



P-1 RESOLUCIÓN PERCUTÁNEA DE LITIASIS VESICAL EN ADOLESCENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA DE AMPLIACIÓN VESICAL Y MITROFANOFF

Carrillo Zamora, César; Toucedo Caamaño, Valentín; Pérez Fentes, Daniel; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción

La aparición de litiasis luego de una cirugía de ampliación vesical es una complicación frecuente. En general son asintomáticas, pero pueden causar dolor, disuria, infecciones recurrentes, dificultades con el cateterismo o hematuria. Las opciones terapéuticas son amplias y hay que adecuarlas a la anatomía y la carga litiásica. La derivación con técnica de Mitrofanoff es un condicionante en la elección del acceso quirúrgico

Objetivo

Presentar nuestra experiencia con 3 pacientes con litiasis en vejiga de ampliación y Mitrofanoff mediante técnica mínimamente invasiva con acceso percutáneo.

Método

Se realiza estudio retrospectivo de 3 cistolitotomías percutáneas en 3 pacientes con ampliación vesical realizadas en 2014-2015. Las ampliaciones vesicales habían sido por mielomeningocele.

Se realiza cistoscopia a través del Mitrofanoff para comprobar el tamaño real y número de las litiasis y posteriormente se procede al acceso percutáneo. Introducción del nefroscopio rígido previa dilatación con vainas dilatadoras hasta 30 Fr. A continuación, se procede a la litofragmentación (Litotricia balística con Lithoclast) y extracción de los fragmentos con cestilla de nitinol y lavados con suero fisiológico. Finalmente colocación de sonda vesical a través del Mitrofanoff para posterior realización de lavados.

Resultados

La edad promedio de las pacientes fue de 29 años. Tamaño medio de las litiasis 15 mm y número medio de litiasis extraídas 4. Resolución del problema litiásico en todos los casos. Tiempo medio hospitalario 3 días. Sondaje vesical medio de 3 días.

PÓSTERS

Conclusiones

La cistolitotomía percutánea en pacientes con antecedente ampliación vesical y Mitrofanoff es un tratamiento mínimamente invasivo, eficaz, seguro y de fácil realización y con mínima morbilidad.

Dado que la recurrencia es altamente probable, la prevención se basa en la profilaxis antibiótica, tratamiento de las infecciones, lavados vesicales, estudio metabólico en orina de 24h para descartar algún factor corregible

PÓSTERS

P-2 VEJIGA NEURÓGENA DE CAUSA TRAUMÁTICA. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE.

Lamas Díaz, Leticia; Sánchez Merino, Jose María; Aller Rodríguez, Marcos; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Álvarez Castelo, L; Chantada Abal, Venancio.

Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

Todas las lesiones traumáticas de la médula espinal presentan el riesgo potencial de una disfunción vesical. Por lo tanto, el manejo de las alteraciones del tracto urinario en los pacientes con lesión medular tiene un importante papel en la mejora de la calidad de vida y en la disminución de la morbi-mortalidad de causa urológica.

Material y Métodos

Realizamos un estudio descriptivo de una cohorte de 106 pacientes con lesión medular traumática seguidos en nuestras consultas de Urodinamia desde noviembre de 2015 hasta abril de 2016. El 87,7% son varones (n=93), frente a 12.3% de mujeres (n=13). La edad media de la serie es de 51.5 años; la edad media a la que se produjo la lesión fue de 33.2 años. El mecanismo de lesión más frecuente fue el accidente de tráfico (47.16%). El nivel lesional medular predominante fue D10-12 (21.69%). El tipo de lesión fue completa en 50.9% de los pacientes (n=54). El seguimiento de los pacientes ha sido anual en el 85.8% de los pacientes (n=91).

Resultados

Se ha documentado disinergia vesicoesfinterina en el 44.3% de los pacientes (n=47) e hipo-acontractilidad en 18 pacientes (16.9%). El 66,9% (n=71) realizan cateterismos intermitentes, siendo la frecuencia de 6 horas la más prevalente (n=31). El 63.2% (n=67) reciben tratamiento médico con anticolinérgicos. Sólo el 8.4% de los pacientes (N=9) son portadores de una sonda vesical permanente. El 50.9 % de los pacientes presentan pérdidas urinarias. Se ha producido deterioro de la función renal sólo en 2 pacientes. Presentan dilatación del aparato urinario superior 6 pacientes, pero ninguno con repercusión funcional. El 20.7% de los pacientes han sufrido infección del tracto urinario.

Conclusiones

La cateterización intermitente y el uso de anticolinérgicos permiten un adecuado manejo del paciente con vejiga neurógena en cuanto a prevenir las complicaciones sobre el tracto urinario inferior, en especial la insuficiencia renal. No obstante, la incontinencia urinaria representa un verdadero reto de cara a mejorar la calidad de vida de los pacientes con vejiga neurógena de causa traumática.

.....

PÓSTERS

P-3 LEIOMIOMA

Mata Varela, Juan; Benavente, Manuel; Luaces Herranz, César.

Servicio de Urología - Hospital Fatima de Vigo

Los tumores mesoteliales son un hallazgo excepcional en el tracto urinario. El leiomioma es el más frecuente de ellos y puede generarse en cualquier órgano que contenga músculo liso. Las exploraciones radiológicas no permiten distinguirlo inequívocamente de otros tumores

Los leiomiomas están incluidos dentro del grupo de tumores benignos con origen en el tejido conjuntivo o mesenquimal, y pueden implicar cualquier órgano del aparato genitourinario que presente músculo liso en su estructura histológica.

Se revisa la experiencia personal y se tratamiento.

PÓSTERS

P-4 ¿PODEMOS CONSEGUIR EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE COMPLICACIONES INFECCIOSAS EN NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA A TRAVÉS DE UN ANÁLISIS DE SANGRE?

Fernández Baltar, Carlos; Pérez-Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología, Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo:

La infección es una de las complicaciones más temidas en nefrolitotomía percutánea (NLP). La situación ideal es poder predecir su aparición y prevenirla. Cuando ésta se desarrolla es vital su diagnóstico precoz, puesto que un inicio rápido de tratamiento tiene implicación pronóstica.

