales 2 son mujeres y 1 es varón. Dos casos son fístulas uretero-iliacas y el restante se trata de fístula entre el uréter y la arteria renal.

- Varón de 77 años, fístula entre uréter y arteria renal secundaria pseudoaneurisma abierto en la arteria.

- Mujer de 77 años, fístula uretero-iliaca localizada en tercio medio de arteria iliaca común derecha, inmediatamente superior a litiasis de gran tamaño (56 x15mm) en uréter medio derecho.

- Mujer de 67 años con antecedente de nefrectomía derecha por lesión yatrogénica en uréter derecho y bypass aorto-iliaco izquierdo. Fístula uretero-iliaca a nivel de anastomosis aorto-iliaca.

Los 3 casos fueron tratados con embolización por parte del servicio de Radiología Intervencionista. Sólo el segundo caso requirió derivación urinaria con colocación de nefrostomía percutánea.

En la revisión de la literatura, las fístulas uretero-arteriales son patología poco frecuente pero con elevada mortalidad (30%). Son más frecuentes en las mujeres a partir de los 60 años.

Las causas primarias (aneurismas, fibrosis retroperitoneal, vascularización anómala) son mucho menos frecuentes. La etiología secundaria más frecuente es la radioterapia abdomino-pélvica, cirugías previas y los procedimientos endovasculares.

El síntoma principal es la hematuria, acompañada de dolor cólico ocasional. El tratamiento endovascular precoz es clave para la supervivencia.

CONCLUSIÓN:

• Las fístulas uretero-iliacas son patología poco frecuente pero con elevada mortalidad. Conocer la patología y sospecharla es clave para su diagnóstico.

• Los antecedentes de radioterapia y cirugías previas son las etiologías secundarias más comunes.

• El tratamiento requiere un manejo multidisciplinar, junto con Radiología Intervencionista y Cirugía vascular.

P-8

Tipo de presentación: ***Póster***

EVOLUCIÓN DE LOS TRAUMATISMOS GENITO-URINARIOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS, INTERRELACIÓN EN EL MANEJO CON ATENCIÓN PRIMARIA.

Herrero Garrido, M.; Sánchez García-Matres, R.; Sánchez Sánchez, P.; Cubillo Jiménez, J; Salvatierra Salvatierra, J.; Sánchez Moyano, C.; Alonso Bragado, J.; Sacramento Herrero, M.; Agudo Andrés, N.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología, Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

Los traumatismos genito-urinarios se consideran un amplio capítulo en la urgencia urológica. Su etiología, localización, diagnóstico y tratamiento son diversos y han evolucionado a lo largo de los años.

El objetivo del siguiente estudio es interpretar la evolución de las características de los traumatismos durante los últimos 25 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo con 172 pacientes atendidos en el Hospital Clínico de Salamanca con el diagnóstico de traumatismo los últimos 25 años. El tiempo total se subdivide en 3 periodos: G1 (2000-2008, n=76), G2 (2009-2016, n=32) y G3 (2017-2025, n=64).

Se analizan los cambios en el perfil del paciente, la etiología, la localización y los signos y síntomas al diagnóstico en el traumatismo genito-urinario durante dicho periodo.

RESULTADOS:

• El perfil del paciente muestra una tendencia al envejecimiento. En el grupo G1 la media de edad fue de 51.60 años, mientras que en el G3 fue de 62.18 años. Asocia un incremento significativo de patología prostática, diabetes mellitus, dislipemia patología gastrointestinal y oncológica, entre otras. El sexo predominante en los 3 grupos es el masculino (85%), sin diferencias significativas entre los periodos.

• Globalmente, los traumatismos espontáneos (68%) predominan respecto a los iatrogénicos. El grupo G2 muestra un aumento de traumatismos iatrogénicos (43.75%) respecto a los otros dos periodos, mientras que el grupo G3 presenta un incremento significativo de traumatismos espontáneos (79.69%), asociado al incremento de edad dichos pacientes.

• El riñón (59.3%) constituye el órgano más frecuentemente afectado de forma global, seguido de la uretra (20%), la vejiga (18.6%), los genitales externos (13.3%) y los uréteres (5.23%). En el grupo G2, sin embargo, se objetiva un incremento en los traumatismos uretrales (37%) y vesicales (40%), que se correlacionan con el aumento de traumatismos de causa iatrogénica.

• El síntoma más frecuente de forma global es el dolor (40%), seguido de hematuria (36%) y disuria (30%). Analizando los datos por grupo, en el G1 el dolor es el síntoma principal (52.6%), mientras que en el G2 predomina la hematuria (46.88%) y en el G3 la disuria (42%).

P-9

Tipo de presentación: ***Póster***

PERFIL MICROBIOLÓGICO Y SEGURIDAD OBSTÉTRICA DE LA INMUNOTERAPIA BACTERIANA EN INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE.

Salces Gómez, D; Pablos García, R; Romero Crespo, A; Sánchez Sánchez, P; Cubillo Jiménez, J; Sánchez Moyano, C; Salvatierra Salvatierra, J; Herrero Garrido, M.; Alonso Bragado, J; Lorenzo Gómez, M.F
Hospital Universitario De Salamanca

INTRODUCCIÓN:
Las infecciones del tracto urinario recurrentes (ITUR) causan un notable impacto clínico en mujeres en edad fértil. Ante el aumento de resistencias antimicrobianas, la inmunoterapia bacteriana sublingual surge como alternativa preventiva prometedora.

Este estudio evalúa la eficacia microbiológica y la seguridad obstétrica de la autovacuna bacteriana en mujeres con ITUR atendidas en el Hospital Universitario de Salamanca, según el momento de inmunización respecto al embarazo.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio observacional prospectivo no concurrente de mujeres tratadas entre 2016 y 2025 divididas en tres cohortes: nulíparas (GNVax), vacunadas antes de la gestación (GBPVax) y tras el embarazo (GAPVax). Se registraron variables clínicas, obstétricas y urocultivos seriados (basal, 1, 3 y 6 meses).
Se emplearon pruebas no paramétricas, curvas ROC y regresión logística binaria con SPSS v.30.

RESULTADOS:
La edad media fue de 32.63 años (19–44). Las nulíparas fueron significativamente más jóvenes (25.41 años), mientras que GBPVax (34.89) y GAPVax (35.40) resultaron homogéneas. La paridad media fue de 1.42 hijos. Escherichia coli dominó el cultivo basal (39.60%), con mayor tasa en GBPVax (57.89%) frente a GNVax (25.93%;).

Al mes de la vacuna, GBPVax presentó una negativización más rápida (89.47%) frente a GAPVax (58.18%). A los tres meses se observó convergencia microbiológica (88.12% negativos) y a los seis meses solo persistieron 2 cultivos positivos en la serie.

En seguridad obstétrica, la carga bacteriana no predijo pérdidas gestacionales (AUC=0.447). El análisis multivariante confirmó que la inmunización preconcepcional no incrementó el parto no-eutócico (OR=2.713), siendo la multiparidad un factor protector (OR=0.094).

CONCLUSIONES:

- La autovacuna bacteriana muestra elevada eficacia y seguridad en mujeres en edad fértil.

- La vacunación preconcepcional no interfiere con el embarazo ni eleva eventos obstétricos adversos.

- La negativización es más temprana al mes en mujeres vacunadas antes de la gestación.

- A los seis meses se constata remisión mantenida en la práctica totalidad de las pacientes.

- La paridad no incrementa el riesgo de resultados obstétricos adversos.

P-10

Tipo de presentación: ***Póster***

ACCESO PERCUTÁNEO AL CÁLIZ SUPERIOR EN POSICIÓN SUPINA: RESULTADOS DE EFICACIA Y SEGURIDAD.

Macarro López de la Torre, G; Vallejo García, P; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; Valle López, A; García Arias, A. E; González Martín, E; Manso Aparicio, C; Cepeda Delgado, M.
Hospital Univesitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN:
La nefrolitotomía percutánea (NLPC) es el tratamiento de elección para litiasis renales>20mm, siendo el acceso al cáliz superior controvertido. El acceso al grupo calicial superior(GCS) permite un buen abordaje para la mayor parte de las cavidades renales y uréter proximal, sin embargo, suele evitarse dada su complejidad técnica y a los riesgos asociados a una punción intercostal.

El objetivo del estudio es analizar la efectividad y perfil de seguridad en cirugía percutánea mediante acceso a través del cáliz superior en los últimos 12 años.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes intervenidos mediante NLPC mediante acceso a CGS entre 09/2013 y 10/25.

La técnica quirúrgica se llevó a cabo en posición de Valdivia-Galdakao, mediante un acceso guiado por ecografía y fluoroscopia. Los calibres de acceso se adaptaron a la anatomía renal, así como al volumen y la dureza de la litiasis (8-24Fr).

Se realizó un análisis descriptivo.

RESULTADOS:
Se incluyeron 125 pacientes con una edad media de 58,3 años. La mediana del tamaño litiásico fue de 22 mm (RIC 15-32) siendo consideradas en 34(27%) coraliformes. Con respecto a la localización litiásica: el 52% se encontraban en GCS, el 22,4% en pelvis renal y 17,5% en uréter proximal.

Se realizó acceso percutáneo subcostal, entre la costilla 11-12 y 10-11 en: 6(4,8%), 84(67,2%) y 35(28%) respectivamente, siendo necesario la realización de cirugía multitracto en 25 pacientes. El calibre más utilizado fue 16Fr(50%), seguido de 24Fr(30%).

Se realizó cirugía combinada en un 30,3% de las intervenciones con revisión con nefroscopio flexible en un 20%. El procedimiento fue tubeless en un 30%. La mediana del tiempo quirúrgico fue 110 minutos con una tasa de resolución litiásica del 90%.

Se registraron complicaciones Clavien-Dindo>II en 8% de la muestra incluyendo 3 embolizaciones, necesidad de varias colocaciones de doble J y una neumonía y efusión pleural. No se objetivaron complicaciones intra ni postoperatoria de lesión de órganos vecinos.

CONCLUSIÓN:
El acceso al GCS en posición supina, guiado por ecografía y fluoroscopia, es una opción segura y eficaz para el tratamiento de litiasis renales complejas en centros con experiencia.

Palabras clave: percutánea, cáliz superior, punción intercostal.

P-11

Tipo de presentación: ***Póster***

NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA MULTITRACTO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Macarro López de la Torre, G; Aderghal Chikhaoui, A; Vallejo García, P; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; García Arias, A. E; Valle López, A; González Martín, E; Manso Aparicio, C; Cepeda Delgado, M.
Hospital Univesitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN:

El manejo de la litiasis renal compleja supone un reto quirúrgico debido a factores como su localización, volumen y potencial riesgo de lesión de órganos vecinos durante su abordaje.

La nefrolitotomía percutánea (NLPC) es el tratamiento de elección de litiasis renales complejas. En ocasiones, un único trayecto de acceso no permite alcanzar la óptima resolución litiásica, precisando realizar un abordaje multitracto.

OBJETIVO:

Analizar efectividad y perfil de seguridad en cirugía percutánea multitracto para el tratamiento de litiasis renales complejas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

• **Estudio descriptivo retrospectivo transversal** de pacientes intervenidos mediante nefrolitotomía percutánea multitracto desde Enero 2007 - Octubre 2025.

• **Criterios de inclusión:**

- **o** Acceso percutáneo múltiple (≥2 trayectos).

• **Técnica:**

- **o** Punción en posición de Valdivia-Galdakao guiada mediante ecografía y fluoroscopia. Calibres adaptados en función de la anatomía del paciente y del volumen litiásico (4.8 - 30 Fr).

- **o** Se considera "stone free" a la ausencia de litiasis o restos menores de 3 mm objetivados con tomografía axial computarizada a 3 meses de la cirugía.

RESULTADOS:
De 621 pacientes sometidos a NLPC en el periodo establecido, se realizaron 60 cirugías multitracto. En 13 pacientes (21,7%) se precisó de acceso mediante tres tractos, mientras que en 47 (78,3%) se emplearon dos.

El tamaño medio de las litiasis intervenidas fue de 36,8 mm, siendo el 50% coraliformes. Se empleó un calibre miniaturizado (14-20 Fr) en todos los tractos en 22 pacientes (36,6%); mientras que fue preciso un calibre estándar (24-30 Fr) en al menos uno de los tractos en 33 pacientes (55%).

Se realizó cirugía intrarrenal endoscópica combinada (ECIRS) en 21 pacientes (35%). El tiempo quirúrgico medio fue de 134 minutos (50 – 255 min) y la media de estancia hospitalaria fue de 3,8 días. El 60% de los procedimientos fueron tubeless y se obtuvo una tasa de resolución litiásica del 80%.
Dos pacientes presentaron complicaciones Clavien Dindo III (sangrado / pseudoaneurisma que precisó embolización).

CONCLUSIÓN:
La nefrolitotomia percutánea multitracto realizada en centros especializados es un procedimiento efectivo y seguro para resolver litiasis renales complejas, permitiendo mantener un óptimo tiempo quirúrgico, minimizar posibles complicaciones derivadas y obtener adecuadas tasas de resolución litiásica.

P-12

Tipo de presentación: ***Póster***

NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA CON LÁSER HOLMIO: YAG VERSUS LASER DE FIBRA DE TULIO: RESULTADOS COMPARATIVOS.

Macarro López de la Torre, G; Vallejo García, P; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; García Arias, A.E; Valle López, A; Valverde Martínez, L.S; Lara Pérez, F.M; Manso Aparicio, C; Cepeda Delgado, M.
Hospital Univesitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN:
El láser de holmio:yttrium-aluminium-garnet (Ho:YAG) ha sido tradicionalmente el estándar de referencia para la litotricia endourológica. En los últimos años, el láser de fibra de tulio (TFL) ha emergido como una alternativa prometedora, con potenciales ventajas como mayor pulverización, menor retropulsión y daño del urotelio. El objetivo de este estudio fue comparar ambos sistemas láser en cuanto a eficacia y eficiencia quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO:
Realizamos un estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro centro entre octubre de 2021 y octubre de 2025 mediante nefrolitotomía percutánea con láser Ho:YAG de alta potencia de 500µ (1-2J; 10-20Hz) o TFL drive de 365µ (1-2J; 10-20 Hz) usando en ambos casos pulso corto y adaptando los parámetros a la dureza de la litiasis. El análisis estadístico se realizó mediante el uso de SPSS. Se analizaron variables demográficas y características de la litiasis (tamaño y localización) para estudiar la comparabilidad de ambosgrupos. El tiempo quirúrgico se analizó mediante la prueba de U de Mann-Whitney. Se consideró stone-free a la ausencia de litiasis o presencia de restos <3 mm en tomografía axial computarizada tras la cirugía y se evaluó mediante chi-cuadrado.

RESULTADOS:
Se incluyeron 118 pacientes, de los cuales 56 fueron tratados con láser Ho:YAG y 62 con láser de fibra de tulio. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en cuanto a edad, sexo o características de la litiasis. El tiempo quirúrgico fue 58,39 minutos en el grupo de Ho:YAG y 59,54 mintutos en el grupo de TFL, sin existir diferencias estadísticamente ($p = 0,854$). La tasa de stone-free fue del 88,9% en el grupo de Ho:YAG y del 85,5% en el grupo de TFL, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($x^2 = 0,29$; $p = 0,592$).

CONCLUSIONES: En nuestra serie, el láser Ho:YAG y el TFL mostraron tasas de stone-free y tiempos quirúrgicos comparables en nefrolitotomía percutánea, sin diferencias estadísticamente significativas. Estos hallazgos sugieren que ambas fibras ofrecen una eficacia clínica similar en el tratamiento percutáneo de las litiasis renales.

P-13

Tipo de presentación: ***Póster***

TUMOR ESPERMATOCÍTICO BILATERAL SINCRÓNICO: MANEJO CONSERVADOR DEL TESTÍCULO CONTRALATERAL.

Cividanes Uhagón, I; Vallecillo Encinas, P; Lorenzo Sanz, M; Fernández Velicia, M; Del Río Monteserín, L; Rodríguez Lozano, L; Miguélez Martínez, L; Grinard De León, E; Alonso Prieto, M.A.
Complejo Asistencial Universitario de León

INTRODUCCIÓN:
El tumor espermatocítico es una neoplasia germinal testicular infrecuente (<1% del cáncer testicular), generalmente diagnosticada en pacientes de alrededor de 50 años. Su presentación bilateral sincrónica es excepcional y plantea un dilema terapéutico en cuanto a la preservación testicular.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Presentamos el caso de un varón de 39 años que consultó por aumento del tamaño testicular derecho desde noviembre de 2025, asociado a pérdida ponderal de 6 kg, sin fiebre ni adenopatías. La exploración física y ecografía mostraron lesiones testiculares bilaterales. El estudio de extensión mediante TC toracoabdominopélvico y RM pélvica no evidenció enfermedad metastásica. Los marcadores tumorales y el estudio hormonal no mostraron alteraciones relevantes. En marzo de 2026 se realizó orquiectomía radical derecha y tumorectomía izquierda con biopsias de los márgenes.

