



SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA

# XXXIV CONGRESO

SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA

FERROL / 30 Y 31 DE MAYO DE 2025

**Organizan**

Sociedad Gallega de Urología  
Servicio de Urología  
del C.H.U. de Ferrol

**Auspiciado**

por la Asociación Española de Urología  
**Declarado** de Interés Sanitario  
por la Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia



SERVIZO  
GALEGO  
DE SAÚDE







**SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA**

**34** DE LA  
**CONGRESO** SOCIEDAD GALLEGA  
DE UROLOGÍA

**FERROL**  
**30 y 31 de mayo de 2025**



SERVIZO  
GALEGO  
DE SAÚDE

Auspiciado por la Asociación Española de Urología  
Declarado de Interés Sanitario por la  
Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia



Nº de expediente: SA301A 2025/4-1

Asunto: Resolución relativa ao recoñecemento do interese sanitario para actos científicos.

#### ANTECEDENTES

1.- En data 27/02/2025 ten entrada no rexistro electrónico da Xunta de Galicia (REXEL núm. 2025/558374) a solicitude presentada por Gala Fernández Prieto en nome e representación de Gallega de Exposicións e Congresos, SL, NIF B36920593, na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para o Acto: "XXXIV Congreso de la Sociedad Gallega de Urología".

#### CONSIDERACIÓNS LEGAIS E TÉCNICAS

1.- O Departamento Territorial da Consellería de Sanidade da Coruña é competente para coñecer e decidir sobre a cuestión proposta, de conformidade co disposto no artigo 7 da Orde do 27 de decembro de 2016, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario (DOG núm. 6 do 10 de xaneiro de 2017) e no artigo 20.2.p) do Decreto 144/2024, do 20 de maio, polo que se establece a estrutura orgánica da Consellería de Sanidade (DOG núm. 101 do 27 de maio)

2.- Examinada a documentación do expediente, tendo en conta o informe-proposta do Servizo de Xestión, o acto referido reúne os requisitos establecidos na Orde do 27 de decembro de 2016, pola que se regula o recoñecemento de interese sanitario para actos de carácter científico.

Visto o exposto e demais normativa de xeral aplicación,

#### RESOLVO:

1º.- Outorgar o recoñecemento de interese sanitario ao curso anteriormente citado, organizado por Gallega de Exposicións e Congresos, SL, que se vai celebrar en Ferrol os días 30 e 31 de maio de 2025, tendo a entidade organizadora o enderezo social en Vigo - Pontevedra.

2º.- Ordenar a súa inclusión no rexistro de actos, reunións, cursos, congresos e xornadas do Servizo de Xestión.

O dito recoñecemento, conforme ao artigo 9 da Orde citada, implica a obriga para os organizadores ou, en todo caso, os órganos de dirección da entidade organizadora do acto, de remitir a este departamento territorial, no prazo de dous meses a partir da data do remate do acto, as conclusións ou acordos adoptados.

Contra esta resolución poderá interpoñer *recurso de alzada* ante o Sr. Conselleiro de Sanidade no prazo de 1 mes, contado a partir do día seguinte á súa notificación, de acordo co estipulado nos artigos 121 e 122 da Lei 39/2015, do 1 de outubro do procedemento administrativo común das administracións públicas (BOE núm. 236 do 2 outubro)

Para os efectos legais procedentes, asino esta resolución que deberá notificarse ás persoas interesadas segundo o esixido no art. 40 da Lei 39/2015, de 1 de outubro, do procedemento administrativo común das administracións públicas

A Coruña, asinado dixitalmente pola directora territorial

Por delegación de sinatura (Resolución 23/09/2024)

A xefa do Servizo de Xestión

Marta Gil Pérez





## Comité Organizador

### **PRESIDENTE**

Dr. Carlos Bonelli Martín

### **VOCALES**

Dra. Carla Abeijón Piñeiro

Dra. Natalia Da Cruz Soage

Dra. Rita Diz Gil

Dr. Alfonso Ángel González Blanco

Dra. Laura Iglesias Fresco

Dr. Javier Lojo Romero

Dra. Jessica Molinos Mayo

Dr. Rubén Montero Fabuena

Dr. Javier Pereira Beceiro

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

### **RESIDENTES**

Dra. Ainhoa Antequera Granados

Dr. Rodrigo Bianchi Stilman

Dr. Guillermo Galdón López

Dra. Marta Goicoechea Rey

Dra. Esther Montero Gómez





## Junta Directiva de la SGU

### **PRESIDENTE**

Elena López Díez

### **VICEPRESIDENTE**

Enrique Cespón Outeda

### **SECRETARIO GENERAL**

Manuel Carballo Quintá

### **TESORERO**

Jacobo Freire Calvo

### **VOCAL DE ACTIVIDADES CIENTÍFICAS**

Darío Vázquez-Martul Pazos

### **VOCALES**

#### **Vocal por A Coruña:**

Teresa Mosquera Seoane

#### **Vocal por Santiago:**

Jorge Rey Rey

#### **Vocal por Lugo:**

Javier Casas Nebra

#### **Vocal por Ferrol:**

Carlos Bonelli Martín

#### **Vocal por Ourense:**

Paula Portela Pereira

#### **Vocal por Pontevedra:**

Antón Zarraonandia Andraca

#### **Vocal por Vigo:**

José María Díaz Álvarez

#### **Vocal de Hospitales Comarcales:**

Marco Antonio García Expósito

#### **Vocal de Residentes:**

Cristina Cámara Martínez

#### **Vocal de Eméritos:**

Javier Sánchez Rodríguez-Losada



## Datos de interés

### **ORGANIZA**

Sociedad Gallega de Urología  
Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

### **FECHAS DEL CONGRESO**

Días 30 y 31 de mayo de 2025

### **SEDE DEL CONGRESO**

Sede Afundación Ferrol  
Plaza Constitución, s/n - 15402 Ferrol

### **SECRETARÍA CIENTÍFICA**

Servicio de Urología del C.H.U. de Ferrol  
Avda. da Residencia, s/n - 15405 Ferrol

### **SECRETARÍA TÉCNICA**

Gallega de Exposiciones y Congresos, S.L.  
Muelle de Bouzas, Dársena nº2, Local 52-B - 36208 VIGO

## Resumen de Programa Viernes 30

### Sesión de mañana

- 08:30 Entrega de documentación en la secretaría del Congreso
- 08:45 Bienvenida
- 09:00 Presentación de Pósters
- 10:00 Presentación de Comunicaciones Orales
- 11:00 Pausa café
- 11:30 Presentación de Comunicaciones Orales
- 12:30 Conferencia:  
**PRAISE-U Cribado de Ca de próstata**
- 13:00 Conferencia:  
**PSMA. Arma Diagnóstica**
- 13:30 Conferencia/Simposio:  
**Imprescindibles en Urodinamia**
- 14:00 Comida de trabajo

### Sesión de tarde

- 15:30 Presentación de Vídeos
- 17:00 Pausa café
- 17:15 Mesa redonda:  
**Actualización en cirugía mínimamente invasiva del suelo pélvico**
- 18:00 **Actualización en el tratamiento inmunoterápico de los tumores urológicos**
- 18:45 Asamblea General de la SGU 1ª convocatoria
- 19:00 Inauguración Oficial
- 19:15 Asamblea General de la SGU 2ª convocatoria
- 21:30 Salida en autocar del hotel al restaurante
- 22:00 Cena oficial del Congreso
- 00:00 Salida del restaurante al hotel

## Resumen de Programa Sábado 31

- 09:00 Presentación de Vídeos
- 10:30 Pausa café
- 11:00 Mesa redonda:  
**Tumores del tracto urinario superior**
- 12:00 Presentación de Vídeos
- 13:15 Conferencia:  
**Andrología**
- 14:00 Clausura del Congreso



## ÍNDICE

RESUMEN DE PROGRAMA .....	12
PROGRAMA .....	16
RESÚMENES	
Pósters [ P ] .....	33
Comunicaciones Orales [ C ] .....	67
Videos [ V ] .....	101
COLABORACIONES .....	151