El objetivo de este trabajo es determinar si el diagnóstico de complicación infecciosa post-NLP podría anticiparse mediante simples estudios de hemograma y coagulación.

Material y métodos:

Estudio retrospectivo de los 189 casos litiasicos intervenidos mediante NLP en nuestro centro que tenían estudios de hemograma y coagulación preoperatorio y a las 24 horas de la intervención. Análisis univariante de la posible asociación entre los cambios en INR y recuento leucocitario a las 24 horas de la NLP con el desarrollo de complicaciones infecciosas. Para determinar la fuerza de estas asociaciones se emplearon curvas ROC y la medición del área bajo la curva (AUC). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v.20.

Resultados:

28 pacientes (15%) presentaron complicación infecciosa post-NLP, siendo en la mayoría (22 casos) grado II de Clavien. Los casos con complicación infecciosa mostraron un mayor aumento del INR ($0,3 \pm 0,2$ vs. $0,1 \pm 0,1$; $p=0,000$) y del recuento leucocitario (4815 ± 7109 vs. 816 ± 3174 ; $p=0,001$) superior al resto de la serie. No se encontró relación entre estos cambios analíticos y la severidad de complicación infecciosa. Los cambios en el INR a las 24 horas revelaron una asociación más fuerte con el diagnóstico de complicaciones infecciosas (AUC = 0,803; IC95% = 0,7 - 0,9) que los producidos en el recuento leucocitario (AUC = 0,690; IC95% = 0,6 - 0,8).

PÓSTERS

Conclusiones:

La aparición de complicación infecciosa tras NLP se asocia con cambios analíticos significativos en la coagulación y en el hemograma a las 24 horas de la intervención. El alargamiento del INR se relaciona de forma más fuerte que el aumento del recuento leucocitario con el diagnóstico de complicación infecciosa. En determinados pacientes, donde los signos y síntomas clásicos de infección aún no están presentes, es posible que tener en cuenta estas alteraciones analíticas pueda permitir un diagnóstico precoz de esta temida complicación.

PÓSTERS

P-5 COMPLICACIONES EN NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA CLAVIEN 3 O SUPERIOR: NUESTRA EXPERIENCIA

Sánchez García, Juan Francisco; Pérez Fentes, Daniel.; Fernández Baltar, Carlos; García Freire, Camilo.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivos

La nefrolitotomía percutánea (NLP), a pesar de ser un procedimiento mínimamente invasivo, no está exento de complicaciones. Nuestro objetivo es comunicar las complicaciones de mayor severidad (Clavien 3 o superior) presentadas en nuestra experiencia con NLP, su naturaleza, tratamiento realizado y evolución tras el mismo.

Material y Métodos

Estudio observacional retrospectivo de 257 casos litiásicos intervenidos mediante NLP en nuestro centro (periodo 2008-2015). Se describen las complicaciones perioperatorias de mayor severidad (Clavien \geq 3), clasificándolas según su naturaleza (hemorrágicas / infecciosas / obstructivas / otras). Se detalla el tratamiento realizado y el resultado tras el mismo.

Resultados

En 66 casos (25,6%) hubo algún tipo de complicación postoperatoria. En la mayoría de los casos la severidad de las complicaciones fue leve (Clavien I-II: 51 pacientes; 19,8%). Las complicaciones de mayor severidad se distribuyeron del siguiente modo: IIIa: 5 pacientes, IIIb: 1 paciente, IVa: 6 pacientes, IVb: 2 pacientes, V: 1 paciente. Según su naturaleza, la mayoría de complicaciones Clavien \geq 3 fueron infecciosas (7 pacientes que requirieron ingreso en UCI, con 1 exitus), seguido de obstructivas (5 pacientes: 2 tratados con litotricia extracorpórea, 1 ureteroscopia, 1 resección transuretral de próstata y uno requirió de colocación de doble J por débito persistente), hemorrágicas (2 pacientes, de los cuales 1 se resolvió con embolización supraselectiva y otro con nefrectomía), y otras (1 paciente con embolia gaseosa que requirió ingreso en UCI).

Conclusiones

La aparición de complicaciones postoperatorias en nefrolitotomía percutánea es relativamente frecuente, siendo este uno de los puntos débiles de la técnica con respecto a otras alternativas de tratamiento. Afortunadamente, la mayoría de ellas son de baja severidad y buen pronóstico. Es importante el conocimiento de las posibles complicaciones asociadas a la técnica para intentar prevenirlas y, sobre todo, para un diagnóstico y tratamiento precoces, con implicaciones pronósticas

PÓSTERS

P-6 MICROURETEROSCOPIA: EXPERIENCIA PRELIMINAR

Diz Gil, Rita; Fernández Baltar, Carlos; Pérez Fentes, Daniel; Sánchez García, Juan Francisco; García Freire, Camilo.

Unidad de Endourología y Litiasis, Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivo

La miniaturización de los equipos ha contribuido a disminuir la morbilidad en la cirugía de las litiasis. Siguiendo este principio, nuestro objetivo es demostrar que el uso de ureteroscopios de menor calibre reduce las complicaciones de la ureteroscopia convencional manteniendo su éxito. Presentamos nuestra experiencia inicial en microureteroscopia (microURS).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 5 pacientes intervenidos en nuestro centro mediante microURS (aguja 4,85 Ch del equipo Microperc®, PolyDiagnost). La pulverización del cálculo se realizó siempre con láser de Holmium y fibra de 200 micras. Los criterios de inclusión fueron sexo femenino y litiasis ureteral situada por debajo de los vasos ilíacos, refractaria a tratamiento médico expulsivo. Se excluyeron casos con infección activa o gestación. Se describen las características de las pacientes y se analiza el éxito del tratamiento (ausencia de litiasis residuales) mediante impresión endoscópica inmediata y en radiografía simple de abdomen al tercer mes. La morbilidad de la técnica se registra empleando la clasificación PULS de daño ureteral y la de Clavien modificada.