RESULTADOS:
La pieza derecha reveló un tumor espermatocítico de 60 mm, con invasión focal del hilio (pT2), sin invasión linfovascular y con márgenes negativos. En el testículo izquierdo se identificó tumor espermatocítico en los márgenes de resección (pT1), sin componente anaplásico ni sarcomatoso. Ante la ausencia de enfermedad metastásica y de factores histológicos de agresividad, el caso fue presentado en comité uro-oncológico, optándose por manejo conservador y vigilancia estrecha del testículo izquierdo, con seguimiento mediante pruebas de imagen y marcadores tumorales, priorizando la preservación de la función endocrina y reproductiva del único testículo remanente. Se planteará cirugía de rescate en caso de que aparezcan signos de recidiva o progresión en las pruebas de imagen. La bilateralidad sincrónica y la posibilidad de preservar tejido testicular en un paciente joven hacen de este caso una presentación poco habitual y clínicamente relevante.

Aunque la orquiectomía radical constituye el tratamiento estándar, en casos bilaterales puede considerarse un abordaje conservador individualizado. La evidencia disponible es limitada y se basa principalmente en series pequeñas y casos aislados, por lo que el manejo debe individualizarse valorando el equilibrio entre control oncológico y preservación de la función testicular.

P-14

Tipo de presentación: ***Póster***

UROLON® BAJO ANESTESIA LOCAL EN RÉGIMEN AMBULATORIO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA: EFICACIA, TOLERABILIDAD Y EFICIENCIA ASISTENCIAL.

López Sierra, A.; Armisén Jiménez, C.; Chinea Arriaga, E.; Ballesteros Antúnez, J.M; Rodríguez Cruz, M.I; Polvorinos García, L.; Prieto Nogal, S.B; Fontana Portella, P.; Infante Hernández, S.; Martín Hernández, M.
Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:
Los agentes abultantes uretrales constituyen una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina.

Su administración en consulta bajo anestesia local podría evitar el uso de quirófano y recuperación postanestésica, reduciendo recursos asistenciales sin comprometer los resultados clínicos. El objetivo fue evaluar la eficacia, tolerabilidad, seguridad y eficiencia económica de un circuito íntegramente ambulatorio para la inyección de Urolon®.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó un estudio observacional de una serie consecutiva de 10 mujeres con IUE tratadas mediante inyección uretral de Urolon® ambulatoria bajo anestesia local. Se analizaron PAD-test, el cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-UI SF), impresión global de mejoría mediante el cuestionario "Patient Global Impression of Improvement "(PGI-I), residuo postmiccional (RPM), Qmax, dolor mediante escala visual analógica (EVA) y duración del procedimiento.

Se registraron alteraciones del vaciado y complicaciones relacionadas con el procedimiento. Se llevó a cabo un análisis de costes directos comparando el circuito ambulatorio con un escenario convencional en quirófano y recuperación postanestésica.

RESULTADOS:
La mediana del PAD-test disminuyó de 54 a 2 gramos, suponiendo una reducción objetiva del 96,3% de las pérdidas urinarias. De forma concordante, el ICIQ-UI SF medio descendió de 11,5 a 3,3 puntos, con una reducción de 8,2 puntos (71,3%).

Todas las pacientes presentaron mejoría subjetiva (PGI-I ≤3). La mediana de dolor fue de 2/10 en la escala EVA y la duración mediana del procedimiento de 16 minutos.

Ninguna paciente presentó residuo postmiccional (RPM) >100 ml y todas mantuvieron Qmax >15 ml/s, sin evidencia de deterioro del vaciado.

El coste directo estimado fue de 1.600 € por procedimiento ambulatorio frente a 9.566,53 € en el escenario quirúrgico, suponiendo un ahorro potencial de 7.966,53 € por paciente (83,3%).

Estos resultados sugieren que la administración ambulatoria de Urolon® bajo anestesia local es una estrategia eficaz, bien tolerada y eficiente, capaz de proporcionar una marcada mejoría objetiva y subjetiva de la continencia con un importante ahorro de recursos hospitalarios.

P-15

Tipo de presentación: ***Póster***

RESULTADOS PERIOPERATORIOS TRAS CISTECTOMÍA RADICAL SIN IMPLEMENTACIÓN FORMAL DE PROTOCOLO ERAS EN UNA POBLACIÓN CON ELEVADA CARGA DE COMORBILIDAD Y ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA.

Chinea Arriaga, E.; López Sierra, A.; Armisén Jiménez, C.; Ballesteros Antúnez, J.M.; Polvorino García, L.; Díaz Romero, J.M.; Infante Hernández, S.; Sánchez Rodríguez, A.; Rodríguez Cruz, M.I; Martín Hernández, M.

Complejo Asistencial de Avila

INTRODUCCIÓN:

La cistectomía radical es un procedimiento de elevada complejidad, realizado con frecuencia en pacientes de edad avanzada, con importante carga de comorbilidad y enfermedad localmente avanzada. Los protocolos de recuperación intensificada (ERAS) han demostrado beneficios en la recuperación tras cirugía mayor.

El objetivo de este estudio es describir los resultados perioperatorios de nuestra serie de cistectomías en ausencia de un protocolo ERAS formal, poniendo en contexto las características clínicas y oncológicas de la población intervenida.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes sometidos a cistectomía entre 2020 y 2026 en el Complejo Asistencial de Ávila. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad mediante ASA y Charlson, características clínicas y anatomopatológicas, variables quirúrgicas, evolución postoperatoria y complicaciones según clasificación de Clavien-Dindo, considerándose mayores las complicaciones ≥III.

Se describió específicamente la presencia de enfermedad localmente avanzada (pT3-T4) y su coexistencia con elevada carga de comorbilidad (Charlson ≥6).

RESULTADOS:

Se incluyeron 49 pacientes, con una edad media de 69 años (48–84); 42 (85,7%) eran varones. La mediana de ASA fue 3, con 34 pacientes (69,4%) clasificados como ASA III-IV. El Charlson presentó una mediana de 5 (2–11), con 22 pacientes (44,9%) con Charlson ≥6.

En el estudio anatomopatológico, 23 de 48 pacientes evaluables (47,9%) presentaron enfermedad localmente avanzada (pT3-T4) y 15 (31,3%) afectación ganglionar.

La estancia hospitalaria presentó una mediana de 8 días (4–32), con inicio de tolerancia oral en el día 3 y retirada del drenaje en el día 7. Se registraron complicaciones Clavien-Dindo ≥II en 17 pacientes (34,7%) y complicaciones mayores (≥III) en 6 (12,2%).

Doce pacientes presentaron simultáneamente pT3-T4 y Charlson ≥6; en este subgrupo, 5 (41,7%) desarrollaron complicaciones ≥II.

Se registró un único fallecimiento, a los 6 meses de la intervención, en una paciente sometida a cistectomía paliativa. La cistectomía radical sin protocolo ERAS formal puede alcanzar resultados perioperatorios similares incluso ante una elevada carga de comorbilidad y una proporción relevante de enfermedad localmente avanzada.

La coexistencia de ambos factores debe considerarse un elemento relevante en la estratificación de la complejidad perioperatoria y en la planificación del seguimiento postoperatorio.

P-16

Tipo de presentación: ***Póster***

ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA CON LÁSER HOLMIO: RESULTADOS FUNCIONALES Y PERIOPERATORIOS DE NUESTRA SERIE.

Valle López, A; Vallejo García, P; Macarro López de la Torre, G; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; García Arias, A.E; González Martín, E; García Viña, A; Palacio Villamagua, P; Cepeda Delgado, M.
Hospital Universitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN:
La hiperplasia benigna de próstata es una causa frecuente de síntomas del tracto urinario inferior y cuya frecuencia aumenta con la edad. La enucleación prostática con láser de Holmio (HoLEP) se ha consolidado como una técnica eficaz y segura, con resultados funcionales favorables y aplicable a próstatas de cualquier tamaño.

OBJETIVO:
Analizar la efectividad y el perfil de seguridad de la enucleación prostática con láser Holmio para el tratamiento de la obstrucción infravesical de causa prostática.

MATERIAL Y MÉTODO:
Realizamos un análisis observacional retrospectivo de pacientes tratados mediante HoLEP en el Hospital Universitario Río Hortega (HURH) desde 2022 a 2025. La normalidad de las diferencias pre-post se evaluó mediante Shapiro-Wilk. El análisis pre-post se realizó mediante t de Student o Wilcoxon según correspondiera ($p < 0,05$).

RESULTADOS:
Se incluyeron 220 pacientes, con una edad media de 70,9 ± 8,6 años (rango: 48–99), un IMC medio de 26,7 ± 3,8 kg/m² y un volumen prostático medio de 75,6 ± 22,0 ml. El tiempo quirúrgico medio fue de 107,6 ± 39,9 minutos. La estancia hospitalaria media fue de 2,8 ± 1,6 días y la duración media del sondaje vesical fue de 3,7 ± 3,3 días. Presentaron complicaciones mayores Clavien-Dindo (> 3) 5 pacientes (2,3%). El pico de flujo (Qmax) aumentó de 8,7 ± 4,0 ml/s a 22,3 ± 12,0 ml/s, con una diferencia media de 13,6 ml/s (IC95%: 10,9–16,4; $p < 0,001$). El volumen miccional se incrementó de 205,7 ± 105,6 ml a 272,9 ± 172,1 ml, con una diferencia media de 67,2 ml (IC95%: 36,2–98,1; $p < 0,001$). El residuo postmiccional disminuyó significativamente, pasando de 117 ml (50–238) a 10 ml (1–26,5) ($Z = –6,65$; $p < 0,001$).

CONCLUSIÓN: La enucleación prostática con láser Holmio mejora significativamente el pico de flujo y el volumen miccional y reduce el residuo postmiccional, con baja tasa de complicaciones mayores, demostrando ser una técnica segura y eficaz.

P-17

Tipo de presentación: ***Póster***

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE LA DILATACIÓN URETRAL CON BALÓN MEDICALIZADO.

Sendrós Gálvez, M; Gómez Sanz, V; López de la Manzanara Pérez, J.M; Jiménez Dominguez, A.C; Martínez Pinilla, W.G; Marfil Peña, C; Marrón Penón, M.C; Guinda Sevillano, C.E; Arnáiz Esteban, J.F
Complejo Asistencial Universitario de Soria

INTRODUCCIÓN:
Recientemente se ha propuesto la dilatación con balón medicalizado como una opción mínimamente invasiva tras el fracaso del manejo endoscópico para los pacientes con estenosis de uretra recidivante.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se realizó una revisión retrospectiva de 8 pacientes tratados en nuestro centro mediante dilatación con balón recubierto de Paclitaxel (25%) y Paclitaxel y Dextrano (75%) entre septiembre del 2025 y julio del 2026. Todos los procedimientos se llevaron a cabo en régimen de ingreso hospitalario de corta estancia.

RESULTADOS:
De los 8 pacientes estudiados, 5 (62,5%) presentaban una estenosis en uretra bulbar, 2 (25%) en uretra membranosa y 1 (12,5%) en uretra prostática. De los pacientes que presentaban estenosis en uretra bulbar, 2 (25%) de ellos también tenían estenosis en uretra membranosa.
La mediana de la longitud de la estenosis uretral era de 17,21 mm (IQR 27-10,22 mm). Respecto al origen de la estenosis, 3 (37,5%) eran de causa idiopática y 5 (62,5%) de causa iatrogénica, de las cuales 2 (40%) fueron tras prostatectomía radical laparoscópica, 2 (40%) tras crioterapia prostática y 1 (20%) tras adenomectomía retropúbica. Un 87,5% (7) tenían al menos una cirugía previa, siendo la media de procedimientos previos de 1,88 (± 1,73). Respeto a las complicaciones postoperatorias, 2 (25 %) presentaron retención urinaria (Clavien-Dindo I) y 1 (12,5%) infección del tracto urinario (Clavien-Dindo II). La mediana de Qmax previo a la intervención fue de 5 mL/s (IQR 6-5 mL/s), mientras que en la primera revisión fue de 9 mL/s (IQR 12-8 mL/s). Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0,027$ a corto plazo). Respecto a la magnitud del efecto del tratamiento, esta es grande con $r=0,837$ en la primera revisión.

CONCLUSIÓN: En nuestro centro podemos afirmar que la dilatación con balón medicalizado ofrece una mejoría flujométrica significativa a corto plazo y que se trata de una buena opción para ofrecer a aquellos pacientes con estenosis de uretra recidivantes, ya que es un procedimiento seguro, con una baja tasa de complicaciones leves.

P-18

Tipo de presentación: ***Póster***

LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL DE RESCATE EN CÁNCER DE PRÓSTATA: SERIE DE CASOS.

Martínez Franco, E.; Esteban Jarabo, J.; Pineda Munguía, Á.M.; Simbaña García, J. J.; Rodríguez Lozano, L.; Lombardía González De Lera, C.; Ferrer López, A. I.; Chaves Marcos, R.; Viggiano Romano, A.M.; Miranda Aranzubía, Ó.
Hospital El Bierzo

INTRODUCCIÓN:
La recurrencia bioquímica tras la prostatectomía radical puede ser originada por una recidiva ganglionar oligometastásica. El PET/TC con PSMA o colina permite la detección temprana de adenopatías. La linfadenectomía de rescate (sLND) surge como una opción dirigida para diferir la terapia hormonal. El objetivo es analizar la evolución del PSA y los hallazgos patológicos en pacientes sometidos a esta intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se analizó a 5 pacientes con recidiva bioquímica tras prostatectomía radical por adenocarcinoma prostático (mediana de edad: 63 años; rango 56-67). El diagnóstico de recurrencia ganglionar se confirmó mediante PET/TC (4 PSMA, 1 colina). Todos los pacientes fueron intervenidos mediante linfadenectomía de rescate vía laparoscópica. Se analizaron parámetros iniciales (PSA, Gleason, pTNM), pre-rescate (tiempo a recidiva, PSA), datos anatomopatológicos, evolución del PSA posquirúrgico, complicaciones y necesidad de radioterapia.

RESULTADOS:
En la prostatectomía radical inicial, todos presentaron anatomía patológica Gleason 7 (4+3), con estadios pT2aN0 (20%), pT2bN0 (20%), pT3aNx (40%) y pT3bNx (20%). La linfadenectomía pélvica primaria solo se realizó en dos casos (3 y 5 ganglios resecados, pN0). Tras un tiempo mediano a recidiva de 82 meses (rango: 22-120), el PSA fue 0.34-1.20 ng/mL. El PET/TC evidenció adenopatías ilíacas (externa y común), obturatrices y presacras. En la sLND se extirparon entre 20 y 24 ganglios (mediana: 20), confirmándose metástasis en 1 a 12 ganglios.

Tras la sLND, todos mostraron reducción del PSA posquirúrgico, alcanzando 0.10, 0.22, 0.44, 0.13 y 0.07 ng/mL respectivamente. Tres pacientes presentaron complicaciones significativas: reimplante ureteral izquierdo, ascitis quilosa y linfocele infectado. Dos pacientes requirieron radioterapia a los 24 y 10 meses post-sLND, logrando respuestas con PSA nadir de 0.02 y 0.03 ng/mL. Los tres restantes no necesitaron radioterapia adicional.

P-19

Tipo de presentación: ***Póster***

ASOCIACIÓN ENTRE EL RENAL NEPHROMETRY SCORE Y EL TIEMPO DE ISQUEMIA CALIENTE EN LA TUMORECTOMÍA RENAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO.

Hernández Usón, A; Boyero Polo, P; Carrasco García, F; Abascal Veiga, M; Montero Torres, J; Miralles Ayuso, S; Hernández García, J.M; Diaconu, M.G; Vaquero Caballero, P.J; Serrano Bartolomé, J.M.
Hospital Universitario de Burgos

INTRODUCCIÓN:
El RENAL nephrometry score (RS) permite estandarizar la valoración anatómica de las masas renales y estimar su complejidad quirúrgica.
El objetivo principal fue analizar su asociación con el tiempo de isquemia caliente (TIC) durante la tumorectomía renal.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio retrospectivo observacional de las tumorectomías renales realizadas en nuestro centro entre el 1 de enero de 2024 y el 26 de agosto de 2026.
Se realizaron 64 procedimientos, excluyéndose 5 por realizarse finalmente nefrectomías radicales y 9 por ausencia de datos suficientes en los protocolos quirúrgicos, obteniéndose una cohorte final de 50 pacientes. Se recogieron variables demográficas, ASA, RS, abordaje, tiempo quirúrgico, TIC, sangrado, estancia, complicaciones Clavien-Dindo, márgenes y función renal pre y postoperatoria. El RS fue calculado retrospectivamente por el investigador a partir del TC preoperatorio. La asociación entre RS y las variables cuantitativas se evaluó mediante correlación de Spearman. Se realizó posteriormente regresión lineal ajustada por edad, índice de masa corporal y ASA.