## PROGRAMA VIERNES 30 DE MAYO

### SESIÓN DE MAÑANA

**08:30** Entrega de documentación en la secretaría del Congreso

**08:45** Bienvenida

Dr. Carlos Bonelli Martín

*Presidente del Comité Organizador*

**09:00** Presentación de **Pósters**

**Moderadores:**

Dra. Laura Iglesias Fresco

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

Dra. Teresa Mosquera Seoane

*Servicio de Urología C.H.U. de A Coruña*

**P1 - RECIDIVA VESICAL TRAS NEFROURETERECTOMÍA RADICAL. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN SU DESARROLLO?**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**P2 - RESULTADOS DE VIDA REAL DE APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO (CPHSm) EN COMBINACIÓN CON SBRT**

Díaz Pedrouzo, A.; Altez Fernández, C.; Fernández Rodríguez, E.; Mata Pose, L.; Aller Rodríguez, M.; Rodríguez Gómez, I.; López Fernández, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.; Martínez Breijo, S.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**P3 - SEGURIDAD Y RESULTADOS DE LA COLPOSACROPEXIA**

**LAPAROSCÓPICA/ROBOASISTIDA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: CONSIDERACIONES SOBRE LA COLOCACIÓN SIMULTÁNEA DE CABESTRILLO SUBURETRAL**

Goicoechea Rey, M.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**P4 - TIEMPO DE ISQUEMIA CALIENTE EN NEFRECTOMÍA PARCIAL Y RELACIÓN CON LA FUNCIÓN RENAL**

Delgado García, E.; González-Manso A., Vázquez-Martul, D.; Martins, E.; Martínez Breijo, S.; Lamas Díaz, L.; Chantada Abal, V.;

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**P5 - FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL POR TVMI PRIMARIO**

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Díz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.;

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**P6 - HOLEP VS RTUP: RESULTADOS INICIALES DE NUESTRO CENTRO**

González-Manso, A.; Bohórquez, M.; Altez, C.; Delgado, E.; Díaz, A.; Martins, E.; Aller, M.; Vázquez-Martul, D.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**P7 - INCREMENTO DE LA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN BIOPSIAS TESTICULARES DE PACIENTES CON AZOOSPERMIA NO OBSTRUCTIVA MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SELECCIÓN POR GRADIENTE.**

Guillermo G.; Banafsheh Nikmehr; Nicholas Allen Deebel; Janmejy Hingu; Rachel Ruble; Yueqiang Song; Ayse Kose Vuruskan; Anuradha Devenini; Cihan Halicig; Stuart Howards; Tamer Yalcinkaya; Hooman Sadri-Ardekani

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**P8 - PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO DIAGNOSTICADOS EXCLUSIVAMENTE MEDIANTE PET-PSMA**

León, N.; Altez, C.; Fernández, E.; Mata, L.; Ponce, J.;  
Rodríguez-Gómez, I.; Aller, M.; Chantada Abal, V.; Martínez-Breijo, S.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**P9 - PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: ANÁLISIS DE LA SERIE DE FERROL.**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.;  
Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.;  
Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.;  
Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**P10 - COMPARACIÓN DE TEMPOS DE ISQUEMIA ENTRE ABORDAXES ABERTA E LAPAROSCÓPICA EN NEFRECTOMÍA PARCIAL PARA TUMORES PT1A. ACHADOS E CONCLUSIÓNS.**

González-Manso, A.; Delgado García, E.; Salgado Novoa, J.; Vázquez-Martul, D.;  
Altez López, C.A.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.F.; Ponce Díaz, J.L.;  
Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**P11 - CÁNCER VESICAL PREVIO O POSTERIOR A NEFROURETERECTOMÍA: ANÁLISIS DE SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR.**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.;  
Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.;  
Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.;  
Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**P12 - ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PRECOCES Y TARDÍAS TRAS CISTECTOMÍA RADICAL POR NEOPLASIA VESICAL**

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.;  
Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.;  
Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.;  
Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

P13 - ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL SEGÚN EL IMPACTO DEL TIEMPO DE DUPLICACIÓN DE PSA.

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

P14 - CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CISTECTOMÍA RADICAL: PRÁCTICA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.

Echeverría Cruz, C.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; González Dacal, J.; Fernández Yáñez, A.; Novo Gómez, N.; López López, B.; Zarraonandia Andraca, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

P15 - CISTECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Otero Núñez, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Zarraonandia Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

P16 - APALUTAMIDA Y CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO. SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN RADIOLÓGICA EN NUESTRO CENTRO

Sousa Iglesias, A.; Ruibal Gago, L.; González Dacal, J.A.; Carpintero Sánchez, E.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Núñez Otero, J.J.; Chaves Santamaría, M.; Zarraonandia Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### P17 - ESTANDARIZACIÓN DEL ABORDAJE EXTRAPERITONEAL EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: COLOCACIÓN DE TRÓCARES UTILIZANDO UNA PLATAFORMA ROBÓTICA MULTIPUERTO

Castro Jul, M.; Carballo Quintá, M.; López Díez, E.; Almúster Domínguez, S.; Castro Iglesias, A.M.; Barros Rodríguez, J.M.; Benavides Pineda, M.V.; Trujillo Marín, M.; Trujillo Trujillo, E.M.; Goiri Noguera, A.E.; Cespón Outeda, E.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

### 10:00 Presentación de Comunicaciones Orales

#### Moderadores:

Dra. Jessica Molinos Mayo

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

Dra. Ana Puñal Pereira

*Servicio de Urología C.H.U. de Santiago de Compostela*

### C1 - RESULTADOS FUNCIONALES Y SUPERVIVENCIA TRAS PROSTATECTOMIA RADICAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### C2 - ASOCIACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS DEL GEN AOC1 Y LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS URINARIOS: ESTUDIO PROSPECTIVO DE PREVALENCIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR.

García del Arco, L.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Aller Rodríguez, M.; Martínez Breijo, S.; Bohórquez Cruz, M.; Mosquera Seoane, T.; Sánchez Merino, J.M.; Freire Calvo, J.; Fernández Rodríguez, E.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

### C3 - BIOPSIA PROSTÁTICA DE FUSIÓN DE IMÁGENES: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**C4 - ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS DE DESARROLLO DE METÁSTASIS EN PACIENTES CON RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL**

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**C5 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA Y ROBOASISTIDA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN NUESTRO CENTRO.**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**C6 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE HISTÓRICA: 1.500 PROSTATECTOMÍAS RADICALES A LO LARGO DE 24 AÑOS. PARTE 1: DIAGNÓSTICO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA.**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**C7 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE HISTÓRICA: 1.500 PROSTATECTOMÍAS RADICALES A LO LARGO DE 24 AÑOS. PARTE 2: SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**C8 - ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTES METASTÁSICOS DIAGNOSTICADOS CON PRUEBAS DE IMAGEN CONVENCIONALES VS PRUEBAS DE NUEVA GENERACIÓN.**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### C9 - ADENOMECTOMÍA DE PRÓSTATA LAPAROSCÓPICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y FORMATIVA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE MÉDICOS ADJUNTOS Y RESIDENTES

Goicoechea Rey, M.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**11:00** Pausa café

### 11:30 Presentación de **Comunicaciones Orales**

**Moderadores:**

**Dra. Carla Abeijón Piñeiro**

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**Dr. Adrián Freire Rodríguez**

*Servicio de Urología C.H.U. de Ourense*

### C10 - REEVALUACIÓN DEL VALOR PRONÓSTICO DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN LA ERA DE LA CIRUGÍA DE PRÓSTATA CON ALTA DEMANDA FUNCIONAL

Castro Jul, M.; Carballo Quintá, M.; López Díez, E.; Almúster Domínguez, S.; Castro Iglesias, A.M.; Barros Rodríguez, J.M.; Benavides Pineda, M.V.; Trujillo Marín, M.; Trujillo Trujillo, E.M.; Goiri Nogueira, A.E.; Cespón Outeda, E.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

### C11 - PÉRDIDA DE PTEN EN BIOPSIA: ¿UN FACTOR A TENER EN CUENTA EN VIGILANCIA ACTIVA?

Freire Rodríguez, A.; Bellas Pereira, A.; Carballo Quintá, M.; Ortiz Rey, J.A.; San Miguel Fraile, M.P.; Pérez Schoch, M.; Cespón Outeda, E.; López Díez, E.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

### C12 - EXPRESIÓN DE ADN-VPH Y P16 EN EL CÁNCER DE PENE: PREVALENCIA E IMPLICACIONES CLÍNICAS.

Trujillo Marín, M.; Carballo Quintá, M.; Almúster Domínguez, S.; Castro Jul, M.; Benavides Pineda, M.; Trujillo Trujillo, E.; Goiri Nogueira, A.; Sánchez Ramos, J.; Castro Iglesias, M.; López García, S.; López Díez, E.; Cespón Outeda, E.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.*