Resultados

Edad media de las pacientes de 56 años. Superficie media litiásica de 31,1 mm², rango (9,4-58,9). Tiempo quirúrgico medio de 47,2 minutos, rango (40-66). Se completó el procedimiento bajo sedación en 3 casos, realizando anestesia general en el resto. Instrumentación directa con el equipo de microURS en 4/5 casos, necesitando cistoscopia previa y colocación de guía de seguridad en un caso por dificultad para localizar el meato. Pulverización del cálculo en todas las pacientes, con impresión endoscópica de ausencia de residuales en 4 de ellas. Al tercer mes el 100% de las pacientes estaban libres de litiasis. La evaluación de daño ureteral fue PULS 0 en todos los casos, sin complicaciones en el postoperatorio.

PÓSTERS

Conclusiones

En pacientes seleccionados, mujeres y litiasis pelvianas, el uso del equipo de Microperc® como ureteroscopia ha demostrado ser una alternativa efectiva y segura. Estudios prospectivos de mayor tamaño, comparando microURS con otras alternativas terapéuticas, permitirán establecer conclusiones más sólidas sobre sus indicaciones.

PÓSTERS

P-7 MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA.

Zarraonandia Andraca, Antón; González Dacal, Juan; Rodríguez Núñez, Higinio; Díaz Bermúdez, Jose; García Riestra, Vicente; García Escudero, Damián; Vivaldi Jorquera, Bruno; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción y objetivos:

Los avances tecnológicos han hecho posible ofrecer a los pacientes la adenomectomía laparoscópica. Esta técnica constituye una alternativa mínimamente invasiva a la cirugía abierta en próstatas de gran tamaño. Nuestro propósito es presentar nuestra serie de 128 pacientes sometidos a adenomectomía laparoscópica.

Material y Métodos:

Un total de 128 pacientes diagnosticados de hiperplasia benigna de próstata, con un volumen superior a 70 cc fueron sometidos a adenomectomía laparoscópica entre noviembre de 2012 y julio de 2015. Se realizó una técnica transperitoneal con 5 trocares similar al Millin clásico (abordaje transcapsular) utilizando el dispositivo Thunderbeat® para realizar disección hemostática. Presentamos nuestra experiencia en esta técnica mediante un estudio prospectivo descriptivo que incluye las características de los pacientes y los resultados postoperatorios.

Resultados:

Durante 33 meses, tratamos un total de 128 pacientes con una media de edad de 69 años (50–85), la media de volumen prostático fue de 90,7 cc, la mediana de tiempo quirúrgico fue de 120 minutos, la mediana en términos de caída de hemoglobina fue de 2,95 g/dl desde el preoperatorio al primer día tras cirugía y 7,8% de los pacientes requirió transfusión sanguínea. Las medias de estancia hospitalaria y de tiempo de cateterización fueron de 3,9 días y 6,3 días respectivamente. La complicación postoperatoria más frecuente fue la hematuria (12 pacientes) seguida de fiebre (4 pacientes); 1 paciente necesitó reintervención por sangrado significativo y no hubo otras complicaciones mayores. Nuestra media de seguimiento es de 13,1 meses y entre las complicaciones tardías, destaca la hiperactividad vesical con buena respuesta a terapia antimuscarínica en 8 pacientes y la estenosis uretral en 6 pacientes. La media de mejoría en el Qmax fue de 18,15 ml/seg, el IPSS antes y después de la cirugía fue 24,1 + 4,9 y 6,6 + 1,7 y la satisfacción global del paciente con el procedimiento en la primera consulta fue "Satisfecho" o un resultado mejor en 95 pacientes (74,2%) con un total de "Muy satisfechos" de 48 pacientes (37,5%). Se halló en 11 pacientes cáncer de próstata accidental, de los cuales en 4 se había realizado una biopsia de próstata antes de la cirugía. Actualmente todos ellos presentan PSA inferior a 1,75 ng/dl y ninguno de ellos ha precisado otro tipo de tratamiento.

PÓSTERS

Conclusiones:

La adenomectomía laparoscópica es una técnica mínimamente invasiva factible y segura que proporciona buenos resultados en términos de complicaciones, impacto en calidad de vida y en resultados funcionales. Creemos que se requieren cirujanos laparoscópicos experimentados para evitar complicaciones quirúrgicas así como obtener buenos resultados a largo plazo.

PÓSTERS

P-8 ANÁLISIS COMPARATIVO DE TUMORES RENALES T1a vs. T1b+T2 TRATADOS MEDIANTE NEFRECTOMÍA PARCIAL

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Bonelli Martín, Carlos; González Blanco, Alfonso; Rodríguez Souto, Pilar; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Comparar los resultados quirúrgicos y oncológicos de los pacientes tratados mediante nefrectomía parcial por tumores mayores o menores de 4 cm.

Material y Métodos:

Pacientes (n=89) a los que se practicó nefrectomía parcial por neoplasia renal entre 2005 y 2015, divididos en 2 grupos dependiendo del tamaño tumoral. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo expresando las variables cuantitativas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje, con su 95%IC. Realizamos análisis comparativo de los 2 grupos de pacientes mediante test de T-student para variables cuantitativas y Ji-cuadrado para variables cualitativas.

Resultados:

Los paciente con tumores cT1a eran 64 (71.9%) y 25 (28.1%) tenían tumores > de 4 cm. En cuanto a las variables clínicas observamos diferencias significativas en el deterioro de la función renal postquirúrgica ($\chi^2(1) = 4.45; p=0.035$) y la puntuación R.E.N.A.L. ($t(37.88)=3.46; p=0.001$). El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en los pacientes con tumores > 4 cm. ($t(35.22)=2.63; p=0.013$). No observamos diferencias en el tiempo de isquemia. El porcentaje de tumores T1a de células claras fue significativamente menor ($\chi^2(1) = 4.88; p=0.027$). No observamos diferencias significativas ni el número ni en el grado de complicaciones postoperatorias. Se produjeron significativamente más muertes cáncerreacionadas entre los pacientes con tumores >4cm. ($\chi^2(1)=4.04; p=0.44$). Observamos también esta asociación en el estudio de la supervivencia cáncer relacionada mediante Kaplan-Meier (log Rank=4.89; p=0.02).