RESULTADOS:
Se incluyeron 50 pacientes, con una mediana de edad de 64 años (39–78) y 80% de varones. El RS medio fue 6,62 ± 1,58, mediana 7 (4-11), y el TIC medio 18,65 ± 6,41 minutos. Se observó una correlación positiva entre RS y TIC (x=0,297; p=0,038). En el análisis multivariable, RS mantuvo una asociación significativa con TIC tras ajustar por edad, IMC y ASA (x=1,29 minutos/punto; IC95%: 0,21–2,38; p=0,020). En un análisis exploratorio incluyendo T1a/T1b como aproximación al tamaño tumoral, la asociación se mantuvo (x=1,30; p=0,009). No se observaron asociaciones significativas con tiempo quirúrgico, sangrado, estancia ni creatinina postoperatoria. Se registraron complicaciones ≥Clavien II en 2 pacientes (4%).

CONCLUSIONES: Un mayor RS se asoció con mayor TIC durante la tumorectomía renal. No siendo así la correlación con el resto de las variables analizadas. Podemos decir que el RS puede contribuir a estimar preoperatoriamente la complejidad quirúrgica junto con otros factores.

P-20

Tipo de presentación: ***Póster***

MANEJO DE LAS MASAS RENALES CT1: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO FRENTE AL REGISTRO NACIONAL.

Gabriel Mateos, P.; Moreno Arias, M.; García del Amo, S.;
Rizzo Rodríguez, F.A; Fernández-Pello Montes, S.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN:
El manejo de las masas renales localizadas ha evolucionado hacia estrategias de preservación de nefronas y cirugía mínimamente invasiva. El Registro Nacional Español de Cáncer Renal Localizado constituye un referente contemporáneo de la práctica clínica nacional. El objetivo fue analizar el manejo de las masas renales cT1 en nuestro centro y compararlo con los resultados del registro nacional.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio observacional retrospectivo de pacientes con masas renales tratados en nuestro centro durante el periodo disponible 2024-2026. Se analizaron variables clínicas, radiológicas, terapéuticas, quirúrgicas y anatomopatológicas. Para la comparación con el registro nacional se excluyeron los pacientes cT2a. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC), y las cualitativas como frecuencia y porcentaje. La comparación del tamaño tumoral entre nefrectomía parcial (NP) y radical (NR) se realizó mediante U de Mann-Whitney, considerando significativo $p<0,05$.

RESULTADOS: Se incluyeron 31 pacientes, 2 pacientes cT2 y 29 cT1. Los pacientes cT2 se eliminan del análisis estadístico. De los pacientes cT1 : 23 cT1a (79,3%) y 6 cT1b (20,7%). La edad mediana fue 68 años (RIC 56,5-73) y el tamaño tumoral mediano 30 mm (RIC 19-38). Se indicó cirugía en 25 pacientes cT1 (86,2%), vigilancia activa en 3 (10,3%) y ablación en 1 (3,4%), frente al 82,6%, 7,3% y 9,5%, respectivamente, del registro nacional. Entre los pacientes intervenidos se realizó NP en 10 (40,0%) y NR en 15 (60,0%), frente al 65,0% y 35,0% nacionales. En cT1a, la NP se realizó en el 45,0%, frente al 74,5% nacional. El tamaño tumoral fue significativamente menor en los pacientes sometidos a NP que en aquellos tratados mediante NR (20,5 vs. 33 mm; p=0,024). La cirugía mínimamente invasiva se empleó en el 96,0% de los procedimientos, predominando el abordaje laparoscópico (80,0%) frente al robótico (16,0%), mientras que en el registro nacional representaron el 58,4% y 33,9%, respectivamente. La imposibilidad técnica constituyó el principal motivo documentado para realizar NR.

CONCLUSIÓN: En la distribución de nefrectomías se observa tendencia a favor de NR en el grupo de pacientes intervenidos en Palencia.

P-21

Tipo de presentación: ***Póster***

EDAD Y RESULTADOS FUNCIONALES TRAS HOLEP: ANÁLISIS COMPARATIVO EN MAYORES Y MENORES DE 80 AÑOS.

García Arias, A.E; Vallejo García, P; Macarro López De La Torre, G; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; Valle López, A; González Martín, E; García Viña, A; Palacio Villamagua, P; Cepeda Delgado, M.
Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid

INTRODUCCIÓN:
La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) es una técnica bien establecida para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (HBP), cuya prevalencia aumenta con la edad; en consecuencia, un porcentaje creciente de los pacientes candidatos a HoLEP presenta edades superiores a los 80 años.

OBJETIVO:
Evaluar la seguridad y los resultados funcionales de HoLEP en pacientes ≥80 años en comparación con pacientes <80 años.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a HoLEP entre 2022 y 2025. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la edad: <80 años y ≥80 años. Se analizaron variables basales, perioperatorias y resultados funcionales postoperatorios. Las variables continuas se expresaron como mediana [P25–P75] y se compararon mediante test de Mann–Whitney.

Las variables categóricas se expresaron como n (%) y se analizaron mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher. Se consideró significación estadística $p<0,05$.

RESULTADOS:
Se incluyeron 220 pacientes: <80 años (n = 189) y ≥80 años (n = 31). Los pacientes ≥80 años presentaron mayor tasa de sondaje vesical previo (61,3% vs 28,8%; $p<0,001$), sin diferencias en el índice de masa corporal, toma de anticoagulación previa, índice de comorbilidad o volumen prostático.

No se observaron diferencias significativas en los resultados funcionales postoperatorios entre grupos, incluyendo pico de flujo (Qmax) (17,3 vs 22,3 ml/s; $p=0,250$), volumen miccional (164 vs 220 ml; $p=0,151$) y residuo postmiccional (23 vs 9,5 ml; $p=0,365$).

Tampoco hubo diferencias en el tiempo quirúrgico (100 vs 100 min; $p=0,897$) ni en la estancia hospitalaria (2 vs 2 días; $p=0,085$).

Los pacientes ≥80 años presentaron mayor tiempo de sondaje vesical postoperatorio (3 vs 2 días; p=0,039).

No se observaron diferencias en necesidad de resondaje (16,1% vs 9,0%; p=0,208), complicaciones perioperatorias Clavien-Dindo (19,4% vs 16,4%; p=0,615), síntomas del tracto urinario inferior postquirúrgicos (41,4% vs 38,5%; p=0,838) ni complicaciones tardías (12,9% vs 10,8%; p=0,757).

CONCLUSIÓN:
La enucleación prostática con láser de holmio es un procedimiento seguro y eficaz en pacientes ≥80 años, con un perfil de seguridad y unos resultados funcionales comparables a los pacientes más jóvenes.

P-22

Tipo de presentación: ***Póster***

ADENOCARCINOMA DE TIPO PROSTÁTICO DE URETRA FEMENINA ORIGINADO EN GLÁNDULAS DE SKENE: ANÁLISIS DE UN CASO.

Alonso Bragado, J.; Sánchez Sánchez, P.; Cubillo Jiménez, C.; Sánchez Moyano, C.; Salvatierra Salvatierra, J.; Herrero Garrido, M.; Polo López, C.A.; Coderque Mejía, M.P.; Diego García, V.; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca. Servicio de Urología

INTRODUCCIÓN:

El adenocarcinoma de uretra femenina es una entidad infrecuente que representa aproximadamente el 10% de las neoplasias uretrales primarias en mujeres. Las glándulas parauretrales de Skene constituyen el homólogo embriológico e histológico de la próstata masculina.

El adenocarcinoma de tipo prostático originado en estas glándulas comparte la arquitectura morfológica y el perfil inmunohistoquímico (positividad para PSA, NKX3.1 y receptores androgénicos) con el adenocarcinoma prostático clásico del varón.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Paciente mujer de 79 años con antecedente de carcinoma urotelial papilar vesical pT2 en RTUV 1ª. Se realizó cistectomía radical con derivación ileal tipo Bricker (29/10/2025), cuya anatomía patológica reportó carcinoma urotelial pT1 con diferenciación escamosa pN0M0, margen ureteral positivo para pTis (tratado con BCG a través de catéteres monoJ) y margen uretral distal positivo para pTis. Ante la afectación del margen uretral, el 02/01/2026 se llevó a cabo uretrectomía perineal.

RESULTADOS:

El análisis histopatológico de la uretrectomía reveló un adenocarcinoma de tipo prostático de la glándula de Skene, presentando en el control postquirúrgico un PSA sérico <0,1 ng/mL. Al contrastar estos hallazgos con la bibliografía, la neoplasia maligna de la glándula de Skene es un diagnóstico excepcional con solo 15 a 22 casos descritos en la literatura mundial.
La evolución del marcador en nuestro caso concuerda con las revisiones sistemáticas publicadas, donde la normalización drástica del PSA sérico tras la cirugía o tratamiento definitivo ocurre en el 100% de los casos analizados.

Esto confirma el valor fundamental del PSA no solo para orientar el diagnóstico diferencial frente a carcinomas uroteliales convencionales, sino también como un biomarcador sérico confiable para monitorizar la respuesta terapéutica y el seguimiento oncológico.

P-23

Tipo de presentación: ***Póster***

EVALUACIÓN DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA EN BIOPSIA PROSTÁTICA: INFLUENCIA DE LA CAPACITACIÓN DEL OPERADOR Y LA TÉCNICA EMPLEADA.

Alonso Bragado, J.; Caballero Toribio, C.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Salvatierra Salvatierra, J.; Sánchez Moyano, C.; Herrero Garrido, M.; Sacramento Herrero, M.; Heredero Zorzo, O.; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca. Servicio de Urología

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de próstata representa una de las neoplasias de mayor prevalencia en varones. Aunque la biopsia prostática constituye el estándar de referencia para la confirmación tisular, persisten retos respecto a su rentabilidad. Este estudio evalúa la repercusión de la modalidad formativa del operador y de la técnica de punción utilizada sobre el rendimiento diagnóstico y el valor predictivo positivo en la detección del tumor.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ejecutó un diseño observacional prospectivo no concurrente y multicéntrico en 931 pacientes con elevación de PSA evaluados entre 2020 y 2024.

Se analizaron dos cohortes según la instrucción recibida por el profesional: aprendizaje asistencial en práctica clínica ordinaria (GPC, n=624) y formación estructurada mediante curso específico (GFRC, n=307). Se evaluaron características demográficas, abordajes técnicos y hallazgos histopatológicos, aplicando un análisis multivariante por regresión logística.

RESULTADOS:

La tasa global de detección neoplásica fue del 74%. No se identificaron discrepancias estadísticamente significativas en el valor predictivo positivo entre ambos modelos de instrucción (73,07% en GPC frente al 75,89% en GFRC; p=0,3824).

En el análisis multivariado, la técnica transrectal convencional incrementó significativamente la probabilidad de diagnóstico positivo (hasta 19 veces respecto a otros métodos), mientras que el abordaje por saturación mostró un rendimiento inferior.

Se observó una relación inversa entre los años de experiencia profesional y la tasa de hallazgos positivos. Finalmente, en el grupo de práctica clínica, los residentes de tercer año presentaron un éxito diagnóstico 3,8 veces superior.

P-24

Tipo de presentación: ***Póster***

PERFORACIÓN VESICAL TRAS RTU-V: MANEJO CONSERVADOR DE UNA PERFORACIÓN INTRAPERITONEAL.

García del Amo, S; Mediavilla Diez, E; Moreno Arias, M; Gabriel Mateos, P; Rizzo Rodriguez, F; Campanario Pérez, F.
Hospital Río Carrión, Palencia

INTRODUCCIÓN:

La perforación vesical constituye una complicación infrecuente pero grave de la resección transuretral vesical (RTU-V). Las lesiones extraperitoneales suelen tratarse mediante drenaje vesical mientras que las intraperitoneales suelen requerir manejo quirúrgico.

Presentamos un caso en el que la evolución clínica generó dudas sobre la localización de la perforación. Sin embargo, no supuso cambio de la actitud terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso clínico de un varón de 88 años con antecedente de adenocarcinoma de próstata tratado mediante radioterapia 25 años antes que comienza con síntomas de urgencia con incontinencia. En el estudio endoscópico se observó una uretra rígida y estenótica además de múltiples áreas vesicales recubiertas de fibrina.

Tras este estudio se realiza RTU-v con diagnóstico anatomopatológico de cistitis incrustante, sin malignidad.

RESULTADOS:

Tras la RTU-V, el paciente presentó una perforación vesical extraperitoneal objetivada mediante TC y confirmada mediante cistografía, sin evidencia de extravasación intraperitoneal. Inicialmente se realizó manejo conservador mediante sondaje vesical permanente.

Durante la evolución presentó ascitis persistente, realizándose paracentesis cuyo estudio microbiológico fue negativo, con características compatibles con peritonitis bacteriana probablemente secundaria a la perforación vesical pero sin confirmación del origen urinario de la ascitis. Esta evolución planteó dudas sobre la localización de la fuga. Dada la elevada comorbilidad y fragilidad del paciente, junto con la estabilidad clínica durante el ingreso, se decidió mantener la misma estrategia terapéutica.

Ante persistencia de extravasación en controles radiológicos posteriores se realizó derivación urinaria mediante nefrostomías bilaterales. El paciente fue dado de alta estable, manteniendo sonda vesical y ambas nefrostomías.

En la CUMS realizada 6 meses después persistía la fuga vesical.
Aunque la mayoría de las perforaciones vesicales extraperitoneales tras RTU-V responden al tratamiento conservador, es importante realizar seguimiento clínico y radiológico.

En pacientes seleccionados y ante la sospecha de un componente intraperitoneal como es nuestro caso, el manejo conservador puede plantearse cuando no existe peritonitis clíncia, el riesgo quirúrgico es elevado o el paciente se mantiene estable.

Este caso pone de manifiesto la importancia de individualizar cada caso y optar por el mejor manejo para cada paciente.

P-25

Tipo de presentación: ***Póster***

VEJIGA NEURÓGENA DE LARGA EVOLUCIÓN COMPLICADA CON CARCINOMA UROTELIAL MÚSCULO-INFILTRANTE METASTÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Giovanna d'Angelo, Mª; Castroviejo Rojo, F; Valsero Herguedas, E; Bedate Nuñez, Mª; López Rojo, S; Mamolar Herrera, P; Brasa Fuentes, A; Fernández Calatayud, J; Conde Redondo, C; Calleja Escudero, J.
Hospital Clinico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN:
La vejiga neurógena(VN) puede ocasionar complicaciones urológicas graves, incluyendo infecciones urinarias recurrentes(ITU), litiasis, reflujo vesicoureteral(RVU), deterioro del tracto urinario superior y fracaso renal.

La cateterización vesical permanente, especialmente en presencia de inflamación e irritación urotelial crónicas, se ha relacionado con un mayor riesgo de neoplasia vesical. Presentamos un caso de VN de larga evolución con progresión hacia carcinoma urotelial músculo-infiltrante metastásico.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Mujer de 75 años con antecedentes de poliomielitis, mielopatía cervical, estenosis de canal y polineuropatía crónica. En 2018, el estudio urodinámico evidenció hiperactividad neurogénica del detrusor, RVU y residuo postmiccional elevado. Ante la imposibilidad de realizar cateterismos limpios intermitentes por pérdida de destreza manual, se indicó sondaje vesical permanente.

Se realizó revisión retrospectiva de la evolución clínica, pruebas de imagen, cultivos, procedimientos urológicos y resultados anatomopatológicos desde 2018 hasta 2025.

RESULTADOS:
Durante el seguimiento presentó ITU recurrentes, litiasis vesical y progresivo deterioro del tracto urinario superior. En 2023 se objetivó litiasis vesical de aproximadamente 3 cm, inicialmente sin tratamiento por rechazo de la paciente. En agosto de 2024 presentaba ureterohidronefrosis izquierda grado II y litiasis de 21 mm. En enero de 2025 progresó a ureterohidronefrosis bilateral grado III. En abril ingresó por fracaso renal obstructivo, anemia e infección urinaria.

La colocación de catéteres doble J fue inicialmente infructuosa, identificándose una lesión sospechosa en trígono. La biopsia confirmó carcinoma urotelial.

Se realizaron nefrostomías bilaterales y posteriormente resección transuretral, evidenciándose tumor infiltrante extenso en trígono, caras laterales y cúpula vesical, con anatomía patológica compatible con carcinoma urotelial músculo-infiltrante T4M1.

El estudio de extensión mostró lesiones hepáticas compatibles con metástasis. En julio de 2025 se objetivó progresión tumoral con ocupación prácticamente completa de la vejiga, imposibilitando el recambio ureteral. Ante el deterioro clínico y la ausencia de opciones oncológicas activas, se indicó manejo paliativo, falleciendo posteriormente la paciente.

La VN descompensada puede evolucionar hacia complicaciones urológicas graves cuando coexisten cateterización permanente, litiasis e infecciones recurrentes. Este caso pone de manifiesto la importancia de un seguimiento estrecho y de estrategias individualizadas de manejo, con especial atención a la aparición de cambios vesicales sospechosos en pacientes con irritación urotelial crónica.

P-26

Tipo de presentación: ***Póster***

EMBOLIZACIÓN DE RIÑONES POLIQUÍSTICOS: UNA SOLUCIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA A UN PROBLEMA DE ESPACIO.