C13 - LIPOSARCOMA PARATESTICULAR CON RECIDIVA PERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Ventura Couto, O.; Sendín Martín, R.; Filigrana Valle, C.; Cámara Martínez, C.; Lobato Sánchez, M.; Romero Selas, E.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

C14 - ORQUIECTOMÍA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS TESTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lobato Sánchez, M.; Sendín Martín, R.; Filigrana Valle, C.; Cámara Martínez, C.; Ventura Coto, O.; Portela Pereira, P.; Romero Selas, E.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

C15 - ESTUDIO KEYNOTE-564 EN LA VIDA REAL: RESULTADOS DEL USO DE PEMBROLIZUMAB EN ADYUVANCIA DE CARCINOMA RENAL DE ALTO RIESGO EN NUESTRO CENTRO

Cámara Martínez, C.; Sendín Martín, R.; Filigrana Valle, C.M.; Lobato Sánchez, M.; Ventura Couto, O.; Portela Pereira, P.; Romero Selas, E.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

C16 - APALUTAMIDA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y POLIMEDICADOS CON CPHSM: EFICACIA Y SEGURIDAD EN UN GRUPO VULNERABLE

Filigrana Valle, C.; Sendín Martín, R.; Cámara Martínez, C.; Lobato Sánchez, M.; Romero Selas, E.; Portela Pereira, P.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología; Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

C17 - PERFIL DE SEGURIDAD EN EL USO DE APALUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO.

Martínez Corral, R.; Martínez Corral, M.E.; Castillo Mejías, C.; García Catalán, A.; Fernández Duque, A.; Wrzeszczynska M.; García Freire, C.; Pérez Fentes, D.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

**12:30** Conferencia: PRAISE-U Cribado de Ca de próstata

**Moderador:**

Dr. Higinio Rodríguez Núñez

*Servicio de Urología C.H.U. de Pontevedra*

**Ponente:**

Dr. Javier Lojo Romero

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**13:00** Conferencia: PSMA. Arma Diagnóstica

**Moderadora:**

Dra. Natalia Da Cruz Soage

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**Ponente:**

Dr. Fernando Sebastián Zelaya Reinquet

*Servicio de Urología Fundación Centro Oncológico de Galicia*

**13:30** Conferencia/Simposio: Imprescindibles en Urodinamia

**Ponente:**

Dra. Eva Cambón Bastón

*Servicio de Urología H.U. Lucus Augusti*

**14:00** Comida de trabajo

## SESIÓN DE TARDE

**15:30** Presentación de **Vídeos**

**Moderadores:**

Dra. Rita Diz Gil

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

Dra. Elena Martínez Corral

*Servicio de Urología C.H.U. de Santiago de Compostela*

**V1 - URETROPLASTIA FEMENINA CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL**

Del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, M.; Mata, L.; Díaz, A.; Martins, E.; Delgado, E.; González-Manso, A.; Altez, C.; Bohórquez, M.; Chantada, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V2 - URETROPLASTIA BULBO PENEANA CON DOBLE INJERTO DE MUCOSA ORAL DORSAL POR INCISIÓN PENO - ESCROTAL (MINI KULKARNI)**

Fernández Rodríguez, E.; Bohórquez Cruz, M.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V3 - URETROPLASTIA DE URETRA BULBAR DISTAL INLAY CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL + COLGAJO PREPUICIAL VENTRAL + COLGAJO PEDICULADO MÚSCULO CUTÁNEO DE GRACILIS**

Fernández Rodríguez, E ; Bohórquez Cruz, M.; Altez Fernández, C.; García del Arco, L.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.F.; González- Manso, A.; Delgado García, E.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V4 - SUPRARRENALECTOMÍA BILATERAL RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO CON ABORDAJE EN PRONO**

Martins dos Santos, E.F.; Vázquez-Martul, D.; Díaz Pedrouzo, A.; Altez Fernández, C.A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; Fernández Rodríguez, E.; Del Arco García, L.; León, N.; Mata Pose, L.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V5 - SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA Y EXÉRESIS DE PARANGLIOMA ROBÓTICO ASISTIDO**

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**V6 - MANEJO DE LA PATOLOGÍA SUPRARRENAL MEDIANTE ABORDAJE ROBÓTICO RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO.**

Díaz Pedrouzo, A.; Vázquez-Martul, D.; Martins Dos Santos, F.E; Altez Fernández, C.; Delgado Garcia, E.; González-Manso Pedrosa, A.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; Mata Pose, L; León, N.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G., Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V7 - REIMPLANTE URETERAL EN NEOVEJIGA ROBOT-ASISTIDO.**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### V8 - TUMORECTOMÍA RENAL EN LESIÓN ADYACENTE AL HILIO RENAL

Díaz Pedrouzo, A.; Ponce Díaz-Reixa J.; Altez Fernández, C.; Delgado García, E.; González Manso Pedrosa, A.; Martins Dos Santos, F.E.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Breijo Martínez, S.; Vázquez-Martul, D.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

### V9 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA EN DECÚBITO PRONO

González-Manso Rodríguez, A.; Díaz Pedrouzo, A.; Vázquez-Martul, D.; Freire Calvo, J.; Martins Dos Santos, F.E.; Altez Fernández, C.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Bohórquez Cruz, M.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G., Fernández Rosado, E.; Mosquera Seoane, T.; Aller Rodríguez, M.; Novoa Martín, R.M.; Martínez Breijo, S.; Rodríguez-Rivera García, J.; Janeiro Pais, J.M.; López Fernández, A.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

### V10 - RESCATE QUIRÚRGICO DE RECIDIVA TUMORAL RENAL CON TROMBO VENOSO ASOCIADO.

Martins Dos Santos, E.F.; Vázquez-Martul Pazos, D.; López Fernández, A.; Altez Fernández, C.A.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; Fernández Rodríguez E.; Del Arco García L.; León N.; Mata Pose L.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**17:00** Pausa café

**17:15** Mesa redonda:

**Actualización en cirugía mínimamente invasiva del suelo pélvico**

**Moderador:**

Dr. José María Sánchez Merino

*Servicio de Urología – C.H.U. de A Coruña*

**Ponentes:**

**Tratamiento de la incontinencia urinaria**

Dr. Valentín Toucedo Caamaño

*Servicio de Urología C.H.U. de Santiago de Compostela*

**Prolapso de órganos pélvicos**

Dr. Luis López-Fando Lavalle

*Servicio de Urología H.U. de la Princesa de Madrid*

**18:00** Actualización en el tratamiento inmunoterápico de los tumores urológicos

**Moderador:**

Dr. Álvaro Juárez Soto

*Servicio de Urología H. San Juan Grande de Jerez*

**Ponentes:**

**Cáncer de próstata**

Dr. Ignacio Rodríguez Gómez

*Servicio de Urología C.H.U. de A Coruña*

**Cáncer de vejiga**

Dr. Manuel Carballo Quintá

*Servicio de Urología C.H.U. de Vigo Álvaro Cunqueiro*

Asamblea General de la SG 1ª convocatoria

**19:00** Inauguración Oficial

**19:15** Asamblea General de la SGU 2ª convocatoria

**21:30** Salida en autocar del hotel al restaurante

**22:00** Cena oficial del Congreso

**00:00** Salida del restaurante al hotel

## PROGRAMA SÁBADO 31 DE MAYO

### 09:00 Presentación de **Videos**

#### Moderadores:

**Dr. Rubén Montero Fabuena**

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**Dr. Jacobo Freire Calvo**

*Servicio de Urología C.H.U. de A Coruña*

#### V11 - PROSTATECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR BILATERAL

Díaz Pedrouzo, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Altez Fernández, C.; Delgado García, E.; González Manso Pedrosa, A.; Martins Dos Santos, F.E.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Vázquez-Martul, D.; Breijo Martínez, S.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

#### V12 - PROSTATECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN DEL ESPACIO DE RETZIUS: PROCEDIMIENTO EN 60 MINUTOS.

Iglesias Alvarado, J.R.; Freire Calvo, J.; García Expósito, M.; Bohórquez Cruz, M.; Vázquez-Martul, D.