Conclusiones:

El tratamiento de tumores renales mayores de 4 cm. mediante nefrectomía parcial es un procedimiento seguro en casos seleccionados y realizado por profesionales expertos. La similitud en el tiempo de isquemia y el grado y número de complicaciones postoperatorias puede ser debida a la experiencia adquirida previamente en las nefrectomías parciales de tumores de menor tamaño.

PÓSTERS

P-9 NEFRECTOMÍA PARCIAL EN TUMORES T1B Y T2

Abeijón Piñeiro, Carla; Mosquera Seoane, Teresa; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jessica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; Bonelli Martín, Carlos; Pereira Beceiro, Javier; Freire Calvo, Jacabo; Gonzalez Blanco, Alfonso; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción:

Analizar los resultados de la nefrectomía parcial laparoscópica (NPL) desde el punto de vista oncológico y de la técnica quirúrgica en pacientes con tumores de más de 4 cm.

Material y Métodos:

Pacientes (n=25) a los que se practicó NPL transperitoneal por neoplasia mayor de 4 cm, entre 2005 y Septiembre de 2015. Análisis estadístico: se realizó un estudio descriptivo retrospectivo expresando las variables cuantitativas como media \pm desviación típica y mediana y las cualitativas como valor absoluto y porcentaje, con su 95%IC. La supervivencia global y cáncer-relacionada fueron analizadas con la metodología Kaplan-Meier.

Resultados:

La media de edad fue 62.54 ± 12.19 años (37-80.86). 18 pacientes eran hombres (72%) y 7 mujeres (28%). En 13 casos el tumor era izquierdo (52%). El tamaño tumoral medio fue 6.32 ± 1.71 cm (4.5-10.4), siendo categoría cT1b el 76% y cT2 el 24% de los casos. La complejidad mediana de las lesiones fue 8 (5-11) según el R.E.N.A.L. nephrometry score. El tiempo quirúrgico medio fue 235.42 ± 81.59 minutos (90-360), siendo el tiempo de isquemia caliente 26.00 ± 14.34 minutos (5-45). La diferencia media entre hemoglobina pre y postoperatoria fue 2.00 ± 1.47 g/dl (0.4-5.50). La estancia hospitalaria media fue 7.12 ± 2.79 días (2-16). Se realizó clamplaje arterial en el 40% de los casos, arterial y venoso en el 28%. Las estirpes histopatológicas más frecuentes fueron carcinoma de célula clara (84%) y papilar (3%). El grado histológico 2 de Furhman se presentó en el 48% de los tumores. Se detectó margen quirúrgico positivo en 3 casos (12%). La tasa de complicaciones fue del 24%. El 4% de los pacientes fueron reintervenidos. El seguimiento medio fue 32.29 ± 25.79 meses (3,15-90,75), siendo la mortalidad cáncer relacionada del 16% y la mortalidad global del 20%.

Conclusiones:

El tratamiento de tumores renales mayores de 4 cm mediante NPL es un procedimiento seguro desde el punto de vista quirúrgico, que permite obtener unos resultados oncológicos óptimos.

PÓSTERS

P-10 NEFRECTOMIA PARCIAL LAPAROSCOPICA SIN ISQUEMIA. ¿ES POSIBLE?

Vivaldi Jorquera, Bruno; Garcia Escudero, Damián; Rodriguez Núñez, Higinio; González Dacal, Juan; Zarraonandía Andraca, Antón; García Riestra, Vicente; Ruibal Moldes, Manuel.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción:

Actualmente la nefrectomía parcial es el gold standard para el abordaje de los tumores renales en estadio T1a y supone una alternativa de tratamiento para algunos tumores T1b. La amplia experiencia en cirugía mínimamente invasiva ha permitido de una manera secuencial, mediante desclampaje precoz y clampaje a demanda, mejorar los tiempos de isquemia caliente y finalmente conseguir la exéresis tumoral sin isquemia

Objetivo:

Evaluar los resultados de la serie de nefrectomía parcial laparoscópica sin isquemia caliente para el tratamiento de los tumores renales

Materiales y Métodos:

Se realiza un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de las NPL sin isquemia realizadas entre Diciembre de 2014 y Marzo de 2016 en nuestro centro. Se recogen datos de las siguientes variables: edad, sexo, RENAL score, lateralidad, tiempo quirúrgico, pérdida sanguínea, variación en la función renal, estancia hospitalaria, tasa de transfusiones, complicaciones y resultados anatomopatológicos. Se evalúan los datos mediante el programa estadístico SPSS-20.

Resultados:

Se realizaron 17 NPL en 15 pacientes con una edad media de 66 años (rango 52-77), 8 varones y 7 mujeres, con RENAL score de 6 de predominio anterior, localizado en 8 casos en riñón izquierdo.

La mediana de tiempo quirúrgico fue de 135 min (70-215 min). Se utilizó 2 líneas de sutura en 53% de los casos, con un descenso medio de Hb de 2,3 gr/dl sin necesidad de transfusión en ningún caso y con una variación media de F renal de 0,069 mg/dL. La estancia media fue de 3,13 días (2-7 días) y la tasa de complicaciones ha sido baja con 1 complicación grado III de escala Clavien (pseudaneurisma arterial).

El resultado anatomopatológico reveló pT1a en 76% de los casos, pT1b en 12% y pT2a en 12% con un predominio de CCR (11 casos) y unos márgenes positivos en 4 casos.

PÓSTERS

Conclusiones:

La NPL sin isquemia es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de tumores renales. La eliminación del tiempo de isquemia nos permite una conservación mayor de la función renal así como una maximización en la reserva nefronal, siendo especialmente útil en pacientes con riñón único y/o con deterioro de la función renal.

PÓSTERS

P-11 BIOPSIA DE PRÓSTATA TRANSPERINEAL CON FUSIÓN DE IMAGEN ECO-RM. EXPERIENCIA INICIAL

Duarte Novo, José; Álvarez Castelo, Luis; Ruibal Moldes, Manuel; López García, Daniel.

Servicio de Urología - Hospital San Rafael de A Coruña.