Fernández Calatayud, J; Pesquera Ortega, L; Alonso Villalba, A.J; D´Angelo, Mª.G; López Rojo, S; Mamolar Herrera, P; Brasa Fuentes, A; López Recio, A; Calleja Escudero, J.

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La poliquistosis renal es la causa más frecuente de nefropatía genética, afectando a 6-10 % de los pacientes en diálisis o trasplantados renales. En esta enfermedad, los quistes producen múltiples síntomas derivados de la rotura, infección o aumento de tamaño de los riñones. Una opción de tratamiento es la embolización de los riñones, en sustitución de la nefrectomía, con el objetivo de aliviar los síntomas, así como de crear espacio para facilitar un trasplante renal de cara al futuro.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 6 pacientes trasplantados renales con poliquistosis renal, a los cuales se realizó embolización, de los últimos 5 años. La embolización se efectuó antes o después del trasplante, dependiendo de la aparición de los síntomas originados por la poliquistosis. El criterio de valoración principal fue el porcentaje de reducción de volumen renal tras embolización, calculado a partir del volumen renal en un TAC de abdomen previo a la embolización y el volumen renal en un TAC de abdomen realizado 3 meses después de la embolización. Además, se registraron la edad, el sexo y el momento de aparición de los síntomas originados por la poliquistosis. La información se obtuvo de la base hospitalaria.

RESULTADOS:

La embolización se evaluó como exitosa, al presentar una considerable pérdida de volumen renal, siendo la media de 44.43%, en 5 de los 6 riñones embolizados. Esta pérdida de volumen renal permitió crear espacio para un futuro trasplante renal. En uno de los riñones, se precisó además de la embolización, nefrectomía, por lo que no se consideró como exitoso. Sin embargo, la embolización de dicho riñón facilitó la realización de la nefrectomía, al haber menor volumen renal y sangrar menos.

CONCLUSIONES: Con los datos mostrados, se podría considerar como una opción seria, la realización de una embolización en sustitución de una nefrectomía. Este cambio de tratamiento permitiría evitar los riesgos que se encuentran asociados a una cirugía mayor como una nefrectomía.

Bibliografía: *Medlineplus.gov [Internet]. [citado 25 septiembre 2026]. Poliquistosis renal. Disponible en: https://www.medlineplus.gov/spanish/ency/article/000502.htm*

P-27

Tipo de presentación: ***Póster***

FALLO DE SLING TRANSOBTURADOR (TOT) EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: A PROPOSITO DE UN CASO.

D'Angelo, Mª-G; Castroviejo Rojo, F; Bedate Nuñez, Mª; Valsero Herguedas, E; López Rojo, S; Mamolar Herrera, P; Brasa Fuentes, A; López Recio, A; Conde Redondo, C; Calleja Escudero, J.
Hospital Clinico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN:
El sling transobturador (TOT) constituye una de las técnicas quirúrgicas más empleadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), con tasas de éxito superiores al 80%. Sin embargo, el fracaso o la persistencia de síntomas puede producirse, especialmente en pacientes con cirugía antiincontinencia previa.

Presentamos un caso de IUE persistente tras dos procedimientos con sling y su resolución mediante colposuspensión laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Mujer de 65 años con IUE severa y repercusión significativa sobre la calidad de vida. Como antecedente destacaba la colocación de un sling MiniArc® en 2016, sin mejoría clínica. Presentaba polaquiuria, urgencia sin incontinencia de urgencia y pérdidas con la deambulación, requiriendo hasta cinco compresas diarias.

En la exploración se objetivó IMC 29, hipermovilidad uretral y test de esfuerzo positivo, con debilidad del suelo pélvico (Oxford 2/5). El estudio urodinámico confirmó IUE, con fuga desde 150 ml y presión abdominal de 90 cmHxO, sin hiperactividad del detrusor. Se descartaron complicaciones de la malla previa mediante uretrocistoscopia.

RESULTADOS:
En marzo de 2025 se realizó colocación de sling TOT. Inicialmente presentó mejoría, reduciendo el uso de compresas a una diaria, aunque persistieron pérdidas ocasionales. Durante el seguimiento mantuvo IUE con tos, ejercicio y deambulación prolongada, requiriendo 2-4 compresas diarias.

El estudio urodinámico postoperatorio confirmó persistencia de IUE, sin hiperactividad del detrusor, obstrucción ni residuo significativo.
Dada la persistencia de hipermovilidad uretral y la ausencia de criterios de deficiencia esfinteriana intrínseca, se valoraron agentes de abultamiento uretral y colposuspensión laparoscópica tipo Burch.

Considerando los antecedentes de dos cirugías vaginales previas y la presencia de material protésico, se optó por abordaje abdominal.
En septiembre de 2025 se realizó colposuspensión laparoscópica.

El fracaso de un TOT requiere una evaluación sistemática para confirmar el mecanismo de incontinencia y descartar complicaciones. La identificación de factores de riesgo y la diferenciación entre hipermovilidad uretral y deficiencia esfinteriana son fundamentales para seleccionar el tratamiento de rescate.

En pacientes con cirugía vaginal previa y persistencia de IUE, la colposuspensión laparoscópica puede constituir una alternativa eficaz.

Tras seis meses de seguimiento, nuestra paciente presenta continencia social, con una compresa diaria por seguridad.

P-28

Tipo de presentación: ***Póster***

RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DEL PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA.

López Sierra, A.; Chinea Arriaga, E.; Armisén Jiménez, C.; Ballesteros Antúnez, J.M.; Polvorinos García, L.; Díaz Romero, J.M.; Sánchez Rodriguez, A.; Fontana Portella, P.; Prieto Nogal, S.B.; Martín Hernández, M.
Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:
La incorporación de la cirugía robótica permite ampliar el espectro quirúrgico, aunque requiere evaluar sus resultados iniciales.

El objetivo fue analizar los resultados perioperatorios, oncológicos y funcionales durante el primer año de implantación en el Complejo Asistencial de Ávila.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Estudio observacional retrospectivo de las intervenciones robóticas realizadas entre mayo de 2025 y mayo de 2026. Se analizaron variables clínicas, perioperatorias, anatomopatológicas y funcionales según el procedimiento.

RESULTADOS:
Se realizaron 42 intervenciones: 29 prostatectomías radicales (69,0%), 7 tumorectomías renales (16,7%), 5 cistectomías radicales (11,9%) y una reparación de fístula vesicovaginal (2,4%).

En prostatectomía radical, el tiempo quirúrgico medio fue 183,1±29,4 minutos, el sangrado 206,4±56,1 mL y la mediana de estancia 2 días. Dieciséis pacientes (55,2%) presentaron enfermedad pT3 y la tasa de márgenes positivos fue 27,6%. En el análisis cronológico, los márgenes positivos disminuyeron del 40% en los primeros cinco procedimientos al 20% en los cinco más recientes.

Se realizó disección intrafascial en 6 pacientes, todos estratificados como ISUP 1 y cT1c. La continencia completa sin compresas se alcanzó en 5/6 (83,3%) y la recuperación de función eréctil en 4/6 (66,7%).

En tumorectomía renal, el tamaño tumoral medio fue 2,6±0,9 cm, el RENAL score 5,4±1,0 y el tiempo de isquemia 24,3±7,7 minutos. La mediana de estancia fue de 2 días, sin márgenes positivos ni complicaciones Clavien-Dindo ≥III. El filtrado glomerular permaneció estable (71,7±24,5 frente a 72,6±23,1 mL/min/1,73 m²), incluyendo dos pacientes monorrenos.

En cistectomía radical, la mediana de tiempo quirúrgico fue 285 [270–360] minutos y el sangrado 300 [250–500] mL, con una diferencia de hemoglobina media de 1,4g/dL. Se realizaron 4/5 (80%) derivaciones extracorporéas tipo Bricker y una ureterostomía cutánea bilateral paliativa en una paciente con diagnóstico cT4a.

El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 9,5 días.

La implantación del programa resultó factible, con resultados perioperatorios favorables, preservación funcional y adecuada seguridad oncológica inicial, observándose una mejora en los datos con la experiencia acumulada.

P-29

Tipo de presentación: ***Póster***

PRESERVACIÓN DEL ARCO DE DOUGLAS EN LA CISTECTOMÍA Y COMPLICACIONES DE LA PARED ABDOMINAL: ACTUALIZACIÓN A MÁS SEGUIMIENTO.

Hernández Usón, A; Diaconu, M.G; Boyero Polo, P; Carrasco García, F; Abascal Veiga, M; Alcubilla García, L.; Vesga Molina, F; Hernández García, J.M; Montero Torres, J; Serrano Bartolomé, J.M.
Hospital Universitario de Burgos

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
Presentamos la actualización, con mayor seguimiento, de una serie de cistectomías recogida inicialmente hasta 2021, en la que se comparaban las complicaciones de la pared abdominal según se preservara o no el arco de Douglas (AD) al confeccionar el estoma. Las complicaciones de pared son frecuentes tras la cistectomía (eventración de línea media hasta en el 26% de los casos, hernia paraestomal en el 20%), y la preservación del AD, que mantiene íntegra la vaina posterior de los rectos, se ha propuesto como factor protector. Nuestro objetivo fue analizar si esta asociación se mantiene con un seguimiento más prolongado (a partir de 6 años).

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio retrospectivo de 44 pacientes intervenidos de cistectomía: 22 con preservación del AD y 22 sin ella. Se registró la presencia de complicación de la pared abdominal (eventración, hernia paraestomal o umbilical). Se calculó el riesgo relativo (RR) con IC 95% y el test exacto de Fisher.

RESULTADOS:
Mediana de seguimiento de 67 meses con preservación y 50 sin ella. Presentaron complicación de pared 12 pacientes (54,5%) sin preservación frente a 6 (27,3%) con preservación (RR 2,00; IC 95% 0,92-4,37; p = 0,124). En ambos grupos la complicación más frecuente fue la eventración.
Se encontró que 3 de los 22 pacientes con preservación precisaron una laparotomía posterior a 2021 por otra causa ajena a la cistectomía y en dos de ellos el episodio de eventración se atribuye a esa segunda cirugía.
En el subgrupo con seguimiento ≥6 años (19 pacientes) la tendencia se mantuvo (70% frente a 22,2%; RR 3,15; IC 95% 0,87-11,4; p = 0,070).

CONCLUSIONES:
Considerando la preservación del AD como única variable, se aprecia una tendencia a menor complicación de la pared abdominal, sin alcanzar significación estadística por el reducido tamaño muestral.

Esta asociación puede estar además influida por otros factores no controlados, como el estado nutricional u otras cirugías abdominales.

P-30

Tipo de presentación: ***Póster***

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL SISTEMÁTICA: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO Y COMPARACIÓN CON LA EVIDENCIA MÁS RECIENTE.

Gómez Sanz, V; Beddar Chaib, F; Sendrós Gálvez, Mª;
López de la Manzanara Pérez, J.M; Jiménez Domínguez, A.C;
Martínez Pinilla Wilmer, G; Marfil Peña, C; Marrón Penón, Mª.C;
Guinda Sevillano, C.E; Arnaiz Esteban, J.F.
Hospital Universitario Santa Bárbara

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

La biopsia prostática transperineal ecodirigida (BPTED) se ha consolidado como alternativa a la vía transrectal, aunque su posible ventaja diagnóstica continúa siendo objeto de debate. Los ensayos aleatorizados más recientes no han demostrado diferencias consistentes en la detección del cáncer clínicamente significativo (csPCa) entre ambos abordajes en estrategias basadas en resonancia magnética (RM).

Nuestro objetivo fue evaluar el rendimiento diagnóstico de la BPTED sistemática en nuestra práctica clínica y compararlo con la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron 101 BPTED sistemáticas realizadas a 97 pacientes con indicación diagnóstica. Se definió csPCa como ISUP ≥2. La mediana de edad fue 71 años y la del PSA 7,8ng/ml. La mediana de cilindros fue 14 (RIC 12–14). En 99/101 procedimientos no se había realizado RM previa. Se calcularon tasas de detección e IC95% mediante bootstrap percentil con 2.000 réplicas agrupadas por paciente y se realizó un análisis de sensibilidad limitado a una biopsia por paciente.

RESULTADOS:

Se detectó cáncer en 56/101 biopsias (55,4%; IC95% 46,0–65,3) y csPCa en 30/101 (29,7%; IC95% 20,8–39,0). Entre los csPCa, 23/30 (76,7%) fueron ISUP 4–5. En el análisis limitado a una biopsia por paciente, las tasas permanecieron prácticamente invariables: 55,7% para cualquier cáncer y 28,9% para csPCa.

La tasa de csPCa se situó próxima a la comunicada en series contemporáneas de BPTED sistemática sin RM, mientras que los ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECA) con estrategias basadas en RM muestran tasas superiores, pero sin diferencias significativas entre transperineal y transrectal.

CONCLUSIONES:
La BPTED sistemática mostró en nuestra cohorte una tasa de detección de csPCa cercana al 30%. Los resultados son concordantes con series publicadas de BPTED sistemática sin RM previa.

Las diferencias respecto a las mayores tasas comunicadas en ensayos recientes deben interpretarse considerando la selección mediante RM y el uso de biopsia dirigida.

Nuestros resultados respaldan el rendimiento diagnóstico de la BPTED sistemática, sin permitir establecer superioridad respecto a la vía transrectal.

Comunicaciones

P-31

Tipo de presentación: ***Póster***

SEGURIDAD DE LA BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSPERINEAL SIN PROFILAXIS ANTIBIÓTICA: EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO Y COMPARACIÓN CON LA EVIDENCIA MÁS RECIENTE.

Gómez Sanz, V; Beddar Chaib, F; Sendrós Gálvez, Mª;
López de la Manzanara Pérez, J.M; Jiménez Domínguez, A.C;
Martínez Pinilla Wilmer, G; Marfil Peña, C; Marrón Penón, MªC;
Guinda Sevillano, C.E; Arnaiz Esteban, J.F.
Hospital Universitario Santa Bárbara

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:
La biopsia prostática transperineal ecodirigida (BPTED) evita el paso de la aguja a través de la mucosa rectal y permite potencialmente prescindir de la profilaxis antibiótica. Ensayos aleatorizados recientes han comunicado tasas muy bajas de infección con esta estrategia.

Nuestro objetivo fue evaluar las complicaciones asociadas a la BPTED sin profilaxis antibiótica en nuestra práctica clínica y comparar los resultados con la evidencia disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se analizaron 129 BPTED correspondientes a 108 pacientes; siendo evaluables para seguridad 123 procedimientos de 104 pacientes. La mediana de edad fue 68 años, la mediana de PSA fue 7,7 ng/ml y la mediana de cilindros obtenidos de 14 (RIC 12–16).

Ninguno de los 123 procedimientos recibió profilaxis antibiótica.
Se analizaron complicaciones globales, infección, hematuria, retención urinaria e ingresos hospitalarios atribuibles. Los IC95% se estimaron mediante bootstrap percentil con 2.000 réplicas agrupadas por paciente, realizándose un análisis de sensibilidad limitado a una biopsia por paciente.

RESULTADOS:
Se registró alguna complicación en 10/123 biopsias (8,1%; IC95% 3,4–13,2%). La hematuria significativa ocurrió en 6/123 (4,9%), la retención urinaria en 3/123 (2,4%) y únicamente se registró una complicación infecciosa (0,8%; IC95% 0–2,6%).

Dos procedimientos (1,6%) requirieron ingreso hospitalario. La restricción a una biopsia por paciente mostró resultados similares, con una tasa global de complicaciones del 7,7% y de infección del 1,0%.

La baja incidencia infecciosa sin profilaxis resulta concordante con la evidencia contemporánea; PREVENT comunicó 0 infecciones entre 372 BPTED sin antibióticos frente a 1,6% tras biopsia transrectal con profilaxis dirigida.

CONCLUSIONES:
La BPTED sin profilaxis antibiótica mostró en nuestra experiencia una tasa de infección inferior al 1%, siendo las complicaciones fundamentalmente no infecciosas.

Estos resultados, concordantes con la evidencia contemporánea, respaldan la viabilidad de prescindir de la profilaxis antibiótica en la biopsia transperineal y su potencial contribución a las estrategias de uso responsable de los antimicrobianos.

P-32

Tipo de presentación: ***Póster***

VALOR PRONÓSTICO COMPARATIVO ENTRE EL PET-TAC PSMA Y LA GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO.