*Másurología. Hospital San Rafael y Quirónsalud*

#### V13 - HOLEP Y DIVERTICULECTOMÍA ROBÓTICA: SINERGIAS DE TÉCNICAS

Iglesias Alvarado, J.R.; Freire Calvo, J.; García Expósito, M.; Bohórquez Cruz, M.; Vázquez-Martul, D.

*Másurología. Hospital San Rafael y Quirónsalud*

#### V14 - LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL + CAVOTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Fernández Rodríguez, E.; Vázquez-Martul, D.; Altez Fernández, C.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins do Santos, E.; González- Manso, A.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Mata Pose, L.; León, N.; Chantada Abal, V.

*Servicio de urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V15 - LINFADENECTOMÍA INGUINAL MODIFICADA VIDEO-ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PENE**

García del Arco, L.; Mosquera Seoane, T.; Suárez Pascual, G.; Fernández Rodríguez, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins do Santos, E.F.; Delgado García, E.;

González -Manso Rodríguez, A.; Altez Fernández, C.A.; León, N.; Mata Pose, L.; Vázquez-Martul, D.; Barbagelata López, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V..

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V16 - CIRUGÍA RETROPERITONEAL ROBÓTICA EN SUPINO: ABORDAJE ANTERIOR MULTIPUERTO (MARA)**

Vázquez-Martul, D.; Rodríguez Gómez, I.; González-Manso, A.; Delgado Fernández, E.; Ponce Díaz, J.L.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

**V17 - SUSTITUCIÓN URETERAL ROBÓTICA MEDIANTE TÉCNICA COMBINADA CON APÉNDICE CECAL, PSOAS HITCH Y FLAP DE BOARI EN ESTENOSIS URETERAL EXTENSA**

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; González Dacal, J.A.; Zarraonandía Andraca, A.; Plaza Alonso, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Fernández Yáñez, A.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**V18 - TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA TRANSPERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT**

Echeverría Cruz, C.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.A.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; Fernández Yáñez, A.; Novo Gómez, N.; López López, B.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**V19 - TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA RETROPERITONEOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT**

Siles Hinojosa, P.; Zarraonandía Andraca, A.; Chaves Santamaría, M.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Otero Núñez, J.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### V20 - RIRS 2.0

Sousa Iglesias, Á.; Zarraonandía Andraca, A.; Osorio Cabello, M.L.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### 10:30 Pausa café

### 11:00 Mesa redonda: Tumores del tracto urinario superior

#### Moderador:

Dr. Javier Casas Nebra

*Servicio de Urología H.U. Lucus Augusti*

#### Ponentes:

#### Tratamiento Clásico. Modalidades

Dr. Javier Burgos Revilla

*Servicio de Urología H. Ramón y Cajal de Madrid*

#### Tratamiento conservador

Dr. Tomás Fernández Aparicio

*Servicio de Urología H.M. de Murcia*

### 12:00 Presentación de Vídeos

#### Moderadores:

Dr. Javier Pereira Beceiro

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

Dr. Darío Calaffiore

*Servicio de Urología H.U. Lucus Augusti*

### V21 - EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE COILS TRAS EMBOLIZACIÓN DE VARICOCELE

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Díaz Bermúdez, J.; Otero Núñez, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Zarraonandía Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**V22 - CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE BANDELETAS NEUROVASCULARES Y NEOVEJIGA ILEAL EN Y**

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Yáñez, A.; Chaves Santamaría, M.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Núñez Otero, J.J.; Fernández Baltar, C.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Zarraonandía Andraca, A.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**V23 - NEFRECTOMÍA PARCIAL MÚLTIPLE EN PACIENTE CON TUMORES RENALES BILATERALES**

Rodríguez Molina, D.; Calafiore, D.; Vilariño Sobrado, A.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereira, C.; Hernández Calama, E.; Rodríguez Rey, S.; Cambón Bastón, E.M.; Iglesias Alvarado, J.R.; Blanco Gómez, B.; Casas Nebra, F.J.

*Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo*

**V24 - NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA TRANSPERITONEAL LAPAROSCÓPICA CON CAVOTOMÍA Y EXÉRESIS DE TROMBO EN CAVA**

Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J.R.; Cambón Bastón, E.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Casas Nebra, F.J.

*Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo*

**V25 - PNEUMOTOMÍA PARCIAL Y RECONSTRUCCIÓN GLANDAR CON COLGAJO ESCROTAL SEGÚN TÉCNICA DE MAZZA**

Rodríguez Molina, D.; Calafiore, D.; Vilariño Sobrado, A.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereira, C.; Hernández Calama, E.; Cambón Bastón, E.M.; Iglesias Alvarado, J.R.; Blanco Gómez, B.; Casas Nebra, F.J.

*Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo*

**V26 - CORRECCIÓN ROBÓTICA DE FÍSTULA VESICOVAGINAL POSTHISTERECTOMÍA NO ONCOLÓGICA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA EN VIDEO**

Filigrana Valle, C.; Sendín Martín, R.; Cámara Martínez, C.; Lobato Sánchez, M.; Ventura Couto, O.; Romero Selas, E.; Portela Pereira, P.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

**13:15 Conferencia: Andrología**

Moderador:

Dr. Jorge Rey Rey

*Servicio de Urología C.H.U. de Santiago de Compostela*

Ponentes:

**Criopreservación testicular**

Dr. Guillermo Galdón López

*Servicio de Urología C.H.U. de Ferrol*

**Testosterona y Ca de próstata**

Dr. Saturnino Luján Marcos

*Servicio de Urología H. La Fé de Valencia*

**14:00 Clausura del Congreso**

## PÓSTERS

### **P1 - RECIDIVA VESICAL TRAS NEFROURETERECTOMÍA RADICAL. ¿QUÉ FACTORES INFLUYEN EN SU DESARROLLO?**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.;  
Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.;  
Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.;  
Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.;  
Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

Analizar el impacto de ciertos factores en el desarrollo de cáncer vesical en pacientes sometidos a nefroureterectomía radical (NFU) por tumor de tracto urinario superior (TUS).

#### **Material y Métodos**

Estudio retrospectivo de cohortes con 150 pacientes tratados con NFU entre 1993-2024. Se realizó un análisis descriptivo de la población. Análisis univariado mediante T Student para evaluar asociaciones entre múltiples factores y la recidiva tumoral vesical posterior. Análisis multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados de forma independiente a la supervivencia libre de recidiva vesical (SLRV).

#### **Resultados**

La media de edad fue 70,45 años; el 72% eran varones; el 62,2% fumadores. El 57,2% presentó uropatía obstructiva (UO) al diagnóstico, y 28,4% insuficiencia renal preoperatoria (IRP). El 64,2% de los tumores se localizaron en pelvis renal/cálices, el 35,8% en uréter. El 66,9% de los tumores eran de alto riesgo y el 60,5% tenían categoría <pT3. El 15,4% presentó afectación ganglionar regional (N+). Se practicó desinserción endoscópica del uréter distal en el 66,9%, el resto, rodete vesical laparoscópico. El 17,6% recibió tratamiento

adyuvante (30,77% de ellos según protocolo POUT). El 21,8% presentó cáncer vesical pre- NFU, y el 31,9% post-NFU.

El análisis univariado mediante T Student demuestra que la uropatía obstructiva previa ( $p=0,047$ ), la localización tumoral en pelvis/cálices renales ( $p=0,022$ ) y la categoría  $<pT3$  ( $p=0,021$ ) aumentaron la probabilidad de recidiva vesical.

El análisis multivariado de Cox ajustado por edad, sexo, insuficiencia renal preoperatoria, tamaño tumoral, localización del tumor, categoría pT y pN, existencia de carcinoma in situ (CIS), márgenes, ureterorrenoscopia (URS) previa, tratamiento adyuvante y tratamiento del uréter distal, mostró que la IRP (RR: 0,112, 95% IC: 0,026-0,478,  $p=0,03$ ), la existencia de CIS (RR: 0,157, 95% IC: 0,027-0,920,  $p=0,04$ ), y la URS previa (RR: 6,862, 95% IC: 1,184-39,769,  $p=0,032$ ) se asociaron de forma independiente a SLRV.

### Conclusiones

La IRP, el CIS y la URS previa se asocian de forma independiente a SLRV.

### Palabras clave

Cáncer vesical, NFU, TUS.