Introducción

La biopsia ecodirigida de la próstata es el método estándar para el diagnóstico del cáncer de próstata, sin embargo la tasa de detección suele ser baja y es necesario hacer repetidas biopsias. La resonancia magnética multiparamétrica (RMm) aporta alta sensibilidad y especificidad en la detección de lesiones sospechosas de cáncer. El objetivo es analizar nuestra experiencia inicial de biopsia de próstata guiada por fusión de imagen resonancia-ecografía.

Material y Métodos

Entre junio y diciembre de 2015 hemos realizado 29 biopsias con fusión rm-eco. Todos ellos, tenían indicación de biopsia o rebiopsia.

Previamente se les había realizado una RMm 1,5 Tesla, identificándose al menos una lesión de sospecha en base a la clasificación PI-RADS.

Se realizaron las biopsias sobre las zonas sospechosas y se hizo un mapeo del resto de la próstata. La media de cilindros fue 35 (8-50).

Resultados

En los pacientes con PI-RADS > 4, se diagnóstico cáncer en el 75 % .

Ninguna biopsia positiva en aquellos con PI-RADS 1-2.

Hemos encontrado tumores anteriores en el 50 %.

Complicaciones: RAO 1.

Conclusiones

La RMm permite identificar lesiones sugestivas de cáncer.

La clasificación PI-RADS se correlaciona con el diagnóstico del cáncer de próstata.

Este método de biopsia guiada por fusión de RM-ecografía en tiempo real, permite realizar una biopsia dirigida, aumentando el rendimiento diagnóstico y por tanto, reduciendo el número de biopsias.

PÓSTERS

P-12 NECESIDAD DE TRATAMIENTO SECUNDARIO EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA GLEASON 6 TRATADOS CON PROSTATECTOMÍA RADICAL.

León Mata, Juan Gabriel; Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; Bonelli Martin, Carlos; González Blanco, A.; Rodríguez Souto, Pilar; Pereira Beceiro, Javier; Rey Rey, Jorge; Freire Calvo, Jacobo; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Objetivo:

Identificar los factores relacionados con la necesidad de tratamiento secundario en pacientes con Cáncer de Próstata (CaP) Gleason 6 tratados con prostatectomía radical (PR) entre los años 2008–2010.

Pacientes y Metodo:

Pacientes(n=83) tratados por CaP con PR entre los años 2008–2010 con Adenocarcinoma de Próstata Gleason 6 en pieza quirúrgica. Análisis estadístico: análisis descriptivo de todas las variables. Se realizó análisis univariado de supervivencia global(SG) y cáncer relacionada(SCR) mediante metodología Kaplan-Meier en variables cualitativas y regresión de Cox en variables cuantitativas. Se efectuó análisis multivariado de regresión de Cox para determinar variables asociadas a SG y necesidad de tratamiento secundario.

Resultados:

178 pacientes fueron tratados por CaP con PR, 83(46,63%) de ellos con CaP Gleason 6 en el estudio anatómo-patológico de la pieza quirúrgica. De los cuales, 20(24,1%) pacientes necesitaron un tratamiento secundario por recidiva bioquímica (RB). 12(14,5%) pacientes murieron durante el periodo de seguimiento, ninguno por causa relacionada al CaP. De los 20(24,10%) pacientes con RB, 10(50%) pacientes recibieron radioterapia sola como tratamiento secundario, y 2(10%) pacientes recibieron radioterapia más hormonoterapia. 9(10,84%) pacientes necesitaron algún tratamiento quirúrgico por incontinencia urinaria o retención urinaria. El seguimiento medio fue $74,69 \pm 18,98$ meses(4–96). La SG a los 24 y 60 meses fue: 95,2% y 90,5% respectivamente. La SCR a los 60 meses fue 100%. La edad mayor de 70 años fue el único factor asociado significativamente con la muerte(Log Rank $p=0,038$). Se realizó análisis multivariado de regresión de Cox, ajustando por edad, PSA, PSAV, categoría pT, número de cilindros positivos y margen quirúrgico, observando que la variable con capacidad para predecir necesidad de tratamiento secundario de forma independiente era: PSAV(RR:0,023; 95%IC:0,01–0,648;p:0,027).

PÓSTERS

Conclusiones:

Los pacientes con CaP Gleason 6 tratados con PR tienen un buen pronóstico, con una SG del 95,2% y 90,5%, a los 24 y 60 meses respectivamente; y una SCR del 100% a los 24 y 60 meses. Un 24,10% necesitará otro tratamiento secundario por RB durante su seguimiento y 10,84% necesitará tratamiento secundario por incontinencia/retención urinaria. La PSAV es el único factor asociado a necesidad de tratamiento secundario.

PÓSTERS

P-13 EXPERIENCIA INICIAL CON ACETATO DE ABIRATERONA COMO TRATAMIENTO DE PRIMERA LINEA EN PACIENTES CON CPRC METASTÁSICO.

Chaves Santamaría, Mirian¹; Puñal Pereira, Ana¹; Pérez-Fentes, Daniell¹; Peleteiro Higuero, Paula²; Gómez Caamaño, Antonio²; García Freire, Camilo¹.

Servicio de Urología¹, Servicio de Oncología Radioterápica² - Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Introducción:

El acetato de abiraterona es una opción terapéutica, en primera línea, en pacientes con cáncer de próstata metastásico resistente a castración, asintomáticos u oligoasintomáticos. El objetivo es describir los resultados de nuestra experiencia inicial en el tratamiento con este fármaco.

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo donde se incluyen 39 pacientes que iniciaron acetato de abiraterona entre agosto de 2014 y febrero de 2016, a seguimiento por los Servicios de Urología y Oncología Radioterápica. Se describen las características basales de los pacientes de la serie, la eficacia del tratamiento (% de respuesta del PSA, tiempo a progresión radiológica y clínica), así como su perfil de toxicidad.