Sánchez Moyano, C; Camello Aparicio, C; Villaoslada Fuentes, C; Sánchez Sánchez, P; Cubillo Jiménez, J; Salvatierra Salvatierra, J; Alonso Bragado, J; Herrero Garrido, M; Agudo Andrés, N; Lorenzo Gómez, M.F.
Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:
La estadificación metastásica precisa resulta fundamental para anticipar el pronóstico y el riesgo de recaída en el cáncer de próstata de alto riesgo. Si bien la gammagrafía ósea (GGO) se ha empleado tradicionalmente para descartar metástasis óseas, el PET-TAC PSMA ha demostrado mayor sensibilidad diagnóstica. El objetivo fue evaluar y comparar el valor pronóstico independiente de la gammagrafía ósea y del PET-TAC PSMA en la supervivencia libre de progresión de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Estudio observacional retrospectivo en 258 pacientes del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Se constituyeron cuatro cohortes según los resultados radiológicos: GBSpos (n=48), GBSneg (n=121), GPSMApos (n=55) y GPSMAneg (n=34). Se evaluó la supervivencia libre de progresión mediante el modelo multivariante de riesgos proporcionales de Cox para la gammagrafía ósea y mediante el análisis de supervivencia univariante de Kaplan-Meier (prueba de Log-Rank/Mantel-Cox) para el PET-PSMA.

RESULTADOS:
La supervivencia global de la serie fue del 98.84% con un seguimiento medio de 10.83 meses. Histológicamente predominaron las gradaciones ISUP 5 (27.52%) e ISUP 4 (26.36%). En la estadificación patológica, el grupo GPSMApos presentó mayor detección de afectación ganglionar (pN1: 72.73% vs. 35.42% en GBSpos; p=0.0002), mientras que GBSpos presentó una proporción significativamente superior de afectación ósea avanzada (pM1b: 85.42% vs. 32.73% en GPSMApos; p=0.0001).

En el modelo multivariante de Cox, la gammagrafía ósea positiva no se comportó como un predictor independiente de progresión clínica (HR 0.271; IC 95%: 0.029–2.552; p=0.254). Por el contrario, el análisis de Kaplan-Meier demostró que un resultado positivo en el PET-TAC PSMA se asoció de forma estadísticamente significativa con un tiempo menor hasta la progresión de la enfermedad ($chi^2 = 5.361$; p=0.021).

P-33

Tipo de presentación: ***Póster***

CAMBIOS EN LOS TRAUMATISMOS UROLÓGICOS A LO LARGO DEL TIEMPO EN UNA SERIE HISTÓRICA EN UN HOSPITAL DE NIVEL 4.

Herrero Garrido, M.; Betancort Martínez, A.; Sánchez Sánchez, P.; Cubillo Jimenez, J.; Salvatierra Salvatierra, J.; Sánchez Moyano, C.; Alonso Bragado, J.; Sacramento Herrero, M.; Agudo Andrés, N.; Lorenzo Gómez, M.F.

Servicio de Urología, Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

Los traumatismos genito-urinarios constituyen, desde hace muchos años, una parte importante de la urgencia urológica. Engloban lesiones heterogéneas según el órgano afectado y el mecanismo de acción, y requieren un diagnóstico y tratamiento individualizado.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se realiza un estudio retrospectivo con 557 pacientes atendidos en un hospital de nivel IV durante los últimos 25 años. Se dividen en 3 grupos según el periodo de atención:

- GP1: 243 pacientes. Periodo 2000-2008
- GP2: 198 pacientes. Periodo 2009-2016
- GP3: 116 pacientes. Periodo 2017-2025

Se analizan los cambios en el perfil del paciente, el tipo de traumatismo, la localización y el tratamiento recibido.

RESULTADOS:

• Se objetiva un aumento de edad en los pacientes con traumatismos urológicos. En GP1 la media de edad es de 52 años, siendo en GP2 y GP3 de 68 años. El 77% de pacientes son varones, observando un incremento de traumatismos en mujeres en GP1 (30%)

• El 67% de los traumatismos son espontáneos, sin diferencias a lo largo del tiempo.

• En los traumatismos espontáneos, la localización más frecuente es el riñón (35%), seguido de la uretra (20.64%), la vejiga (19.03%), los genitales masculinos (15.55%) y el uréter (9.65%).

• En los traumatismos iatrogénicos el orden de prevalencia es uretra 28.80%; riñón 28.80%; vejiga 26.09%, genitales masculinos 14.13% y uréter 10.33%.

• De forma global, en los traumatismos espontáneos se aplica tratamiento quirúrgico en un 33% de casos, cirugía urgente en un 18% y diferida en un 15%.

• En los traumatismos iatrogénicos se aplica tratamiento quirúrgico en el 50.54% de casos, la cirugía urgente en el 26.63% y diferida en el 23.91%.

• En el grupo GP1 aumenta la cirugía urgente en los traumatismos iatrogénicos.

• En el grupo GP3 destaca el tratamiento conservador para los traumatismos espontáneos.

• En GP3 aumenta la cirugía diferida (31%) respecto a GP2 (17%) y GP3 (10%).

• La cirugía diferida se utiliza menos en los traumatismos vesicales y ureterales de forma global.

P-34

Tipo de presentación: ***Póster***

TUMOR FIBROSO SOLITARIO RENAL CON METÁSTASIS METACRÓNICA GANGLIONAR – CASO CLÍNICO.

Padilla Fernández, B.Y.; Piñero Sánchez, J.; Mendoza Segura, Y.M.; Soto Rodríguez, J.L.; García Gómez, F.; Herranz Arriero, A.; García Santos, J.J.; Arqued Sanagustín, J.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cruz Guerra, N.A.
Hospital Virgen de la Concha, Zamora

INTRODUCCIÓN:
Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son neoplasias mesenquimales poco frecuentes, habitualmente localizadas en la pleura, con un pronóstico favorable en aproximadamente el 90% de los casos. Presentamos un caso de TFS localizado en el riñón derecho, con metástasis ganglionar torácica metacrónica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Mujer de 69 años, con antecedente de carcinoma pulmonar mucinoso diagnosticado 2 años antes, remitida al Servicio de Urología por una masa renal asintomática de 6 cm en el riñón derecho, detectada durante un seguimiento periódico. El análisis histológico informó de una neoplasia mesenquimal compatible con TFS.

Treinta y nueve meses después, una tomografía computarizada (TC) reveló una adenopatía retrocardíaca alargada, adyacente al pericardio. Se realizó una biopsia endoscópica transesofágica, que evidenció una proliferación monomorfa de células fusiformes, positiva para CD34 y STAT6, compatible con metástasis ganglionar del TFS.

CONCLUSIÓN:
Se recomienda realizar un seguimiento a largo plazo de los TFS renales, incluso cuando no se evidencien metástasis ganglionares o a distancia en el momento del diagnóstico inicial.

Palabras clave: Riñón; metástasis linfática; tumores fibrosos solitarios.

P-35

Tipo de presentación: ***Póster***

HEMANGIOMA SINUSOIDAL ANASTOMOSANTE – CASO CLÍNICO

Padilla Fernández, B.Y.; Mendoza Segura, Y.M.; Soto Rodríguez, J.L.; García Gómez, F.; Herranz Arriero, A.; García Santos, J.J.; Arqued Sanagustín, J.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cruz Guerra, N.A.
Hospital Virgen de la Concha, Zamora

INTRODUCCIÓN:
Los tumores renales son el 5º cáncer más frecuente en varones en Europa, siendo aproximadamente el 4% en 2020. Aunque los tumores renales de tipo células claras son los más frecuentes y mejor caracterizados, a veces nos encontramos con tipos histológicos menos comunes.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Descripción de un caso clínico inusual.

PRESENTACIÓN DEL CASO:
Varón de 49 años, en seguimiento en Consultas Externas de Urología tras detección incidental de masa renal izquierda 5 años antes y crecimiento lento. En seguimiento on ecografía y RM, sugiere como primera posibilidad oncocitoma aunque no puede descartarse carcinoma de células renales de tipo células claras. Tras control durante 5 años, durante los cuales la masa aumenta de 12 a 21 mm de diámetro mayor, se indica tumorectomía renal. En el acto quirúrgico no se evidencia claro plano de disección con el parénquima renal, y ante la sospecha de lesión residual en el lecho, se decide nefrectomía radical izquierda. El análisis histopatológico describe una formación nodular de 2,3x1,5 cm de centro grisáceo, localizada en tercio medio externo del riñón izquierdo, que se informa como hemangioma sinusoidal anastomosante, sin invasión linfovascular ni perineural, y de bordes libres. Tras 2 años de seguimiento, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

Se trata de una neoplasia vascular benigna extremadamente infrecuente del riñón, caracterizada por una proliferación de canales vasculares sinusoidales que presentan un patrón de crecimiento anastomosante, in una clara predilección por el sexo. Se considera una lesión benigna, sin evidencia de comportamiento metastásico; no obstante, su reconocimiento es importante porque puede presentar características morfológicas que planteen dudas con lesiones vasculares malignas.

CONCLUSIONES:
El hemangioma sinusoidal anastomosante renal es una entidad poco frecuente pero de carácter benigno, que plantea dificultades en el diagnóstico diferencial de las masas renales.

P-36

Tipo de presentación: ***Póster***

CURVA DE APRENDIZAJE EN LA ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LÁSER: ANÁLISIS PRELIMINAR DE UNA SERIE DE UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL.

Sánchez Moyano, C; Cubillo Jiménez, J; Sánchez Sánchez, P; Salvatierra Salvatierra, J; Herrero Garrido, M; Alonso Bragado, J; Sacramento Herrero, M; Eguíluz Lumbreras, P; Herrero Polo, M; Lorenzo Gómez, M.F.

Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

La enucleación prostática mediante láser constituye una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata, aunque su implementación presenta una curva de aprendizaje relevante. El objetivo fue analizar la evolución de los resultados perioperatorios y las complicaciones durante la introducción de esta técnica en un hospital de cuarto nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio observacional retrospectivo de los 100 primeros pacientes sometidos a enucleación prostática mediante láser en un hospital de cuarto nivel. Se analizaron variables demográficas, características prostáticas, comorbilidad, tratamiento anticoagulante/antiagregante, sondaje previo, tipo de láser, parámetros perioperatorios y complicaciones postoperatorias. La curva de aprendizaje se evaluó según el número consecutivo de procedimiento. Las variables cuantitativas se expresaron como media ± desviación estándar o mediana y rango intercuartílico según su distribución, y las cualitativas como frecuencias y porcentajes. La asociación entre experiencia y variables cuantitativas se analizó mediante correlación de Spearman y modelos de regresión, mientras que para las variables cualitativas se emplearon las pruebas χ^2 o exacta de Fisher y regresión logística. Se realizaron análisis multivariantes ajustando por potenciales factores de confusión. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p<0,05$

RESULTADOS:

Se incluyeron 100 pacientes, con una edad media de 73,2 ± 9,6 años y un volumen prostático medio de 54,6 ± 12,3. El 40,4% presentaba ASA III y el 23,4% recibía tratamiento antiagregante o anticoagulante. Se utilizó láser Holmium en 37 pacientes (37%) y Thulium en 63 (63%). La mediana de días de sondaje fue de 3 días y la estancia hospitalaria de 1 día, sin observarse una reducción estadísticamente significativa en función del número consecutivo de procedimiento (χ=0,198; p=0,183 y χ=-0,213; p=0,151, respectivamente). No se registraron transfusiones ni conversiones a cirugía abierta.

P-37

Tipo de presentación: ***Póster***

ESTUDIO PRE-POSTINTERVENCIÓN DE LA ADMINISTRACIÓN DE BETADINE RECTAL PREVIO A BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL.

Padilla Fernández, B.Y.; Mendoza Segura, Y.M.; Soto Rodríguez, J.L.; García Gómez, F.; Herranz Arriero, A.; García Santos, J.J.; Arqued Sanagustín, J.; Gómez Aristizábal, A.L.; Cruz Guerra, N.A.
Hospital Virgen de la Concha, Zamora

INTRODUCCIÓN:

La translocación de gérmenes desde el tracto digestivo a la próstata durante la biopsia transrectal (BTR) puede derivar en una sepsis post-BTR. Buscamos demostrar que la administración de povidona yodada como método adyuvante de profilaxis no antibiótica antes de la BTR reduce esta complicación.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio cuasiexperimental pre-postintervención de pacientes sometidos a BTR ambulatoria por sospecha clínica de cáncer de próstata. Profilaxis antibiótica según recomendación por el Servicio de Infectología del hospital y preparación rectal con enema Casen.

Intervención del estudio: Irrigación de 20ml de una solución de povidona yodada al 50% a plena fuerza 5 minutos antes de la introducción del ecógrafo para realizar la BTR. Se comparan los resultados de 100 pacientes post-intervención (Grupo A) con un grupo de 100 pacientes biopsiados el año anterior sin administración de povidona yodada transrectal (Grupo B).

RESULTADOS:

	Grupo A	**Grupo B**
Edad media (rango), años	68 (44-91)	69 (50-84)
PSA medio (rango), ng/ml	37,16 (2,26-1527)	15,5 (4,18-520)
Vol prostático medio (rango), cc	47,9 (14-139)	48 (14-196)
Profilaxis con amoxicilina/clav, n **- cefuroxima, n** **- ciprofloxacino, n** **- cotrimazol, n**	92 6 2 -	98 - 1 1
Infección tracto urinario, %	4	8
Orquitis, %	-	1
Hematuria, %	47	4
Rectorragia, %	9	-
Hematospermia, %	29	1
STUI, %	11	3
RAO, %	1	-

• **Grupo A:** 4% ITU, precisando todas ingreso hospitalario y habiendo recibido amox/clav profiláctico. Los 4 hemocultivos fueron positivos para *E.coli* (3 resistentes a amox/clav, 1 a ciprofloxacino). 3 urinocultivos positivos para *E.coli* , uno negativo. Otro ingreso por hematuria, cistoscopia concomitante, no ITU.

• **Grupo B:** 8% ITU, precisando todas ingreso hospitalario y habiendo recibido amox/clav profiláctico. 4 hemocultivos positivos para *E.coli* (2 resistentes a amox/clav, 2 sin resistencias). 8 urinocultivos positivos para *E.coli* (2 con más microorganismos), 2 con resistencia a amox/clav y otros 2 con resistencias a otros Ab.

Otras complicaciones: Dado que en el grupo A se realiza anamnesis dirigida, se detectaron más casos de sangrado uretral y rectal, aunque no condicionaron mayor tasa de ingresos.

CONCLUSIONES:
La irrigación transrectal de una solución de povidona yodada previo a la biopsia reduce al 50% la incidencia de complicaciones infecciosas.

V-38

Tipo de presentación: ***Vídeo***

NEFRECTOMÍA RADICAL COMO OPCIÓN FINAL DE TRATAMIENTO EN PACIENTE DE 70 AÑOS CON PIONEFROSIS ASINTOMÁTICA Y DIAGNÓSTICO DE COLECCIÓN RENAL MAYOR A 20 CM.

Roca i Pèlach, I; Yagüe Barrado, M; Rodríguez Cuevas, Ó.O; Mas Lucas, R.M; Muiña Ramil, S; Moya Villalvilla, I; Bermúdez Villaverde, R; Gallego Matey, Á; Muñoz Delgado, Mª B; Sanz Sacristán, F.J.
Complejo Asistencial de Segovia

INTRODUCCIÓN:
La pionefrosis es una infección del tracto urinario, en la que generalmente debido a una oclusión parcial/total del uréter, se acumula material purulento en el sistema pielocalicilal. Puede ser una complicación de una pielonefritis, o bien de un cálculo renal. El diagnóstico debe ser realizado de forma precoz, ya que esta enfermedad puede evolucionar a un shock séptico.

El tratamiento de elección es la evacuación del material purulento, generalmente mediante una nefrostomía percutánea, asociándose tratamiento antibiótico. A pesar de que el abordaje mínimamente invasivo tiene muchas ventajas, no siempre es viable realizar un drenaje percutáneo completo.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se presenta el caso de un paciente de 70 años con antecedentes de: carcinoma de próstata metastásico en tratamiento con docetaxel y triptorelina (tratamiento de segunda línea, desde octubre/2025), y múltiples episodios de cólico renoureteral en el pasado, con doble sistema bilateral completo en lado izquierdo e incompleto en el derecho.

En consulta de revisión de Oncología y según TAC de control, aparición de colección perirenal derecha (60x126x234mm) y marcada hidroureteronefrosis derecha secundaria a litiasis coraliforme y ureterolitiasis derecha conocida. Ingresa a cargo de Urología para derivación urinaria y drenaje de colección.

RESULTADOS:
Se plantea derivación mediante nefrostomía percutánea derecha y drenaje percutáneo de colección perirrenal. Debido al gran tamaño, no es posible diferenciar la colección del bolsón hidronefrótico, a pesar de control ecográfico, radiológico y pielografía.

Por todo ello se coloca: nefrostomía sobre pielón superior y nefrostomía sobre pielón inferior con objetivo de drenaje y lavado de cavidad.

Ante evolución tórpida, se procede a una nefrectomía radical derecha laparoscópica, según técnica habitual; acceso al retroperitoneo con identificación y disección de estructuras nobles.

El informe de anatomía patológica informa de pielonefritis aguda purulenta, con cambios crónicos-xantogranulomatosos asociados.

La nefrectomía puede ser una de las opciones terapéuticas en caso de pionefrosis, pudiéndose realizar de forma segura y exitosa con ventajas evidentes para los riñones no funcionantes, con modificaciones en el abordaje en los casos muy difíciles.