## P2 - RESULTADOS DE VIDA REAL DE APALUTAMIDA EN CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO (CPHSm) EN COMBINACIÓN CON SBRT

Díaz Pedrouzo, A.; Altez Fernández, C.; Fernández Rodríguez, E.;  
Mata Pose, L.; Aller Rodríguez, M.; Rodríguez Gómez, I.;  
López Fernández, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.;  
Martínez Breijo, S.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### Objetivos

Los ARPI han demostrado un gran incremento en SG y SLPr en los pacientes con CPHSm, pero el resultado de la combinación con SBRT sigue estando poco estudiado.

El objetivo principal del estudio fue analizar las diferencias en la supervivencia libre de progresión radiológica (SLPr) y la respuesta bioquímica entre los pacientes con CPHSm metacrónico (en su mayoría con < 5 metástasis) a tratamiento con APA+TPA o APA+TPA+SBRT.

### Material y Métodos

Realizamos un análisis retrospectivo unicéntrico que incluye a 118 pacientes con CPHSm tratados con Apalutamida, de los cuales 68 (57%) son pacientes con tumores metacrónicos. Clasificamos a los pacientes con tumores metacrónicos en 2 grupos:

- APA+TPA: 38 pacientes (56%)

- APA+TPA+SBRT: 30 pacientes (44%)

El seguimiento se realiza entre enero de 2021 y enero de 2025 y se analizan variables descriptivas como edad, mediana de PSA, Gleason, ISUP, volumen tumoral e interacciones farmacológicas.

Analizamos la SLPr y la respuesta bioquímica mediante la representación gráfica con curvas de Kaplan-Meyer y Odd ratio.

### Resultados

La SLPr para el subgrupo de metacrónicos tratados con APA+SBRT fue del 97% mientras que la del grupo de APA fue del 96% (OR 1.42, 0,03 - 58.41,  $p = 1.00$ ), con tan sólo una progresión radiológica en ambos subgrupos.

En cuanto a la respuesta por PSA, al 1er mes, el grupo APA + SBRT mostró una

mayor proporción de pacientes con PSA ultralow ( $< 0.02$  ng/ml), con  $p=0.0289$ . Sin embargo, esta diferencia no se mantuvo a los 3 y 6 meses ( $p=0.08$  y  $p=0.78$ , respectivamente).

Además, las medianas de PSA fueron similares en ambos grupos a lo largo del tiempo, con valores muy bajos (0.03-0.05 ng/ml).

### **Conclusiones**

En nuestra serie evidenciamos una muy buena SLPr y respuesta bioquímica en pacientes con lesiones metacrónicas tratadas con Apalutamida, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos subgrupos.

Sin embargo, el carácter retrospectivo del estudio y la corta mediana de seguimiento limitan nuestras conclusiones ante el buen pronóstico global de estos pacientes.

### **P3 - SEGURIDAD Y RESULTADOS DE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA/ROBOASISTIDA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS: CONSIDERACIONES SOBRE LA COLOCACIÓN SIMULTÁNEA DE CABESTRILLO SUBURETRAL**

Goicoechea Rey, M.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

La Colposacropexia Laparoscópica/Roboasistida [CSPL/CSPRa] es un tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo del prolapso de órganos pélvicos (POP) vía abdominal, gracias a su alta tasa de éxito y a la baja probabilidad de recurrencia posterior.

Presentamos un estudio analítico sobre esta técnica en nuestro centro.

#### **Material y Métodos**

Análisis descriptivo de 192 pacientes diagnosticadas de POP y tratadas mediante CSPL/CSPRa entre 2013 y 2025 con seguimiento en consultas externas.

Se realiza test de Chi-Cuadrado para determinar asociación entre complicaciones y colocación simultánea de malla suburetral transobturatriz (TOT).

#### **Resultados**

La edad media fue de 63.51 años y el índice de masa corporal medio de 28.26.

Como antecedentes, el 13% eran diabéticas, el 22.4% presentaban incontinencia urinaria de urgencia (IUU) y el 51.6% de esfuerzo (IUE).

El 99% de las pacientes presentaban cistocele, siendo en el 54.2% un grado III de la clasificación de POPq. Un 70.7% presentaban rectocele, de grado I en el 38.7%.

El 70.3% refería sensación de bultoma vaginal, un 44.3% sensación de peso, un 21.9% disfunción de vaciado y el 13.5% estreñimiento.

Como variables intraoperatorias, el 76% de los casos se realizó corrección del compartimento anterior y posterior y al 29.2% se les puso malla TOT en el mismo acto. La media de días de ingreso fue de 2,66.

La corrección del prolapso se consiguió en el 94.8% de los casos, y un 90.1% reconocieron estar satisfechas en la consulta de revisión.

En el postoperatorio, un 30.2% de pacientes presentaron IUE, precisando en un 9.9% de los casos la colocación de cabestrillo TOT. El 82.3% de las pacientes no presentaron ninguna complicación.

La posibilidad de desarrollar complicaciones fue significativamente superior entre las pacientes con colocación simultánea de cabestrillo suburetral que entre las pacientes sin colocación de cabestrillo ( $p=0,033$ ). Las más frecuentes fueron la extrusión de malla, la obstrucción infravesical y la lesión vesical.

### **Conclusiones**

La CSPL/CSPRa es una técnica segura, efectiva y de corta estancia hospitalaria para la reducción del POP. En nuestra serie, se demostró la asociación entre colocación simultánea de malla TOT y mayor riesgo de sufrir complicaciones.

### **Palabras Clave**

Colposacropexia Prolapso Seguridad

#### **P4 - TIEMPO DE ISQUEMIA CALIENTE EN NEFRECTOMÍA PARCIAL Y RELACIÓN CON LA FUNCIÓN RENAL**

Delgado García, E.; González-Manso A., Vázquez-Martul, D.; Martins, E.; Martínez Breijo, S.; Lamas Díaz, L.; Chantada Abal, V.;

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

##### **Introducción**

La nefrectomía parcial es el tratamiento preservador de nefronas estándar en pacientes con sospecha de neoplasia renal. Sin embargo, se ha demostrado que ciertos factores peri e intraoperatorios como el clampaje arterial pueden estar relacionados con un deterioro de la función renal posterior.

##### **Material y Métodos**

Presentamos un estudio retrospectivo de 267 pacientes intervenidos en nuestro centro entre los años 2016 y 2023 de nefrectomía parcial por tumor renal mediante diferentes abordajes: abierto, laparoscópico (transperitoneal y retroperitoneal) y robótico (transperitoneal y retroperitoneal). En estos pacientes se anotaron cifras de creatinina y filtrado glomerular pre y postquirúrgicas (medidas entre los 6 meses y el año de la cirugía).

##### **Resultados**

Se analizaron los tiempos de isquemia caliente y se compararon con las cifras de creatinina pre y post cirugía. La mediana de isquemia fueron 18 minutos, siendo el TIC mínimo 0 (sin clampaje) y máximo 50 minutos. Para establecer una relación entre ambas variables se realiza un análisis estadístico utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

Se obtiene un coeficiente de correlación de 0.18, con un p-valor de 0.0058 analizando la relación entre el TIC y la creatinina, lo cual indica una débil correlación positiva estadísticamente significativa. Sin embargo, al analizar la relación entre el filtrado glomerular y el TIC no se obtienen resultados estadísticamente significativos [-0.09; p-valor 0.2785].

### **Conclusiones**

Es un factor conocido la relación entre tiempos de isquemia y deterioro de la función renal. Los diferentes avances en cirugía laparoscópica y robótica y nuevos abordajes han permitido disminuir estos tiempos hasta el punto de lograr en ciertos casos isquemias nulas.

Es fundamental, siempre que las características del tumor y del paciente lo permitan minimizar los tiempos de isquemia al mínimo para asegurar una mejor preservación de la función renal a posteriori.

### **Palabras Clave**

Nefrectomía parcial, función renal, tiempo de isquemia.

## P5 - FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL POR TVMI PRIMARIO

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.; González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### Objetivo

Análisis de factores previos y posteriores a cistectomía radical (CR) en pacientes con diagnóstico de neoplasia vesical musculo infiltrante (NVMI) tras la primera resección transuretral (RTU) que influyen en el pronóstico.

### Métodos

Estudio observacional retrospectivo: seleccionamos entre los 360 pacientes sometidos a CR entre 2001-2024 una cohorte de (n=255) intervenidos por NVMI en la primera RTU.