Resultados:

La edad media de los pacientes al inicio del tratamiento fue 78 años (DS \pm 9). El patrón de Gleason más frecuente fue ≥ 8 (45%). La distribución, en función de la localización de las metástasis fue: M1a 25,6%; M1b 71,8%; M1c 2,6%. El ECOG performance status al inicio fue de 0 en el 40%, 1 en el 57,1% y 3 en el 2,9%. La mediana de PSA y de PSA-DT fue de 20,9 ng/ml (9,3-71,5) y 105 días (75-198) respectivamente.

Con una mediana de seguimiento de 10,5 meses (7-14), se consiguió un descenso de PSA $>50\%$ en el 70,2% de los pacientes y $>90\%$ en el 41,6%. El 35,9% de los pacientes presentó progresión radiológica, con una mediana de tiempo de 5 meses (3,3-6,9). Apareciendo progresión clínica en 8 de ellos (20,5%), con una mediana de 5,7 meses (3,7-11,7).

Se dieron efectos secundarios en el 25,7% (12 casos) de los pacientes: 8 casos grado I-II (7 con edemas en MMII, 1 hiperglucemia) y 4 casos grado III (hepatotoxicidad), que obligó a la retirada del fármaco en 1 paciente.

PÓSTERS

Conclusiones:

Tras nuestra experiencia inicial con acetato de abiraterona, podemos decir que es un fármaco aparentemente eficaz y seguro, donde la mayoría de efectos secundarios son bien tolerados. Sin embargo se trata de una serie con seguimiento corto, por lo que para tener datos más consistentes sobre eficacia precisamos de mayor seguimiento y mayor número de pacientes.

PÓSTERS

P-14 CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES ASOCIADO A TRANSLOCACIÓN

Pérez Schoch, Miguel; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés Elias; Almuster Domínguez, Sheila; Tortolero Blanco, Leonardo; Ortiz Rey, J. A.; Chantada de la Fuente, D.; Barros Rodríguez, Jose Manuel; Ojea Calvo, Antonio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Vigo - Hospital Álvaro Cunqueiro

Introducción:

El carcinoma de células renales asociado a translocación (CCRT) es un tipo infrecuente de carcinoma renal reconocido recientemente, e introducido por primera vez en la clasificación de la OMS en 2004. En la mayor parte de los mismos (alrededor del 90%) interviene el factor de transcripción E3 (TFE3) asociado a una translocación en el cromosoma Xp11.2. Existe, asimismo, otro grupo en el que es la translocación t(6; 11) la que codifica sobreexpresión de TFEB. En la nueva clasificación de la OMS de 2016 aparecerán ambos bajo la categoría diagnóstica de "Carcinoma de translocación de la familia MiTF/TFE".

Material y Métodos:

Presentamos tres casos de CCRT diagnosticados y tratados en nuestro centro tanto con nefrectomía parcial como radical. Para su estudio fue necesario el empleo de técnicas de inmunohistoquímica (IHQ) y de biología molecular (FISH).

Resultados:

Los tres casos fueron diagnosticados de manera incidental en pruebas de imagen solicitadas por otra causa. El primer caso (1995, mujer de 42 años) fue tratado con nefrectomía radical dicho año y, estudiado retrospectivamente mediante IHQ, se hizo el diagnóstico de CCRT asociado a translocación Xp11.2. Al segundo caso (2014, varón 48 años) se le realizó nefrectomía parcial, diagnosticándose de un tumor híbrido, hasta ahora no descrito en la literatura, constituido por carcinoma papilar tipo 1 y CCRT asociado a translocación Xp11.2, para lo cual fue necesario el empleo de FISH debido a su dudosa tinción con IHQ. El tercer caso (2015, varón 27 años) fue intervenido con nefrectomía radical, correspondiendo éste, gracias a su estudio con FISH, a un CCRT asociado a t(6; 11). Durante una media de seguimiento de 94 meses (rango, 12-251 meses), los tres casos se presentan sin evidencia de enfermedad.

PÓSTERS

Conclusiones:

El CCRT presenta una incidencia muy baja, una sintomatología inespecífica y un difícil diagnóstico. Se trata de una neoplasia que se suele diagnosticar en niños y adultos jóvenes, y que representa menos del 1% de todos los tumores renales en adultos. Su pronóstico no está bien establecido, aunque el caso que presentamos con seguimiento largo (21 años), ha evolucionado bien tras la nefrectomía.

PÓSTERS

P-15 NEUROMODULACIÓN SACRA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Villar Vázquez, Nuria; Sánchez Merino, José María; Bohórquez Cruz, Manuel Alejandro; Sánchez Rodríguez-Losada, Javier; Álvarez Castelo, Luis; Chantada Abal, Venancio

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivo

Mostrar la experiencia de la neuromodulación de raíces sacras (InterStim™, Medtronic) en nuestro centro.

Material y Métodos

Desde el año 2002 hasta el 2016 hemos testado a 19 pacientes, de los cuales a 10 se le ha realizado implante definitivo de neuromodulador (tasa de implante 47.37%). EL criterio para la implantación definitiva fue la mejoría de los síntomas en más del 50%, evidenciado por diario miccional y cuestionarios de calidad de vida.

Resultados

El 78.95% de los pacientes eran mujeres y el 21.05% hombres. La edad media de los pacientes fue de 52 años (26-76). La principal indicación fue la disfunción miccional crónica (DMC): 8 por incontinencia urinaria de urgencia, 4 por síndrome de urgencia-frecuencia y 2 por retención crónica de orina no obstructiva. Otras indicaciones fueron cistitis intersticial (2 casos), dolor pélvico crónico (2 casos) y detrusor hiperactivo neurogénico por esclerosis múltiple (1 caso).

Todos los pacientes recibieron uno o varios tratamientos previamente (el 68.42% de los pacientes había recibido anticolinérgicos), sin mejoría.

Hasta la fecha la mayoría de los pacientes implantados de manera definitiva mantienen mejoría de los síntomas urinarios. Un paciente ha precisado de tratamientos adicionales con anticolinérgicos y mirabegrón para mantener dicha mejoría debido al mal manejo del neuromodulador por su parte. Sólo en un paciente, diagnosticado de cistitis intersticial, se produjo un fracaso del tratamiento.