V-39

Tipo de presentación: ***Vídeo***

REIMPLANTE URETERAL DERECHO ROBÓTICO DE MEGAURÉTER OBSTRUCTIVO PRIMARIO.

Sánchez Sánchez, P.; Cubillo Jiménez, J.; Sánchez Moyano, C.; Salvatierra Salvatierra, J; Alonso Bragado, J.; Herrero Garrido, M.; Agudo Andrés, N.; Martín Parada, A.; Polo López, C.A.; Lorenzo Gómez M.F.
Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:

El megauréter obstructivo primario es la segunda causa más frecuente de uropatía obstructiva congénita. Afecta fundamentalmente a varones neonatos y en edad infantil, siendo una entidad poco frecuente en adultos. Se trata de una anomalía congénita intrínseca del uréter distal consistente en un segmento aperistáltico que condiciona una obstrucción al flujo urinario. Suele ser unilateral, aunque en el 20% de los casos aparece bilateralmente.

Actualmente, el manejo preferido en la infancia es el conservador debido a la maduración progresiva del segmento ureteral patológico durante los primeros años de vida y los criterios quirúrgicos no están bien definidos.

No obstante, en pacientes sintomáticos y con complicaciones secundarias a la obstrucción crónica, tales como infecciones del tracto urinario, fallo renal o litiasis de repetición hay que considerar un manejo más activo. Además, se debe tener en cuenta que en los adultos la resolución espontánea es menos frecuente.

El reimplante ureteral con exéresis o modelaje del megauréter ha demostrado muy buenas tasas de éxito, de en torno al 90%. La técnica laparoscópica y robótica son mínimamente invasivas, con beneficios en estética, morbilidad y tiempo de hospitalización. Destacar también, que el tratamiento endoscópico ha ganado popularidad, sobre todo en lactantes y niños.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Vídeo. Reimplante ureteral derecho robótico con Psoas Hitch y exéresis de megauréter en mujer de 19 años con doble sistema ureteral derecho completo y megauréter obstructivo primario ipsilateral con debut de sepsis urinaria.

RESULTADOS:

El tiempo quirúrgico fue de 2h, sin presentarse complicaciones intraoperatorias. La paciente presentó una infección urinaria en el postoperatorio inmediato y fue dada de alta tras cuatro días de ingreso. Se mantuvo la sonda vesical una semana y el catéter doble jota un mes.

CONCLUSIONES:
El reimplante ureteral robótico constituye una opción terapéutica que ofrece buenos resultados para el tratamiento del megauréter obstructivo primario sintomático, incorporando el beneficio de la cirugía mínimamente invasiva.

No obstante, se trata de un procedimiento técnicamente exigente que requiere cirujanos experimentados.

Palabras clave: Megauréter obstructivo primario. Uropatía obstructiva. Reimplante ureteral.

V-40

Tipo de presentación: ***Vídeo***

DEL ULTRASONIDO A LA RESECCIÓN: TUMORECTOMÍA RENAL ASISTIDA POR ROBOT.

Muiña Ramil, S; Mas Lucas, R.M; Rodriguez Cuevas, Ó.O; Roca I Pelach, I; Gómez Padrones, C; Yagüe Barrado, M; Moya Villalvilla, I; Muñoz Delgado, Mª B; Bermúdez Villaverde, R; Sanz Sacristán, F.J.
Complejo Asistencial Universitario de Segovia

INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de las masas renales localizadas busca la máxima preservación de parénquima renal sano al mismo tiempo que una resección adecuada para llevar a cabo un óptimo tratamiento oncológico.

En este contexto, la cirugía robótica permite una elevada precisión durante la resección y facilita la realización de procedimientos conservadores. Además, la incorporación de la ecografía intraoperatoria añade información en tiempo real sobre la localización y extensión de la lesión, dando un aporte de seguridad al procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta un paciente con una masa renal izquierda de carácter exofítico de unos 4 cm con localización en polo superior. Diagnóstico incidental durante su seguimiento por cáncer de próstata. Se realiza tumorectomía renal asistida por sistema Da Vinci® describiendo los aspectos técnicos más relevantes y con el empleo de ecografía intraoperatoria como apoyo en el procedimiento.

RESULTADOS:

El uso de ecografía intraoperatoria permitió la valoración detallada de la masa renal durante la intervención, identificando su localización y relación con el parénquima renal. Así mismo sirviendo de guía para una correcta orientación del plano de resección.

La intervención se completó consiguiendo la resección completa de la lesión con márgenes quirúrgicos negativos y una adecuada preservación del parénquima. El tiempo de isquemia caliente fue de 9 minutos y no se registraron complicaciones intraoperatorias.

A pesar de las características radiológicas observadas en la tomografía computarizada que planteaban inicialmente la sospecha de carcinoma renal de células claras, el estudio anatomopatológico identificó la lesión como un oncocitoma renal. La tumorectomía permitió individualizar la resección de esta masa renal y el apoyo de la ecografía intraoperatoria supuso una guía para una resección ajustada a sus características anatómicas.

V-41

Tipo de presentación: ***Vídeo***

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PIELONEFRITIS SEVERA: TÉCNICA Y CONTROL VASCULAR EN CAVIDAD INFLAMATORIA HOSTIL.

Mas Lucas, R.M; Muiña Ramil, S; Rodríguez Cuevas, Ó.O; Roca i Pelach, I; Gómez Padrones, C; Yagüe Barrado, M; Gallego Matey, Á; Fernández-Ordóñez Machimbarrena, S; Bermúdez Villaverde, R; Sanz Sacristán, F.J.
Complejo Asistencial de Segovia

INTRODUCCIÓN:
La nefrectomía radical laparoscópica es una alternativa terapéutica en casos de infección renal grave con destrucción funcional del órgano, especialmente cuando existe sepsis persistente pese a derivación urinaria. Presentamos el caso de una paciente con pielonefritis aguda derecha extensa y evolución tórpida, que requirió nefrectomía radical.

El vídeo muestra los aspectos técnicos más relevantes del procedimiento y la resolución de una complicación vascular.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Paciente mujer de 60 años ingresada por cólico renal derecho complicado, con litiasis ureteral distal de 3 mm, pielonefritis aguda extensa y sepsis con trombopenia por consumo, coagulopatía y fracaso renal agudo.
Tras derivación urinaria con catéter doble J y empeoramiento clínico, se indicó nefrectomía radical urgente.

El procedimiento se registró mediante grabación laparoscópica en alta definición, documentando los momentos clave del abordaje y la disección.

RESULTADOS:
La exploración laparoscópica evidenció un contexto inflamatorio severo, con abundante líquido libre de aspecto exudativo y peritoneo ampliamente tapizado de fibrina, hallazgos compatibles con infección avanzada. Seobservaron adherencias y distorsión anatómica propias de la pielonefritis extensa.

Durante la disección del pedículo renal se produjo la apertura de una vena, que se controló mediante obliteración directa sin repercusión hemodinámica ni necesidad de medidas adicionales. La nefrectomía radical se completó sin otras incidencias relevantes y con adecuada hemostasia final.

El vídeo muestra los elementos técnicos más representativos del procedimiento, incluyendo la exposición del pedículo inflamado y la resolución de la complicación vascular.

CONCLUSIONES:
La nefrectomía radical laparoscópica es eficaz en pielonefritis complicada con destrucción funcional renal y sepsis persistente.

El vídeo ilustra los pasos esenciales de la técnica en un contexto inflamatorio complejo, destacando la importancia de la disección meticulosa y del manejo seguro de complicaciones vasculares menores.

Este caso ejemplifica la utilidad del abordaje laparoscópico en situaciones de infección grave con destrucción funcional del órgano.

V-42

Tipo de presentación: ***Vídeo***

ABORDAJE ROBÓTICO DE TUMOR RENAL CON TROMBO EN VENA SEGMENTARIA: NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA.

Macarro López de la Torre, G; Vallejo García, P; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; García Arias, A.E; Valle López, A; Lara Pérez, F.M; Valverde Martínez, L.S; Manso Aparicio, C; Cepeda Delgado, M.
Hospital Universitario Rio Hortega

INTRODUCCIÓN:
La nefrectomía parcial de masas renales tiene como objetivo la exéresis completa de los tumores preservando el parénquima renal sano, sin exponer al paciente a riesgos intraoperatorios o postoperatorios graves. El objetivo de nuestro trabajo es presentar el abordaje quirúrgico en un paciente con 2 masas renales derechas.

MATERIAL Y MÉTODO:
Se presenta el caso de un varón de 66 años con antecedentes de enfermedad renal crónica estadio IV A3 secundaria a nefropatía IgA con creatinina de 3.1 mg/dL y filtrado glomerular (FG) de 20 mL/min/1,73m^2. Como hallazgo incidental de una tomografía axial computarizada (TAC) se objetivan dos masas solidas de márgenes definidos y centro hipodenso a nivel de la valva anterior y polo inferior del riñón derecho, con un tamaño de 45 x 35 mm y 45 x 61 mm, respectivamente. Además, existe una masa sólida en la glándula suprarrenal izquierda de 48 x 49 mm por lo que se realizó previamente una suprarrenalectomía izquierda con resultado compatible con metástasis de carcinoma renal de células claras. Posteriomente, el paciente es programado para realización de nefrectomía parcial asistida por Robot Da Vinci X, mediante abordaje transperitoneal. Se emplearon cuatro trócares robóticos y dos auxiliares (12mm y 5mm).

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 275 minutos, con un tiempo de isquemia de 38 minutos. El descenso de hemoglobina postoperatorio fue de 2,5 mg/dL. Presentando una creatinina postoperatoria de 4,84 mg/dL y un FG <15 mL/min/1,73m^2. La anatomía patológica de las dos lesiones resultó compatible con carcinomas renales de células renales (mpT1b), con bordes quirúrgicos libres. El paciente no requirió tratamiento renal sustitutivo tras la intervención. Actualmente, está pendiente de valoración para inicio de tratamiento sistémico con inmunoterapia.

CONCLUSIÓN:
La nefrectomía parcial múltiple asistida por robot es una técnica segura y efectiva para pacientes con múltiples tumores renales ipsilaterales en manos experimentadas en combinación con tecnología avanzada.

V-43

Tipo de presentación: ***Vídeo***

USO DE VAINA ASPIRATIVA EN LITIASIS PIELICAS MULTIPLES.

Cuellar Martín, L.A.; Zamora Horcajada, A.; Ruano Mayo, A.; Herranz Arriero, A.; Sierrasesumaga Martin, N.; D'Angelo, M.G.; Lopez Rojo, S.; Mamolar Herrera, P.; Martín Martón, S.; Torrecilla García-Ripoll, J.R.

H. Medina del Campo, H. Virgen de la Concha, H. Universitario Rio Hortega, H. Clinico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN:
Dentro de los diferentes medios disponibles en la Endourología se encuentran las vainas aspirativas. Estas vainas permiten la retirada tanto de material en suspensión como fragmentos de pequeño tamaño, pudiendo facilitar la cirugía y mejorar sus resultados.

OBJETIVO:
Presentar le método y resultados de una vaina aspirativa en una cirugía retrógrada intrarrenal (RIRS).

MATERIAL Y MÉTODOS:
Varón de 81 años que acude a Urgencias del Hospital de Medina del Campo por un cuadro de 12-18h de evolución de cólico renal complicado asociado a fiebre. El TC urgente evidencia una urterohidronefrosis izquierda grado II secundaria a lito de 8mm en la unión pieloureteral. Dado los hallazgos se decide colocación urgente de catéter JJ. Tras una evolución favorable el paciente es dado de alta al tercer día posoperatorio. Se propone al paciente la realización de RIRS, que se programará 4 meses después.

RESULTADOS:
El procedimiento quirúrgico duró 65 minutos. Tras la retirada previa del catéter JJ se comprueba adecuado calibre y complaciencia ureteral con ureteroscopio semirrígido. Se asciende vaina ureteral ClearPetra® 11-13Ch 46cm hasta cavidades renales. Usando ureterorrenoscopio flexible desechable se inspeccionan cavidades y se objetivan 2 litiasis piélicas de 9 y 6mm. Se procede la fragmentación con láser TFL y aspiración progresiva de fragmentos a través de la vaina. Se objetiva la ausencia de restos por lo que se finaliza el procedimiento con la colocación de JJ con hilos a retirar en una semana. Tras una evolución posoperatoria favorable el paciente es dado de alta el día siguiente. El análisis del cálculo reveló una composición de ácido úrico. Encontrándose el paciente asintomático, el TC de control a los 2 meses reveló ausencia de fragmentos.

CONCLUSIÓN: El uso de vainas aspirativas puede ser de gran utilidad, especialmente en litiasis de gran tamaño y de localización piélica.

V-44

Tipo de presentación: ***Vídeo***

DOBLE MANIOBRA ROBÓTICA PARA LA FÍSTULA URETEROVAGINAL IATROGÉNICA: RESECCIÓN-REIMPLANTE URETERAL Y OCLUSIÓN TRANSVESICAL DEL MEATO NATIVO.

Rodríguez Cuevas, O.O.; Mas Lucas, R.M.; Muiña Ramil, S.; Roca Pelach, I.; Gómez Padrones, C.; Bermúdez Villaverde, R.; Moya Villalvilla, I.; Gallego Matey, A.; Sanz Sacristán, F.J.
Complejo Asistencial de Segovia

INTRODUCCIÓN:
La lesión ureteral iatrogénica es la causa más frecuente de fístula ureterovaginal (FUV), siendo la cirugía ginecológica, especialmente la histerectomía, el principal factor etiológico; el uréter izquierdo se lesiona con mayor frecuencia por su proximidad al cérvix. Ante la sospecha de FUV, intentar inicialmente el cateterismo ureteral, con tasas de éxito descritas del 64-100%, reservando en el caso de fracaso del stent o estenosis irreversible, la reparación con reimplante ureteral junto con la resección del segmento ureteral distal lesionado, en este caso cierre del meato ureteral nativo.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Mujer de 49 años intervenida de histerectomía total laparoscópica con salpinguectomía por miomatosis uterina. Que en el postoperatorio temprano desarrolla incontinencia urinaria continua y deterioro leve de la función renal. El test de azul de metileno y la bioquímica confirman fuga urinaria vaginal; el UroTC evidencia ureterohidronefrosis izquierda con estenosis adyacente a la unión ureterovesical, y la ureteropielografía muestra fuga de contraste desde el extremo más distal del uréter izquierdo hacia zona teórica vaginal.

Se realiza reconstrucción del defecto asistido por robot, con 1) liberación de adherencias, resección del segmento ureteral distal estenótico y reimplante ureterovesical directo; 2) apertura vesical intraperitoneal y cierre transvesical del meato ureteral nativo, eliminando el trayecto fistuloso y el reflujo hacia el uréter excluido.

RESULTADOS:
La paciente presentó un postoperatorio sin incidencias, con retirada de sonda vesical a los 10 días y del catéter doble J al mes. En el seguimiento actual se objetiva recuperación de la función renal, ausencia de fugas urinarias y resolución de la incontinencia. El vídeo ilustra la reproducibilidad de la doble maniobra robótica -reimplante y cierre transvesical del meato nativo- en la FUV iatrogénica. El cierre transversal del meato nativo es una técnica relativamente sencilla y reproducible para anular el trayecto fistuloso residual, evitando recidivas sin recurrir a abordajes más agresivos.

V-45

Tipo de presentación: ***Vídeo***

CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO NEOVEJIGA INTRACORPÓREA MEDIANTE SUTURA MECÁNICA.

Esteban Jarabo, J.; Martínez Franco, E.; Pineda Munguia, A.M.; Simbaña García, J.J.; Rodríguez Lozano, L.; Chaves Marcos, R.; Ferrer López, A.I.; Viggiano Romano, A.M.; Lombardia González de Lera, C.; Miranda Aranzubia, O.
Hospital El Bierzo, Ponferrada

OBJETIVOS:
La cistectomía radical laparoscópica con confección de neovejiga intracorpórea es uno de los procedimientos reconstructivos más complejos en urología. El objetivo de este vídeo es mostrar de manera detallada y sistematizada nuestra técnica quirúrgica paso a paso de la cistectomía radical y confección de la neovejiga.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Mostramos nuestra técnica de neovejiga ileal laparoscópica intracorpórea con realización de un reservorio en forma de M utilizando sutura mecánica mediante endoGIA, realizando la anastomosis uretero-ileal por contraincisión con un Taguchi modificado.

RESULTADOS:
Hasta la fecha hemos realizado 10 procedimientos de este tipo desde el año ¿2019? con tan solo un paciente que ha presentado complicaciones relacionadas con la sutura mecánica como expulsión de grapas y calcificación de alguna de ellas que no han requerido más allá de tratamiento endoscópco.

Los resultados en cuanto a continencia y función, son equiparables a cuando realizábamos la técnica de Studer extracorpórea.

CONCLUSIONES:
La cistectomía radical laparoscópica y confección de neovejiga intracorpórea con sutura mecánica es una alternativa factible y relativamente rápida para la realización de esta técnica quirúrgica compleja y que muestra en nuestra serie buenos resultados funcionales.