Análisis descriptivo de variables, Chi-cuadrado y análisis univariado Kaplan-Meier y multivariado de Cox.

### Resultados

La media de edad fue 67,78 ( $\pm 9,28$ ) años. 91,3% fueron hombres. El 31,5% presentaron uropatía obstructiva en el TAC de estadiaje y el 17,7%, T $\geq$ 3. El 62,6% de los pacientes eran ASA  $\geq$  3. El 10,2% presentaron infiltración linfovascular (ILV) en la RTU. 10,4% de los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante [el 28% en los últimos 10 años] y el 18,8%, adyuvante. El tiempo medio de demora entre la RTU y la CR fue de 38,81 ( $\pm 49,9$ ) días.

En pieza de CR: 76,8% carcinoma urotelial, 3,6% diferenciación sarcomatoide, 3,1% diferenciación escamosa. Estadio T: T0 16,95, Ta-T1 11%, T2 18,8%, T3 36,5%, T4 36% y Tis 2,7%. Estadio N: N1 19,7% y N2 6,7%.

Abordaje laparoscópico 64,3%, abierto 23,5% y robótico asistido 12,2%. 36,6% derivación urinaria tipo conducto ileal, neovejiga ileal en 38,5% y

ureterostomias cutáneas en 18,5%. El 8,7% de los pacientes presentaron márgenes positivos. El 22,8% de los pacientes presentaron ILV (+).

Análisis univariado Kaplan-Meier: Supervivencia global (SG), cáncer relacionado (SCr) y libre de progresión (SLP) a los 5 años de 52%, 60,2% y 42,5%, respectivamente. Existen diferencias significativas en SLP en pacientes con ILV en pieza quirúrgica ( $p=0,010$ ).

Análisis multivariado de Cox ajustado por edad, categoría pT y pN, márgenes e ILV: se asocia con SG y SCr la categoría T, los márgenes y la edad.

### **Conclusiones**

En pacientes con CR por TVMI inicial, la ILV se relaciona con la SLP. Los márgenes y estadificación T en pieza con la SG y la SCr.

**P6 - HOLEP VS RTUP: RESULTADOS INICIALES DE NUESTRO CENTRO**

González-Manso, A.; Bohórquez, M.; Altez, C.; Delgado, E.; Díaz, A.; Martins, E.; Aller, M.; Vázquez-Martul, D.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

**Introducción**

La enucleación prostática con láser Holmium (HoLEP) ha emergido como una técnica de referencia en el tratamiento del crecimiento benigno de próstata en Europa, gracias a sus resultados funcionales prometedores. No obstante, su adopción implica superar una curva de aprendizaje más prolongada respecto a la tradicional resección transuretral de próstata (RTUp).

**Objetivo**

Evaluar de forma comparativa los resultados quirúrgicos y funcionales de nuestras primeras series de pacientes intervenidos mediante HoLEP frente a RTUp.

**Métodos**

Estudio retrospectivo realizado sobre una cohorte de 96 pacientes intervenidos entre enero de 2022 y octubre de 2023. Se analizaron 41 casos de RTUp y 55 de HoLEP, todos realizados por dos cirujanos sin programa de mentoría formal. Se recogieron y compararon variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias con el software estadístico SPSS 29.

**Resultados**

Ambos grupos eran comparables en edad, índice de masa corporal y volumen prostático previo. La RTUp mostró un menor tiempo operatorio (60 vs. 92 minutos;  $p < 0,001$ ). Sin embargo, HoLEP ofreció mejores resultados funcionales, con un flujo máximo significativamente mayor a los dos meses (13,9 vs. 5,62 mL/s;  $p < 0,001$ ), mayor cantidad de tejido extraído (43 g vs. 12,45 g;  $p < 0,001$ ) y una mayor reducción del PSA (2,33 vs. 0,57 ng/mL;  $p < 0,01$ ). Además, HoLEP se asoció con una pérdida hemática menor (descenso de hemoglobina: 1,43 vs. 2,13 g/dL;  $p = 0,03$ ), pero presentó una incidencia más elevada de incontinencia de esfuerzo transitoria (38,18% vs. 2,44%), que en su

mayoría se resolvió antes de los seis meses (persistente solo en el 5,45%). No se encontraron diferencias significativas en el residuo postmiccional, tiempo de sondaje, estancia hospitalaria ni en complicaciones mayores.

### **Conclusión**

A pesar de un mayor tiempo quirúrgico y una tasa inicial más alta de incontinencia transitoria, HoLEP demostró una superioridad clara en términos de resultados funcionales y eficacia de desobstrucción en esta primera experiencia en nuestro centro. Su implementación, incluso sin mentoría directa, puede ofrecer beneficios tangibles desde las primeras fases del aprendizaje.

## **P7 - INCREMENTO DE LA RECUPERACIÓN ESPERMÁTICA EN BIOPSIAS TESTICULARES DE PACIENTES CON AZOOSPERMIA NO OBSTRUCTIVA MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE SELECCIÓN POR GRADIENTE.**

Guillermo Galdón; Banafsheh Nikmehr; Nicholas Allen Deebel; Janmejay Hingu; Rachel Ruble; Yueqiang Song; Ayse Kose Vuruskan; Anuradha Devenini; Cihan Halicig; Stuart Howards; Tamer Yalcinkaya; Hooman Sadri-Ardekani

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### **Introducción**

La infertilidad masculina es un creciente problema de salud pública actualmente afectando alrededor del 8-9% de hombres en edad reproductiva. El término de azoospermia no obstructiva (NOA) representa aquellos casos más severos donde no se logran identificar espermatozoides en el semen a raíz en una alteración de la spermatogenesis. La microbiopsia testicular (microTESE) combinada con la inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) ha permitido a estos pacientes aspirar a la paternidad. Desafortunadamente, su efectividad sigue siendo discreta [40-45%]. En este estudio, introducimos un sistema de selección por gradiente con la intención de mejorar los resultados de recuperación espermática.

### **Métodos**

Un sistema de gradiente fue creado disponiendo capas de Gradient 100 solution a diferentes concentraciones siguiendo un protocolo propio. Los resultados de 40 microTESE consecutivos realizados en nuestro centro desde la introducción del sistema de gradiente fueron revisados y analizados. El análisis estadístico se realizó usando SPSS.

### **Resultados**

La ratio de recuperación espermática paso del 47.5% antes del uso de gradiente al 75% después de gradiente (McNemar  $p=0.03$ ). Cuando seleccionamos específicamente pacientes con un diagnóstico anatomopatológico de "Sertoli-cell only" la recuperación espermática paso del 9% mediante análisis convencional hasta el 54.5% tras el uso de gradiente.

En el subgrupo de pacientes que ya habían sido sometidos a un microTESE sin éxito, la recuperación espermática pasó de un 20% a un 80% de éxito.

En pacientes expuestos a tratamiento con testosterona previo a la cirugía la ratio de recuperación espermático se incrementó desde el 25% hasta el 75%.

Factores frecuentemente asociados al fracaso de la recuperación espermática como la elevación de la FSH y el volumen testicular bajo fueron capaces de predecir la recuperación espermática inicial (ROC curve p respectively). Sin embargo, ninguno de ellos logró predecir la recuperación espermática tras el uso de selección por gradiente.

Ninguno de los pacientes incluidos en la serie presentó ninguna complicación postoperatoria de nivel Clavien-Dindo mayor a 2.

### **Conclusiones**

La selección espermática mediante gradiente puede mejorar significativamente la recuperación espermática en paciente con NOA, especialmente aquello con condiciones prequirúrgicas desfavorables.

## **P8 - PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO DIAGNOSTICADOS EXCLUSIVAMENTE MEDIANTE PET-PSMA**

León, N.; Altez, C.; Fernández, E.; Mata, L.; Ponce, J.;

Rodríguez-Gómez, I.; Aller, M.; Chantada Abal, V.; Martínez-Breijo, S.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### **Objetivos**

Describir las características clínicas, tratamientos y evolución de los pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSM) diagnosticados exclusivamente mediante PET-PSMA, sin hallazgos previos en pruebas de imagen convencionales.