La tasa de complicaciones es baja y todas ellas son de carácter menor. No hemos tenido ninguna complicación mayor que haya requerido extracción del dispositivo. Dos pacientes han sufrido dolor sacro en el área del implante que cedió con analgesia. Cinco pacientes han necesitado recambio de pila del neuromodulador (cirugía menor con anestesia local).

Conclusiones

La neuromodulación de raíces sacras es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes con DMC refractaria a tratamiento convencional. Además, en la actualidad se están abriendo puertas para el tratamiento de disfunciones miccionales de causa neurógena como la esclerosis múltiple.

PÓSTERS

P-16 TENDENCIA TEMPORAL DE CIRUGÍA RENAL

Mosquera Seoane, Teresa; Abeijón Piñeiro, Carla; León Mata, Juan; Molinos Mayo, Jesica; Rey Rey, Jorge; Rodríguez Souto, Pilar; González Blanco, Alfonso; Bonelli Martín, Carlos; Freire Calvo, Jacobo; Pereira Beceiro, Javier; Rodríguez Alonso, Andrés.

Servicio de Urología - Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo:

Analizar la evolución de la cirugía renal en nuestro hospital, en relación principalmente a las características tumorales y técnica quirúrgica

Material y Métodos:

Pacientes (n=272) tratados mediante nefrectomía por tumores renales entre 2005 y 2015, divididos por grupos según el año de intervención. Realizamos un análisis descriptivo de los cambios a lo largo de los últimos 10 años en el tratamiento quirúrgico de los tumores renales.

Resultados:

La media de edad de los pacientes operados aumentó en 7 años desde el 2005. El número de nefrectomías en hombres por año fue superior a las intervenciones en mujeres. En el 2015, el tiempo medio de hospitalización fue el más bajo de todo el periodo. El porcentaje de nefrectomías parciales pasó del 0% en 2005 al 52,6% en 2015. Sólo en 2012 y 2013 el porcentaje de tumores menores de 4 cm intervenidos fue mayor que los tumores mayores de 4 cm. El porcentaje de cirugías parciales supera al de nefrectomías radicales a partir del año 2011. Desde 2010, más del 70% de las intervenciones se realizan por abordaje laparoscópico. Desde 2010, más del 62% de los tumores mayores de 4 cm se operan por vía laparoscópica. En 2014 el 41,2% de los tumores mayores de 4 cm se trataron mediante cirugía parcial. A partir de 2011 se realizaron nefrectomías parciales en tumores mayores de 7 cm. El porcentaje de muertes cáncer relacionadas varía levemente durante el tiempo de seguimiento.

Conclusiones:

El creciente tratamiento de tumores renales mayores de 4 cm mediante nefrectomía parcial, no parece influir en la supervivencia cáncer relacionada.

PÓSTERS

P-17 TEST ACETOBLANCO EN INFECCIONES POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO GENITAL EN HOMBRES

Pérez Schoch, Miguel; López Díez, Elena; Carballo Quintá, Manuel; Almuster Domínguez, Sheila; Iñarrea, A.; Montero Fabuena, Rubén; Rodríguez Socarrás, Moisés Elias; Tortolero Blanco, Leonardo; Castro Iglesias, Maximino; Ojea Calvo, Antonio.

Servicio de Urología – Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

Objetivo:

La infección por el Virus del Papiloma Humano (HPV) es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Los genotipos oncogénicos del HPV (HR-HPV) están fuertemente asociados con carcinoma cervical, anal y orofaríngeo; y asimismo con displasias de alto grado en pene, cérvix y vulva. Las infecciones anogenitales del HPV se clasifican en asintomáticas (latentes), clínicas o subclínicas. La mayoría de éstas infecciones son asintomáticas y sólo detectables con tests que identifiquen el DNA del virus. Las lesiones subclínicas, incluyendo las del tipo HR-HPV, son detectadas en la práctica clínica tras la aplicación de solución de ácido acético, un procedimiento conocido como test acetoblanco. Diferentes estudios han documentado que del 50% al 70% de las parejas masculinas de mujeres con infecciones por HPV, con neoplasia de cérvix o con ambas, presentan también infección subclínica/latente por HPV. El manejo clínico de éstas parejas masculinas, sin la presencia de lesiones visibles en pene, escroto o uretra es todavía desconocido, y la recomendación del uso del test acetoblanco para detectar áreas con infección subclínica puede dar como resultado falsos positivos. El objetivo del presente estudio consiste en evaluar la sensibilidad, especificidad y el valor predictivo del test acetoblanco en la detección de infección subclínica por HR-HPV en parejas masculinas de mujeres afectadas por HPV y por lesiones de cérvix intraepiteliales de alto grado, comparándolo con el test de DNA del HPV.

PÓSTERS

Material y Métodos:

Se realizó un estudio transversal prospectivo, reclutando 97 hombres sanos, parejas de mujeres con lesiones cervicales de alto grado (CIN2 y CIN3-CIS). El protocolo del estudio (cod2013/470) recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia. Además se obtuvo el consentimiento informado firmado por parte de todos los pacientes (pareja masculina y femenina). El test acetoblanco se realizó con solución de ácido acético al 5%, visualizando el epitelio con un colposcopio de 4 y 7 aumentos. Las lesiones acetoblanco fueron divididas en típicas (epitelio sobre-elevado, bien delimitado con patrón capilar puntiforme) y no-típicas. Tras esto se obtuvieron distintas zonas de mucosa de pene de los sujetos para el test de DNA del HPV.

Resultados:

Todas las muestras evaluadas fueron positivas para beta globina humana. El test de DNA de HR-HPV fue positivo en el 48.5% (47/97) y negativo en el 51.5% (50/97). El test acetoblanco detectó el 29.9% (29/97) de positivos. La correlación entre ambos tests mostró que el 70.2% (33/47) de los hombres infectados habían sido negativos en el test acetoblanco. De otra manera, el 30% de los no infectados (15/50) y de los infectados (14/47) presentaron lesiones subclínicas que se comportaron como áreas acetoblanco. Finalmente decir que para la identificación de infección por HR-HPV, el test acetoblanco presentó una sensibilidad del 29.8% (IC 95% 15.6-43.9), una especificidad del 70.0% (IC 95% 56.3-83.7), un valor predictivo positivo del 48.3% (IC 95% 28.4-68.2) y un valor predictivo negativo del 51.5% (IC 95% 38.9-64.1).