V-46

Tipo de presentación: ***Vídeo***

EXÉRESIS DE QUISTE DE SKENE: TÉCNICA QUIRÚRGICA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS.

Gabriel Mateos, P.; Tapia Herrero, A.M.; Gala Solana, L.; Moreno Arias, M.; García del Amo, S.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN:

Los quistes de las glándulas de Skene constituyen una entidad infrecuente dentro de las lesiones quísticas parauretrales femeninas. Se originan por obstrucción del conducto de drenaje, pudiendo alcanzar un tamaño suficiente para producir desplazamiento del meato uretral, síntomas miccionales, dispareunia o sensación de masa vulvovaginal.

La caracterización anatómica preoperatoria es fundamental, especialmente para establecer su relación con la uretra distal y diferenciarlo de divertículos uretrales, quistes vaginales, quistes de Gartner y otras lesiones parauretrales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 40 años derivada a Consultas Externas de Urología por dispareunia y sensación de tumoración en el introito vaginal, de aparición progresiva. En la anamnesis refería molestias locales asociadas a las relaciones sexuales, sin otra sintomatología urinaria acompañante. A la exploración se objetivó tumoración parauretral distal, bien delimitada, de consistencia quística, compatible clínicamente con quiste de glándula de Skene.

Se confirmó el hallazgo de una lesión quística de aproximadamente 19 mm, adyacente al meato uretral mediante RM pélvica, indicándose exéresis quirúrgica mediante abordaje transvaginal.

Bajo raquianestesia y en posición de litotomía se realizó sondaje vesical con Foley 16 Fr (balón 10 ml) y colocación de separador de Scott. Se identificó y marcó la lesión. Tras hidrodisección con suero fisiológico, se realizó colpotomía y disección circunferencial del quiste, preservando las estructuras uretrales adyacentes.

Durante la disección se produjo apertura incidental de la lesión. Se completó la exéresis y se realizó hemostasia bipolar del lecho quirúrgico objetivándose una solución de continuidad de aproximadamente 1 cm en la mucosa uretral distal, que se reparó mediante puntos sueltos de Vicryl 3-0.

RESULTADOS:
Evolución postoperatoria de la paciente favorable siendo dada de alta a las 24h de la intervención tras retirada de taponamiento vaginal.

En seguimiento posterior en consultas externas de Urología, la paciente se encuentra asintomática desde el punto de vista clínico, sin signos de recidiva quística ni fístula urinaria.

CONCLUSIÓN:
Los quistes de Skene son lesiones parauretrales infrecuentes cuyo diagnóstico requiere una adecuada caracterización anatómica.

La exéresis quirúrgica permite un tratamiento definitivo y resolución sintomática.

V-47

Tipo de presentación: ***Vídeo***

MANEJO COMBINADO DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL DERECHA Y LITIASIS RENAL MEDIANTE CIRUGÍA ROBÓTICA Y ENDOUROLÓGICA.

Gabriel Mateos, P.; Moreno Arias, M.; García del Amo, S.;
Rizzo Rodríguez, F.A; Tapia Herrero, A.M.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN:
La estenosis de la unión pieloureteral constituye una causa frecuente de obstrucción de la vía urinaria superior y la pieloplastia continúa siendo su tratamiento de referencia. La incorporación de los abordajes mínimamente invasivos, especialmente la cirugía robótica, ha permitido mantener unos resultados funcionales adecuados con una menor agresividad quirúrgica.

MÉTODOS:
Presentamos el caso de una mujer de 62 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, derivada por episodios recurrentes de dolor cólico en fosa renal derecha.

El UroTC mostró dilatación pielocalicial derecha, asociada a ectasia y litiasis múltiples, fundamentalmente en el grupo calicial inferior, con un tamaño máximo de 6 mm. Se objetivó además un cambio de calibre en la unión pieloureteral compatible con estenosis.

El renograma diurético evidenció una función renal diferencial derecha del 41,3%, con patrón obstructivo y respuesta incompleta y enlentecida al estímulo diurético. Ante estos hallazgos se indicó pieloplastia robótica asociada al tratamiento de la litiasis en el mismo acto quirúrgico.

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 200 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable y sin complicaciones, con alta hospitalaria a las 48 horas.
El catéter doble J fue retirado al mes de la intervención. Durante el seguimiento posterior se mantuvo una evolución clínica satisfactoria.

CONCLUSIONES:
La pieloplastia robótica permite abordar de forma segura y reproducible la estenosis de la unión pieloureteral, posibilitando el tratamiento simultáneo de la litiasis renal en un único procedimiento y con buenos resultados funcionales.

V-48

Tipo de presentación: ***Vídeo***

ESQUISTOSOMIASIS VESICAL EN PACIENTE JOVEN PROCEDENTE DE ÁREA ENDÉMICA: A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

D'Angelo, MªG; Conde Redondo, C; Alonso Villalba, J.A; Bedate Nuñez, Mª; López Rojo, S; Mamolar Herrera, P; Brasa Fuentes, A; Fernández Calatayud, J; López Recio, A; Calleja Escudero, J.

Hospital Clinico Universitario Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La esquistosomiasis urinaria es una parasitosis producida por *Schistosoma haematobium*, endémica en África. El fenómeno migratorio ha favorecido casos en países no endémicos. La afectación genitourinaria se produce por el depósito de huevos y la respuesta inflamatoria. La hematuria terminal constituye la manifestación clínica más característica.

En fases crónicas puede producir fibrosis y calcificación vesicoureteral, estenosis ureterales y afectación de la función renal, además de asociarse al desarrollo de carcinoma vesical. Las lesiones pueden simular neoformaciones, por lo que debe considerarse esta entidad ante hematuria o lesiones vesicales en pacientes procedentes de áreas endémicas.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Presentamos el caso de un varón de 22 años, procedente de Mali y residente en España desde hacía dos años, que consultó por hematuria de un mes. Se realizó estudio mediante uretrocistoscopia, ecografía, citología urinaria, resección transuretral (RTU), TC toracoabdominopélvico, estudio parasitológico de orina y heces y serología.

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la afectación urológica por *S. haematobium*, centrada en clínica, diagnóstico,complicaciones y tratamiento.

RESULTADOS:

La uretrocistoscopia objetivó una lesión sólida de 2 cm en fondo vesical hacia la cúpula y otra de 1 cm en pared lateral izquierda, además de tapizado micropapilar en trígono y pequeños nódulos difusos en retrotrígono. La ecografía mostró dos lesiones vascularizadas, sugestivas de proceso tumoral.

La citología urinaria identificó *S. haematobium*. Se realizó RTU de ambas lesiones, observándose huevos del parásito en toda la vejiga y salida del mismo durante la resección. El estudio anatomopatológico confirmó esquistosomiasis vesical con extensa inflamación aguda y crónica granulomatosa asociada, uretritis proliferativa y ausencia de malignidad.

Tras la intervención se administró una dosis única de praziquantel de 2400 mg. Tras el alta de Urología, el paciente fue derivado a Medicina Interna para completar el estudio.

El TC mostró engrosamiento mural vesical asimétrico, sin afectación ganglionar ni lesiones relevantes en otros órganos. El estudio posterior de parásitos en orina y heces y la serología fueron negativos.

Ante la desaparición de la enfermedad, no se administró una segunda dosis de praziquantel. La esquistosomiasis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la hematuria y de las lesiones vesicales en pacientes procedentes de áreas endémicas.

V-49

Tipo de presentación: ***Vídeo***

CARCINOMA URETRAL TRAS CISTECTOMÍA RADICAL: TÉCNICA Y ANATOMÍA QUIRÚRGICA.

Armisén Jiménez, C.; López Sierra, A.; Chinea Arriaga, E.; Ballesteros Antúnez, J.; Polvorinos García, L.; Sánchez Rodríguez, A.; Prieto Nogal, S. B.; Díaz Romero J.M.; Fontana Portella, P.; Martín Hernández, M.

Hospital Nuestra Señora de Sonsoles, Complejo Asistencial de Ávila

INTRODUCCIÓN:

El carcinoma uretral es una neoplasia infrecuente (<1% de los tumores genitourinarios), asociada a factores de riesgo como la inflamación crónica, estenosis o cateterismo. El subtipo histológico más común es el urotelial (54-65%), seguido del escamoso (16-22%) y el adenocarcinoma (10-16%). Inicialmente suele ser silente, siendo la uretrorragia la manifestación clínica más típica (62%). Su diagnóstico y estadificación óptima requieren citologías, uretrocistoscopia con biopsia, RM pélvica y TC de extensión.

El enfoque terapeútico depende del estadío y la localización: los tumores distales localizados (≤T2N0M0) son candidatos a cirugía conservadora con márgenes libres, mientras que la enfermedad proximal o avanzada exige un tratamiento radical o
terapias multimodales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de un varón de 53 años con antecedente de carcinoma urotelial vesical de alto riesgo. En 2020 fue intervenido de cistoprostatectomía radical laparoscópica, linfadenectomía ilioobturatriz bilateral y derivación tipo Bricker (pT1N0, márgenes quirúrgicos libres y próstata sin evidencia de malignidad), con posterior colocación de prótesis de pene maleable en 2024.

Durante el seguimiento presenta secreción uretral serosanguinolenta y maloliente postcoital, con citologías por barbotaje atípicas. Se realiza una uretrocistoscopia flexible en la que se observa un tapizado circunferencial completo de lesiones papilares desde la fosa navicular hasta uretra bulbar.

La biopsia fría confirma carcinoma urotelial (pTa de bajo grado). Ante una resonancia magnética que objetiva tumoración limitada al cuerpo esponjoso, sin adenopatías, se realiza una uretrectomía radical en mayo de 2026.

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 190 minutos con un sangrado estimado de 420 cc. El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo el paciente dado de alta al tercer día.

El estudio anatomopatológico confirmó un carcinoma urotelial invasivo de bajo grado con afectación del músculo periuretral y del cuerpo esponjoso (pT2), con márgenes radial y proximal libres. El margen distal presentó afectación por enfermedad de Paget extramamaria (CK7+ difuso, GATA-3+ débil, Ki67 20%; herpes virus, p16 y SOX10 negativos).

El paciente presentó una recuperación favorable, con buena cicatrización de heridas quirúrgicas y actualmente se encuentra libre de enfermedad local o a distancia.

V-50

Tipo de presentación: ***Vídeo***

TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE ESTENOSIS URETERALES CON BALONES RECUBIERTOS DE PACLITAXEL. UNA TÉCNICA PROMETEDORA.

Hernández Usón, A; Boyero Polo, P; Carrasco García, F; Abascal Veiga, M; Montero Torres, J; Miralles Ayuso, S; Hernández García, J.M; Vaquero Caballero, P.J; Rivero Cárdenes, A; Serrano Bartolomé, J.M.
Hospital Universitario de Burgos

INTRODUCCIÓN:
Las estenosis ureterales benignas constituyen una complicación poco frecuente pero clínicamente relevante, con una incidencia aproximada del que llega hasta 10% siendo esta una patología infradiagnosticada debido al avance y potencia de los láseres sumado a escaso consenso en los controles. Su etiología es fundamentalmente iatrogénica. El tratamiento endourológico mediante dilatación con balón presenta una tasa de reestenosis que alcanza el 50% siendo necesarias recurrir a unas técnicas reconstructivas que han ofrecido una alta tasa de resultados exitosos (reimplante o injerto con mucosa oral). Mostramos la experiencia en nuestro centro sobre los balones liberadores de Paclitaxel, queriendo reflejar los buenos resultados en uretra previamente. Surge como una alternativa mínimamente invasiva orientada a disminuir la reestenosis mediante su efecto antiproliferativo y antifibrótico, aun no habiendo evidencia en las guías clínicas, surge como una técnica esperanzadora para el tratamiento de esta patología.

MATERIALES Y MÉTODOS:
Se presenta el caso de un varón de 67 años con una estenosis ureteral izquierda tras una ureteroscopia dificultosa por una litiasis impactada que recibió tratamiento con dilatación neumática con resultado insatisfactorio. Mediante una ureteroscopia previo paso a guía sensor y pielografía retrógrada se objetiva una estenosis infranqueable de 2cm. Tras ello se utiliza el balón recubierto de Paclitaxel en la zona estenótica. Tras ello se objetiva mediante ureteroscopia la llegada a pelvis renal sin dificultad.

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 1h sin mostrar complicaciones intraoperatorias. Revisando en un UroTC a los 2 meses una desaparición de la estenosis con buen paso de contraste hasta la vejiga.

CONCLUSIONES:
La dilatación con balón de Paclitaxel parece arrojar unos valores preliminares muy prometedores para el tratamiento de las estenosis ureterales. No obstante,debemos tomarlos con cautela, pues aún la evidencia actual está limitada por el pequeño tamaño de las muestras y falta de estudios prospectivos comparativos.

V-51

Tipo de presentación: ***Vídeo***

TÉCNICA Y PAPEL DE LOS MARCADORES FIDUCIALES LÍQUIDOS (BIOXMARK®) PARA RADIOTERAPIA ADAPTATIVA EN CÁNCER VESICAL MÚSCULOINFILTRANTE.

Salvatierra Salvatierra, J.; Diego García, V.; Coderque Mejia, M.P.; Cubillo Jimenez, J.; Sánchez Sánchez, P.; Sánchez Moyano, C.; Alonso Bragado, J.; Herrero Garrido, M.; Pérez Romasanta, L.A.; Lorenzo Gómez, M.F.
Hospital Universitario de Salamanca

INTRODUCCIÓN:
La terapia trimodal (TMT) constituye una estrategia de preservación vesical con intención curativa en pacientes seleccionados con cáncer vesical músculo-invasivo.

La radioterapia adaptativa permite ajustar el tratamiento a las variaciones anatómicas de la vejiga, siendo fundamental una correcta identificación del tumor o de su lecho de resección. Los marcadores fiduciales líquidos radiopacos pueden proporcionar una referencia espacial estable para la planificación y la radioterapia guiada por imagen.

Presentamos la técnica de implantación intravesical de BioXmark® como marcador fiducial en pacientes candidatos a preservación vesical.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Tras realizar una resección transuretral máxima del tumor, se procede a la implantación del marcador mediante cistoscopia flexible. Se identifica tras la resección, la cicatriz correspondiente al lecho tumoral. Mediante una aguja endoscópica de 22 G se realiza una inyección submucosa de BioXmark® en puntos estratégicamente distribuidos alrededor del lecho de resección.

Habitualmente se realizan 3-4 depósitos, procurando una distribución circunferencial que permita definir espacialmente el volumen tumoral.

Se recomienda mantener la aguja en posición durante unos segundos tras iniciar la inyección para favorecer la correcta deposición del material y evitar su reflujo hacia la luz vesical. Finalmente, se comprueba endoscópicamente la correcta implantación de los marcadores.

RESULTADOS:
La técnica permite establecer referencias fiduciales radiopacas alrededor del tumor o lecho de resección, facilitando su identificación mediante tomografía computarizada y CBCT durante el tratamiento radioterápico.

La correcta distribución de los marcadores permite mejorar la localización espacial del volumen tumoral y constituye una herramienta de apoyo para estrategias de radioterapia guiada por imagen y radioterapia adaptativa.

CONCLUSIONES:
La TMT es una estrategia curativa de preservación vesical para pacientes seleccionados con CVMI. La selección adecuada del paciente y el manejo multidisciplinar son fundamentales. La movilidad vesical constituye un reto para la radioterapia de precisión.

BioXmark® proporciona una referencia fiducial radiopaca, estable e inyectable que puede facilitar la IGRT y la radioterapia adaptativa focal. Las guías EAU 2026 recomiendan ofrecer cistectomía radical o TMT como opciones curativas en pacientes elegibles y enfatiza la necesidad de seguimiento vesical estrecho después de TMT.

V-52

Tipo de presentación: ***Vídeo***

TRATAMIENTO SIMULTÁNEO DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y LA INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL.

López Recio, A.M.; Bedate Nuñez, Mº; Conde Redondo, C.; Castroviejo Royo, F.; D'Angelo, G.; Mamolar Herrera, P.; Brasa Fuentes, A.; Fernández Calatayud, J.; Calleja Escudero, J.
Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN:
A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas, la disfunción eréctil (DE) y la incontinencia urinaria (IU) continúan siendo complicaciones relevantes tras la prostatectomía radical, con tasas descritas de DE del 25–75% e IU del 0–11% al año. El sistema ATOMS (Adjustable Transobturator Male System) constituye una alternativa terapéutica en pacientes con IU leve-moderada. En casos de incontinencia grave o insuficiencia esfinteriana severa, el esfínter urinario artificial (EUA) representa una opción terapéutica establecida.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se presenta el caso de un varón de 70 años sometido previamente a prostatectomía radical laparoscópica, con DE refractaria al tratamiento con inhibidores de la PDE5 y prostaglandinas, asociada a IU leve-moderada. Inicialmente se realizó la implantación de un sistema ATOMS, con evolución desfavorable y necesidad de retirada del dispositivo ante la aparición de complicaciones, planteándose posteriormente la colocación de un EUA y una prótesis peneana. Se efectuó abordaje simultáneo mediante incisión perineal para la implantación del EUA y abordaje penoescrotal para la colocación de prótesis peneana hidráulica de tres componentes. Se realizó disección y preparación de los cuerpos cavernosos, medición y colocación de los cilindros, reservorio lateral y bomba escrotal, completándose posteriormente la implantación del EUA y la conexión del sistema hidráulico.