### **Material y Métodos**

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes diagnosticados de CPHSM en un hospital de tercer nivel desde enero de 2018 hasta el 20 de enero de 2025. Se incluyeron aquellos pacientes cuya enfermedad metastásica se identificó exclusivamente mediante PET-PSMA. Se analizó información clínica, tipo de tratamiento local, uso de SBRT, número y tipo de metástasis (M1a, M1b), respuesta al tratamiento con apalutamida, eventos adversos y seguimiento. Para el análisis estadístico se usó el programa R version 4.4.3

### **Resultados**

Se incluyeron 34 pacientes con una mediana de edad actual de 73.5 años y edad al diagnóstico de CaP de 66 años. El tratamiento local más frecuente fue cirugía + radioterapia tras RB (53%). El 47% recibió SBRT. El 44% presentó metástasis M1a, el 35% M1b, y el 18% ambas. Treinta y dos pacientes empezaron nuevos agentes hormonales tras el diagnóstico metastásico. La mediana de tiempo desde el diagnóstico de CaP hasta la progresión metastásica fue de 56.2 meses.

Diecinueve pacientes (56%) lograron respuesta completa, uno respuesta parcial, y doce enfermedad estable. El tiempo medio hasta la respuesta completa fue de 15.1 meses. Doce de los 19 pacientes con respuesta completa habían recibido SBRT. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre recibir o no SBRT respecto al tiempo hasta respuesta completa ( $p=0.63$ ).

Durante el seguimiento (mediana: 78.5 meses), no se registraron óbitos. Solo 2 pacientes presentaron progresión radiológica y 2 discontinuaron apalutamida por eventos adversos. El control bioquímico fue excelente con PSA mediano a 12 meses de 0.03 ng/mL. La mediana de tiempo en tratamiento con apalutamida fue de 23.6 meses.

### **Conclusiones**

El PET-PSMA permite diagnosticar enfermedad metastásica en pacientes con CaP no detectada por pruebas convencionales. Estos pacientes muestran una alta tasa de respuesta completa, excelente control del PSA y escasa progresión clínica o eventos adversos.

## P9 - PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: ANÁLISIS DE LA SERIE DE FERROL.

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### Objetivo

Evaluar los resultados de pacientes de alto riesgo DÁmico tratados con prostatectomía radical (PR).

### Material y Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes formado por 152 pacientes de alto riesgo tratados con PR entre 2000-2020. Descriptivo de la muestra. Análisis multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia libre de metástasis (SLM) y supervivencia libre de terapia de deprivación androgénica (SLTDA). Método de Kaplan-Meier para estimar supervivencia global (SG), supervivencia cáncer relacionada (SCR), supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB)

### Resultados

La media de edad fue de  $66,4 \pm 6$  años; el PSA mediano de: 10,93 ng/ml. Presentaron Gleason 8 en la pieza el 61,8%, Gleason 9 el 37,5% y Gleason 10 el 0,7%. El 42,8 % tenían márgenes negativos. Presentaron recidiva bioquímica 66,4%, y metástasis 15,8%. El seguimiento medio fue de 81,95 meses.

La SLRB al cabo de 1, 2 y 5 años fue 30,5%, 21,1%, y 6,3% respectivamente. La SCR al cabo de 1, 2 y 5 años fue 100%, 97,7% y 96% respectivamente. La SG al cabo de 1, 2 y 5 años fue 98,5%, 95,4% y 83,9% respectivamente.

Se realiza regresión de Cox multivariada ajustada por edad, PSA, % de cilindros positivos, vía de abordaje quirúrgico, Gleason de la pieza, estado de márgenes, categoría pT y categoría pN objetivando que, edad (RR:0,64, 95%IC:0,117-0,837;  $p=0,009$ ) y categoría pT (RR:0,003, 95%IC:0-0,33;  $p=0,015$ ), se asocian de forma independiente a SLM. Edad (RR:0,886, 95%IC:0,816-0,961;  $p=0,003$ );

categoría pN (RR:0,313, 95%IC:0,457-0,896; p=0,021); y vía de abordaje quirúrgico (RR:0,21, 95%IC:0,002-0,256; p=0,002), se asocian de manera independiente a SLTDA.

### **Conclusiones**

La edad y la categoría pT se asocian de manera independiente a SLM. La edad, la categoría pN y la vía de abordaje quirúrgico se asocian de manera independiente a SLTDA.

### **Palabras clave**

Prostatectomía radical. Alto riesgo. D'Amico.

## **P10 - COMPARACIÓN DE TEMPOS DE ISQUEMIA ENTRE ABORDAXES ABERTA E LAPAROSCÓPICA EN NEFRECTOMÍA PARCIAL PARA TUMORES PT1A. ACHADOS E CONCLUSIONES.**

González-Manso, A.; Delgado García, E; Salgado Novoa, J.; Vázquez-Martul, D.; Altez López, C.A.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.F.; Ponce Díaz, J.L.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### **Introdución**

No contexto dos tumores renais T1a, a nefrectomía parcial está sobradamente establecida como o gold standard de tratamento. Existen varios factores que contribuen á perda de función renal posterior, como a perda nefronal asociada á resección ou o tempo de isquemia quente (TIC) durante a mesma.

### **Materiais**

Incluíronse un total de 141 pacientes con neoplasia renal pT1a, intervídos de nefrectomía parcial entre xaneiro de 2016 e decembro de 2023 no noso centro. Comparouse se existían diferenzas no TIC entre a abordaxe aberta e as abordaxes endoscópicas (laparoscópica, retroperitoneoscópica e robótica) mediante un test U de Mann-Whitney.

Posteriormente comparouse por grupos (abordaxe aberta e abordaxes laparoscópicas) se existían diferenzas entre a creatinina precirúrxica e a postcirúrxica empregando un test de T-Student para datos emparellados.

### **Resultados**

A media de TIC para a abordaxe aberta foi de 9 minutos, sendo de 17 minutos para as abordaxes endoscópicas. A proba de Mann-Whitney atopou diferenzas estatisticamente significativas entre ambos, cun p-valor de 0,008.

A comparación de creatinina pre e postoperatoria nas abordaxes abertas non atopou diferenzas (media preoperatoria de 0,93 e postoperatoria de 1,03). No caso das abordaxes endoscópicas sí amosou diferenzas (p-valor de 0,00006) para unha variación media de creatinina de só 0,069 (media preoperatoria de 0,96 e postoperatoria de 1,03)

### **Conclusións**

Malia a ampla estandarización e experiencia das abordaxes endoscópicas, o TIC segue a ser máis longo nestas que na época da cirurxía aberta.

Non obstante, ao comparar a repercusión funcional da intervención en tumores pequenos pT1a (nos que asumimos perda nefronal mínima), vemos que é minúscula en ámbolos dous grupos, sendo os TICs actuais perfectamente asumibles sen que iso condicione cambios clínicamente significativos na creatinina.

### **Palabras clave**

Nefrectomía Parcial, cirurxía aberta, laparoscopia, tempo de isquemia.

## **P11 - CÁNCER VESICAL PREVIO O POSTERIOR A NEFROURETERECTOMÍA: ANÁLISIS DE SU IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR.**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### **Introducción**

Analizar el impacto del cáncer vesical previo/simultáneo a nefroureterectomía (NFU) frente post-NFU, en la supervivencia de pacientes con tumores del tracto urinario superior (TUS).

### **Material y Métodos**

Estudio retrospectivo de cohortes con 150 pacientes tratados con NFU entre 1993-2024. Análisis descriptivo de características epidemiológicas de la muestra y análisis multivariado de regresión de Cox para identificar factores asociados de forma independiente a supervivencia global (SG) y supervivencia cáncer relacionada (SCR). Método de Kaplan- Meier para estimar SG y SCR. Prueba de log-rank para comparar supervivencia entre grupos.

### **Resultados**

La media de edad fue 70,45 años; 72% varones; 62,2% fumadores. 28,4% presentaron insuficiencia renal preoperatoria (IRP). 64,2% de los tumores se localizaron en pelvis renal/ cálices. El 60,5% de los TUS eran categoría <pT3. 15,4% con afectación ganglionar regional (N+). En 66,9% se realizó desinserción endoscópica del uréter distal, en el resto, rodete vesical laparoscópico. El 21,8% presentó cáncer vesical pre-NFU(7,4% de los cuales con  $\geq 3$  resecciones), 31,9% post-NFU (siendo 78,9% <T2 y 2,6% CIS).