Conclusiones:

De acuerdo a nuestra experiencia, la sensibilidad y la especificidad del test acetoblanco detectando zonas de infección subclínica por HR-HPV es baja. Comparado con el test de DNA del HPV, el test acetoblanco es un indicador no específico de infección por HPV. De esta manera creemos que el seguimiento clínico consiste en la mejor opción para diagnosticar lesiones preneoplásicas en hombres.

PÓSTERS

P-18 SUBCLASIFICACIÓN MOLECULAR DEL CARCINOMA DE VEJIGA NO MUSCULO INFLTRANTE PT1.

Castro Iglesias M. ⁽¹⁾, San Miguel Fraile P. ⁽²⁾, Ortiz Rey J. A. ⁽²⁾, Gándara Cortes M. ⁽²⁾, Gómez de María C. ⁽³⁾, Chantada D. ⁽²⁾, Lopez Diez E. ⁽¹⁾, Montero R. ⁽¹⁾, Perez Sosch M. ⁽¹⁾, Ojea Calvo A. ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo – Hospital Álvaro Cunqueiro

⁽²⁾ Anatomía-patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

⁽³⁾ Anatomía-Patológica. Hospital Povisa de Vigo.

Introducción

El carcinoma urotelial en estadio PT1 constituye un grupo heterogéneo de tumores con diferente riesgo de progresión. Recientemente se ha propuesto una clasificación molecular que dividiría a estos tumores en dos categorías con pronóstico diferente: basal y luminal. El objetivo del presente estudio ha sido la aplicación de marcadores inmunohistoquímicos en pacientes diagnosticados de carcinoma de vejiga estadio Pt1 de alto grado para categorizarlos dentro de los dos subtipos de la reciente clasificación.

Material y Métodos:

Estudio de cohorte retrospectivo de 45 pacientes con diagnóstico primario de carcinoma de vejiga estadio PT1 de alto grado. Se realizó técnicas de inmunohistoquímica para CK5, CD44, CK20, P53 y HER2 en cortes de parafina de cuatro matices tisulares compuestas de 85 cilindros tumorales considerados válidos para el estudio 45 pacientes. Se realizó análisis estadístico descriptivo de las variables categóricas en frecuencia y porcentaje.

Resultados:

64.4% (29/45) de los tumores fueron categorizados como subtipo luminal (CK5-, CD44-, CK20+) y 6.7% (3/45) como subtipo basal (CK5+, CD44+, CK20-). 28.9% (13/45) no se consideraron clasificable por exceso o ausencia de sobreexpresión. P53 fue positivo en 62.1% (18/29) del subgrupo luminal y 33%(1/3) del subgrupo basal. Her2 fue positivo en 34.5%(10/29) del subgrupo luminal y 66.6% (2/3) del subgrupo basal.

Conclusiones:

Las técnicas inmunohistoquímicas permiten la subclasificación de los tumores vesicales PT1 en basal y luminal en la mayoría de los casos estudiados pudiendo constituir en el futuro una herramienta importante para la estratificación de riesgo en este grupo tumoral en el momento de su diagnóstico.

Conflicto de Interés: Estudio financiado con la Beca de Investigación 2015 Rafael Molla de la Asociación Española de Urología.

PÓSTERS

P-19 ERMANNNO MINGAZZINI, EL URÓLOGO ITALIANO DE VALLE-INCLÁN (ROMA, 1934)

Fariña-Pérez, Luis Ángel.

Servicio de Urología - Hospital Povisa, Vigo; Oficina de Historia, AEU.

Introducción:

Se conoce la historia de la enfermedad de Valle-Inclán, un tumor vesical recidivante, tratado en Madrid y en Santiago de Compostela y que finalmente le condujo a la muerte en enero de 1936. Un momento de su historia clínica del que se tiene poca información ocurrió durante su estancia en Roma en 1934, tras ser elegido director de la Academia Española de Bellas Artes. La publicación reciente de algunas cartas ha permitido identificar al profesor Ermanno Mingazzini como el urólogo italiano que le atendió en Roma.

Material y Método:

Estudio biográfico y bibliográfico de Ermanno Mingazzini, cuya influencia abarca 30 años de la historia de la urología italiana del siglo XX. Indagación sobre la atención que pudo dispensar a Valle-Inclán en Roma en el año 1934.

Resultados:

Ermanno Mingazzini nació en Roma en 1893, estudia medicina y en 1920 comenzó a centrarse en la Urología, una rama de la cirugía que entonces estaba adquiriendo independencia. Presenta estudios en los primeros congresos de la Società Italiana di Urologia, reconstituída en 1921, siendo uno de los refundadores y secretario. Desde 1926 enseña Urología y progresa en la carrera docente y clínica en varios hospitales. En 1949 es el urólogo principal del Policlínico Umberto I, donde crea un departamento bien dotado. Su estudio de la incidencia de cáncer de próstata en las adenomectomías, de 1935, fue referenciado en las publicaciones anglosajonas, y su "Urología práctica" (Roma, 1934) fue un libro de texto conocido.

Valle-Inclán le consultó por recomendación del Dr. Salvador Pascual, su urólogo de Madrid. Las cartas de la época muestra la existencia de una consulta en Roma, pero contrariamente a lo que se creía, no hay datos ni una relación temporal que hagan suponer que hubiera sido operado allí.

Discusión:

Mingazzini, que atendió a Valle-Inclán en 1934, fue un urólogo prestigioso y buen publicista. Su posición como profesor de Urología le daba una influencia que se mantuvo muchos años: en los años 50 se relacionó con A. Puigvert y S. Gil-Vernet. Fue presidente de la SIU (1952-1954). Operó a mandatarios del Vaticano y atendió al papa Pio XII en sus últimos días en 1958, posiblemente para hacer un sondaje vesical. Mingazzini murió en 1965 Roma, a los 71 años.