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 170 minutos. El sangrado intraoperatorio fue inapreciable. El paciente permaneció ingresado durante 48 horas, sin complicaciones postoperatorias relevantes. En el seguimiento inicial se objetivó continencia urinaria, ausencia de infección y adecuado funcionamiento de la prótesis peneana.

CONCLUSIONES: La implantación simultánea de prótesis peneana hidráulica y esfínter urinario artificial constituye una estrategia factible para el tratamiento combinado de la DE y la IU tras prostatectomía radical, permitiendo abordar ambas secuelas en un único procedimiento y con resultados funcionales satisfactorios en el caso presentado.

V-53

Tipo de presentación: ***Vídeo***

LITIASIS VESICAL RECURRENTE SECUNDARIA A EROSIÓN INTRAVESICAL DE MATERIAL PROTÉSICO TRAS CERVICOPEXIA LAPAROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Brasa Fuentes, A.; Valsero Herguedas, MªE.; Mamolar Herrera, P.; López Rojo, S.; D´Angelo, MªG.; Fernández Calatayud, J.; Cuéllar Martín, L.A.; Pascual Samaniego, M.; Martín Martín, S.; Calleja Escudero, J..
Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN:
La erosión intravesical de sistemas de fijación empleados en cirugía ginecológica reconstructiva constituye una complicación infrecuente, generalmente deaparición tardía. La exposición del material protésico al medio urinario favorece la cristalización progresiva y formación de litiasis vesicales, dando lugar a manifestaciones clínicas como infecciones urinarias de repetición, hematuria y síntomas irritativos persistentes.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Se presenta un caso clínico descriptiva de una paciente atendida en consultas Externas de Urología. Los datos clínicos se obtuvieron a partir de la historia clínica electrónica, incluyendo antecedentes personales, sintomatología, pruebas complementarias (ecografía y cistoscopia), tratamiento y evolución. Se garantizó la anonimización de los datos clínicos para la publicación del caso.

RESULTADOS:
Paciente con antecedente de histerectomía subtotal, salpinguectomía izquierda, anexectomía derecha y cervicopexia al sacro por vía laparoscópica en 2021 por miomatosis uterina. Posteriormente fue remitida a consultas de Urología por infecciones urinarias de repetición, cristaluria, microhematuria persistente y clínica miccional irritativa.

Ante la persistencia de la sintomatología y la aparición de hematuria macroscópica, en junio de 2025 se realizó ecografía que evidenció múltiples litiasis vesicales, con un conglomerado de hasta 38 mm. La cistoscopia confirmó la presencia de litiasis firmemente adheridas a la pared vesical, sugestivas de calcificación sobre cuerpo extraño intravesical.

En noviembre de 2025 se llevó a cabo cistolitotricia endoscópica con láser, asociada a la extracción parcial de material metálico de fijación. No obstante, la persistencia clínica y la recidiva litiásica en controles posteriores hicieron necesaria una nueva intervención endoscópica en abril de 2026.

La evolución del caso evidencia que, ante la presencia de material protésico erosionado en la vejiga, el tratamiento exclusivo de la litiasis no resulta curativo, al persistir el cuerpo extraño como factor predisponente para la formación y recurrencia de nuevos cálculos.

Por ello, la identificación de esta etiología mediante los hallazgos radiológicos y endoscópicos resulta fundamental para orientar el tratamiento y evitar nuevas recidivas.

V-54

Tipo de presentación: ***Vídeo***

PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE RETZIUS Y DIVERTICULECTOMÍA EN PACIENTE OLIGOMETASTÁSICO.

Abascal Veiga, M.; Diaconu, M. G.; Boyero Polo, P.; Carrasco García, F.; Hernández Usón, A.; Vesga Molina, F.; Miralles Ayuso, S.; Montero Torres, J.; Serrano Bartolome, J.M

Hospital Universitario de Burgos

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de próstata constituye una enfermedad heterogénea, cuyo manejo depende fundamentalmente del estadio clínico y del riesgo de progresión, desde tumores localizados de bajo riesgo hasta enfermedad localmente avanzada o metastásica.

El objetivo es mostrar como el abordaje posterior permite tratar patologías concomitantes como en este caso la diverticulectomía, para el control de la sintomatología local y conseguir la retirada de la sonda vesical permanente.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta el caso de un paciente de 65 años que debutó con FRA de causa obstructiva, ureterohidronefrosis II/IV bilateral y PSA 9.88 ng/ml, que terminó siendo portador de sonda vesical permanente por uropatía obstructiva baja. Completando el estudio se diagnosticó de adenocarcinoma prostático grupo 3 en lóbulo izquierdo y divertículo vesical en cara lateral izquierda.

En la RM se muestra un gran divertículo en la pared vesical lateral izquierda de 7cm sin evidencia de patología en el interior de este. Además de una lesión sospechosa de aspecto neoplásico en zona periférica del lóbulo prostático izquierdo. En el estudio de extensión realizado mediante PET-TAC colina se observa una captación focal en rama isquiopubiana izquierda.
Se realiza técnica quirúrgica de preservación de espacio Retzius mediante abordaje transabdominal supraumbilical por 5 puertos.

Diverticulectomía trasnperitoneal por plano submucoso avascular, previa colocación de catéter doble J. Apertura de saco de Douglas desde conducto deferente derecho a izquierdo y liberación del espacio posterior.

Disección del cuello vesical y acceso al espacio prostático anterior con sección apical de la próstata. Anastomosis uretro-cervical con sutura continua y revisión hemostática.

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 240 minutos. El sangrado intraoperatorio estimado fue de 500 ml sin complicaciones intraoperatoria ni en el postoperatorio. El resultado anatomopatológico desveló un adenocarcinoma Gleason 7 (4+3) / Grado grupo 3, con extensión extraprostática, invasión de las vesículas seminales y metástasis isquiopubiana.

La prostatectomía radical y diverticulectomía robótica permitió mejorar la calidad de vida del paciente, con control local de la enfermedad, retirada de sonda, continente y resolución de la uropatía obstructiva baja con función renal estable en CPHSm de debut. Manteniendo tratamiento con darolutamida y aLHRH consiguiendo cifras de PSA indetectable.

V-55

Tipo de presentación: ***Vídeo***

DONDE Y CUANDO NO SE ESPERA: ENDOMETRIOSIS URETERAL DERECHA INTRÍNSECA EN UNA PACIENTE POSTMENOPÁUSICA.

López Rojo, S.; Martín Martín, S.; Castroviejo Royo, F.; Torrecilla Garcia Ripoll, J.R.; D´Angelo, M.G.; Mamolar Herrera, P.; Brasa Fuentes, A.; Fernández Calatayud, J.; López Recio, A.; Calleja Escudero, J.

Hospital Clínico Universitario de Valladolid

INTRODUCCIÓN:

La endometriosis del tracto urinario afecta al 1-5,5% de las pacientes con endometriosis. La vejiga es la localización más frecuente, seguida del uréter. La afectación ureteral suele ser distal e izquierda y habitualmente se asocia a otros focos pélvicos en mujeres en edad fértil.

Menos frecuente es la forma intrínseca, que infiltra la pared ureteral y puede simular un tumor urotelial. Presentamos un caso de endometriosis ureteral intrínseca derecha, aislada, en una paciente postmenopáusica sin antecedentes de endometriosis.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Mujer de 55 años, postmenopáusica, con dos partos eutócicos, sin antecedentes médico quirúrgicos de interés, ni tratamiento habitual. Consulta por dolor cólico en fosa renal derecha de tres años de evolución, atribuido inicialmente a lumbalgia, e infecciones urinarias de repetición con microhematuria.

La exploración física era normal y la creatinina de 0,62 mg/dl. El Uro-TC mostró ureterohidronefrosis derecha con cortical conservada y un segmento de 2 cm en uréter distal con realce endoluminal sospechoso de lesión urotelial.

Se realizó cistoscopia, sin hallazgos, y ureterorrenoscopia semirrígida derecha, que identificó en uréter distal una lesión polipoidea de 2-3 cm, con base de implantación estrecha. Se tomaron biopsias de la lesión y de su base por separado y se realizó ablación con láser holmio. Se dejó al finalizar un catéter doble J.

RESULTADOS:

El postoperatorio transcurrió sin complicaciones y la paciente fue dada de alta al tercer día. El estudio histológico mostró glándulas revestidas por epitelio cúbico, sin atipias ni urotelio de superficie, rodeadas de estroma CD10 positivo.

El epitelio expresaba CK7, PAX8 y receptores de estrógenos y progesterona, con GATA3 negativo y Ki67 bajo, compatible con endometriosis ureteral.

La valoración ginecológica con ecografía transvaginal no mostró otros focos. El catéter se retiró a los dos meses sin incidencias.

Este caso demuestra que la endometriosis ureteral debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las lesiones endoluminales del uréter en mujeres, incluso sin antecedentes de endometriosis. La ureteroscopia con biopsia y el estudio inmunohistoquímico permiten el diagnóstico y evitan cirugías radicales innecesarias como la nefroureterectomía.

V-56

Tipo de presentación: ***Vídeo***

RETOS QUIRÚRGICOS EN CISTECTOMÍAS COMPLEJAS.

Moreno Arias, M.; Gabriel Mateos, P.; Garcia del Amo, S.;
Rizzo Rodríguez, F.A.; Portilla Mediavilla, L.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN:

La cistectomía radical laparoscópica constituye una alternativa mínimamente invasiva consolidada para el tratamiento de determinadas patologías vesicales.

Sin embargo, los antecedentes de cirugía abdominal o pélvica, radioterapia y procesos inflamatorios pueden incrementar significativamente su complejidad, condicionando fibrosis, distorsión anatómica y adherencias que dificultan tanto el acceso a la cavidad abdominal como la disección pélvica.

Presentamos tres cistectomías laparoscópicas de especial complejidad, mostrando las principales dificultades intraoperatorias y las estrategias empleadas para su resolución.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan tres varones de entre 70 y 79 años sometidos a cistectomía laparoscópica en un contexto quirúrgico complejo. Los pacientes acumulaban diferentes antecedentes, incluyendo múltiples cirugías pélvicas y urológicas, radioterapia, resecciones transuretrales vesicales complicadas, laparotomías por patología abdominal aguda, cirugía vascular y reparaciones de pared abdominal con material protésico.

Como consecuencia de estos antecedentes, se objetivaron distintos grados de fibrosis y adherencias intraabdominales y pélvicas, distorsión de los planos anatómicos y, en determinados casos, microvejiga e incontinencia urinaria refractaria.

Estas circunstancias condicionaron dificultades desde el acceso inicial y la colocación de trocares hasta la liberación de adherencias y la disección de estructuras pélvicas.

RESULTADOS:

Los tres procedimientos pudieron completarse por vía laparoscópica, sin necesidad de conversión a cirugía abierta, realizando diferentes maniobras de disección y adaptación de la técnica laparoscópica identificando planos anatómicos seguros para poder completar la cirugía.

No se registraron complicaciones intraoperatorias de relevancia. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones mayores relacionadas con el procedimiento.

En conclusión, los antecedentes de cirugía abdominal o pélvica y radioterapia pueden incrementar considerablemente la dificultad de la cistectomía laparoscópica, sin constituir necesariamente una contraindicación para este abordaje.

Una planificación individualizada, el conocimiento de las posibles alteraciones anatómicas y una disección meticulosa permiten afrontar casos seleccionados de elevada complejidad manteniendo un abordaje mínimamente invasivo.

V-57

Tipo de presentación: ***Vídeo***

"DE FÍSTULA A CONTINENCIA". ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE O'CONNOR

Moreno Arias, M.; Gabriel Mateos, P.; García del Amo, S.;
Portilla Mediavilla, L.; Romaní Castro, R.; Campanario Pérez, F.
Complejo Asistencial Universitario de Palencia

INTRODUCCIÓN:
La técnica de O'Connor, descrita originalmente para la reparación de fístulas vesicovaginales complejas, constituye un abordaje clásico basado en la apertura vesical y la disección y exéresis del trayecto fistuloso. El desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva ha permitido reproducir sus principios por vía laparoscópica, manteniendo los fundamentos reconstructivos de la técnica y aportando las ventajas asociadas a este abordaje.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Presentamos el caso de una paciente de 51 años, fumadora de larga evolución (40 cigarrillos/día), remitida a Urología por incontinencia urinaria de aparición inmediata tras histerectomía con doble anexectomía.
La uretrocistoscopia evidenció una fístula vesicovaginal retrotrigonal derecha, con capacidad vesical conservada, confirmándose el trayecto fistuloso mediante cistouretrografía miccional seriada. Se realizó reparación laparoscópica mediante técnica de O'Connor. En posición de litotomía baja, se efectuó cistoscopia inicial, cateterización del trayecto fistuloso y cateterización ureteral bilateral. Tras la colocación de cuatro trocares en abanico y la liberación de adherencias, se identificó el muñón vaginal mediante una valva vaginal. Se practicó cistotomía longitudinal desde la cúpula vesical hasta alcanzar la fístula, seguida de disección y exéresis completa del trayecto fistuloso y separación de los planos vesical y vaginal. El defecto vaginal se cerró transversalmente y la vejiga longitudinalmente en dos planos. Finalmente, se interpuso epiplón entre ambas líneas de sutura. La cistoscopia y pielografía intraoperatorias de control descartaron fugas y lesión ureteral.

RESULTADOS:
El procedimiento se completó sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias, con un tiempo quirúrgico de 120 minutos. La paciente fue dada de alta a las 48 horas. La cistografía de control realizada a los dos meses no evidenció extravasación ni recidiva fistulosa. Durante el seguimiento permanece asintomática y continente. La técnica de O'Connor por vía laparoscópica permite una reparación anatómica de la fístula vesicovaginal, con adecuada separación de planos e interposicionde tejido vascularizado. Constituye una alternativa mínimamente invasiva, segura y reproducible en pacientes seleccionadas.

V-58

Tipo de presentación: ***Vídeo***

NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA DE TUMOR RENAL CON TROMBO VENOSO EN RIÑÓN EN HERRADURA.

Macarro López de la Torre, G; Vallejo García, P; Temprano Prada, L; Leyva Esteban, J; Valle López, A; García Arias, A. E; Valverde Martínez, L.S; Lara Pérez, F.M; Manso Aparicio, C; Cepeda Delgado, M.
Hospital Univesitario Río Hortega

INTRODUCCIÓN:
El riñón en herradura presenta una anatomía vascular compleja y altamente variable, lo que supone un reto para la cirugía conservadora renal.
El objetivo de este trabajo es presentar el abordaje robótico de un tumor renal localmente avanzado con trombo venoso en un paciente con riñón en herradura y tumor renal contralateral sincrónico.

MATERIAL Y MÉTODOS:
Varón de 78 años con enfermedad renal crónica (creatinina 1,3 mg/dL; FG 53 mL/min/1,73 m²). En TC se objetivó un riñón en herradura con dos masas renales sólidas: una lesión derecha de 6 × 4 × 4 cm y otra izquierda de aproximadamente 2 cm, sin evidencia de extensión a distancia.
Tras presentarlo en sesión clínica multidisciplinar paciente es programado para realización de nefrectomía parcial de tumor renal derecho asistida por Robot Da Vinci X, mediante abordaje transperitoneal. Se emplearon cuatro trócares robóticos y dos auxiliares (12mm y 5mm)

RESULTADOS:
El tiempo quirúrgico fue de 280 minutos y el tiempo de isquemia caliente de 26 minutos, sin complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias relevantes. La anatomía patológica mostró un carcinoma renal de células claras pT3a con afectación focal del margen de resección y afectación venosa. La función renal permaneció estable tras la intervención (creatinina 1,48 mg/dL; FG 45 mL/min/1,73 m²). Durante el seguimiento se inició tratamiento con nivolumab-ipilimumab, suspendido tras el primer ciclo por toxicidad inmunomediada grave. Actualmente, el paciente permanece en vigilancia, sin evidencia de recidiva local y con estabilidad radiológica de la lesión renal residual.

CONCLUSIÓN:
La nefrectomía parcial robótica es técnicamente factible en tumores complejos sobre riñón en herradura, incluso en presencia de extensión venosa. El conocimiento de la anatomía vascular, la ecografía intraoperatoria y un adecuado control vascular resultan fundamentales para realizar una cirugía conservadora segura.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

Con la colaboración de:





























ASOCIACIÓN CASTELLANO LEONESA DE UROLOGÍA

XXVIII Congreso ACLU

16 y 17 de Octubre



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

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

Email: secretariatecnica@aeu.es - www.aeu.es