El análisis multivariado de regresión de Cox ajustado por edad, categoría pT, pN, tabaquismo, IRP, tamaño, localización anatómica en TUS, márgenes y momento de presentación del cáncer vesical, mostró que: categoría pT (RR:

0,431, 95% IC: 0,200-0,930,  $p=0,0032$ ), edad (RR: 1,088, 95% IC: 1,042-1,135,  $p<0,001$ ) e IRP (RR: 0,408, 95% IC: 0,187-0,890,  $p=0,024$ ) se asociaron de forma independiente a SG. La edad (RR: 1,078, 95% IC: 1,018-1,140,  $p=0,01$ ), categoría pT (RR: 0,246, 95% IC: 0,084-0,717,  $p=0,01$ ) y categoría pN (RR: 0,245, 95% IC: 0,082-0,734,  $p=0,012$ ) se asociaron de forma independiente a SCR. La SCR a 5 años en pacientes con cáncer vesical pre-NFU/simultáneo y post-NFU fue 49,8% y 74%, respectivamente. La SG a 5 años en estos mismos grupos fue 54,6% y 65,8%, respectivamente. Sin embargo, ningún caso resultó estadísticamente significativo.

### **Conclusiones**

No se demuestra impacto del cáncer vesical previo o post NFU en SG o SCR. La categoría pT y edad se asocian de forma independiente a SG y SCR en pacientes con NFU. La IRP se asocia de forma independiente a SG, y la categoría pN a SCR.

### **Palabras clave**

Cáncer vesical, NFU, TUS.

## P12 - ANÁLISIS DE COMPLICACIONES PRECOCES Y TARDÍAS TRAS CISTECTOMÍA RADICAL POR NEOPLASIA VESICAL

Montero Gómez E.; Galdón López G.; Bianchi Stilman R.; Goiecochea Rey M.; Antequera Granados A.; Fresco Iglesias L.; Da Cruz Soage N.; Lojo Romero J.; Molinos Mayo M.; Diz Gil R.; Abeijón Piñeiro C.; Montero Fabuena R.; Pereira Beceiro J.M.; González Blanco A.G.; Bonelli Martín C.; Rodríguez Alonso A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### Objetivo

Análisis de complicaciones precoces y tardías en pacientes tras cistectomía radical (CR) y de factores asociados a las mismas.

### Material y Métodos

Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes (n= 350) tratados mediante cistectomía radical por neoplasia vesical entre 2001-2024. Se considera complicación precoz la ocurrida en los primeros 30 días tras la intervención y, complicación tardía, tras 90 días.

Análisis descriptivo de variables, regresión logística para valorar factores asociados a las complicaciones precoces y tardías.

### Resultados

Media de edad de 68,21(±8,97) años. El 91,1% fueron varones.

Tiempo quirúrgico medio 259 [125-550] minutos. En el 93,7% se realizó linfadenectomía. Se realizó derivación urinaria tipo ureterosigmoidostomía en el 7,7%, conducto ileal tipo Bricker en el 36%, neovejiga en el 34,6% y ureterostomía cutánea en el 21,1% de los casos. Se realizó protocolo de rehabilitación multimodal perioperatorio FAST-TRACK en el 31,1% de las intervenciones.

El 60,6% de los pacientes presento alguna complicación precoz: 16% complicación Clavien-Dindo tipo I, el 15,4% tipo II y el 28,6%, ≥ III. El 4% (n=14) fueron complicaciones tipo V.

El 28% (n=98) de los pacientes desarrollaron complicaciones tardías: el 10% estenosis de la anastomosis ureteroileal, 5% estenosis uretrovesical, 2% hernia paraestomal. El 6% desarrollaron litiasis urinarias, el 8% ITUs de repetición (n=28). En los pacientes con neovejiga(n=119), el 11% presento incontinencia urinaria diurna moderada (n=14) y, el 9% de los pacientes, preciso autosondajes.

Regresión logística para complicaciones precoces y tardías: la estadificación ASA III y la realización de ureterosigmoidostomia se asocia con la aparición de complicaciones precoces ( $p=0,048$  y  $p=0,008$ ).

La edad, el abordaje y la derivación urinaria se asociaron de manera significativa a la aparición de complicaciones tardías ( $p=0,030$ ;  $p=0,031$ ;  $p=0,048$ ).

### **Conclusiones**

La cistectomía radical es una técnica con una elevada morbilidad. En nuestra serie, el riesgo anestésico y la realización de ureterosigmoidostomia se relaciona con las complicaciones precoces. La edad, el abordaje abierto y la realización de neovejiga se asociaron a las complicaciones tardías.

### **P13 - ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES INTERVENIDOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL SEGÚN EL IMPACTO DEL TIEMPO DE DUPLICACIÓN DE PSA .**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

Analizar el impacto en la evolución oncológica en pacientes tratados mediante prostatectomía radical (PR) según la velocidad de duplicación de PSA (DT), dividiéndolos en dos grupos: PSA-DT > 12 meses (G1) o ≤ 12 meses (G2).

#### **Material y Métodos**

Estudio retrospectivo de cohortes formado por 522 pacientes en recidiva bioquímica (RB) tras PR entre 2000-2024.

Análisis descriptivo de las características epidemiológicas de la muestra y método de Kaplan-Meier para estimar supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB), de terapia de deprivación androgénica (SLTDA), cáncer-relacionada (SCR), y supervivencia global (SG). Prueba de log rank para comparar la supervivencia entre grupos.

#### **Resultados**

La media de edad de la muestra es de 65,6 ± 6 [46-76] años, el índice de comorbilidad de Charlson 3 ± 1 [1-6] y el PSA prequirúrgico 10,8 ± 10,2 [1,7-116,3] ng/mL. El 48,1% fueron de riesgo intermedio D'Amico. Se realizó linfadenectomía en el 35,3%. En cuanto a la pieza: 54,2% tuvieron Gleason 7, el 52,3% pT3 y el 30,1% pN1. El 54,2% de las recidivas bioquímicas fueron de alto riesgo (según la Asociación Europea de Urología). La media de PSA-DT fue de 15,19 ± 13,73 [1,1-88,2] meses. El G1 representa el 47,7% de la muestra y el G2 52,3%. El 68,4% recibieron radioterapia como tratamiento de rescate. El 46,9% terapia de deprivación androgénica.

En G1 la SLRB a 1, 5 y 10 años fue de 98,5%, 56,5% y 9,2%, respectivamente; la SLTDA de 100%, 92,9% y 50%. En G2 la SLRB 85,5%, 15,9% y 4,1%; la SLTDA fue 96,8%, 48,7% y 13%.

En G1 la SCR a 5, 10 y 15 años fue 100%, 100%, 98,8% respectivamente; y SG 98,4%, 86,8% y 71%. En G2 la SCR 100%, 95,9% y 92,4%; y SG 97,4%, 82,3%, 65,9%.

Entre ambos grupos existen diferencias estadísticamente significativas en SLRB ( $p < 0,001$ ), SLTDA ( $p < 0,001$ ), y SCR ( $p = 0,034$ ), no siendo significativas en SG ( $p = 0,294$ )

### **Conclusiones**

Existen diferencias estadísticamente significativas según PSA-DT( >12 meses y  $\leq 12$  meses) en cuanto a SLRB, SLTDA y SCR. Sin embargo, no resultan significativas las diferencias en términos de SG.

### **Palabras clave**

Recidiva bioquímica, prostatectomía, doubling time.

## **P14 - CÁNCER DE PRÓSTATA INCIDENTAL EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CISTECTOMÍA RADICAL: PRÁCTICA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.**

Echeverría Cruz, C.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.;  
Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.;  
Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; González Dacal, J.;  
Fernández Yáñez, A.; Novo Gómez, N.; López López, B.;  
Zarraonandia Andraca, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.;  
Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### **Introducción**

La cistoprostatectomía radical con linfadenectomía es el tratamiento estándar para pacientes con carcinoma vesical musculo invasivo y no musculo invasivo de muy alto riesgo o tras fracaso de BCG. En el 24% de los pacientes se detecta un cáncer de próstata incidental, que es aquel detectado en las piezas de cistectomía en pacientes sin signos previos de enfermedad. Este se suele caracterizar por ser órgano-confinado y con puntuación Gleason baja.

### **Objetivos**

Determinar la prevalencia, características clínicas e histopatológicas y seguimiento y pronóstico de los pacientes con cáncer de próstata incidental intervenidos de cistectomía radical en nuestro centro.

### **Material y Métodos**

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de 81 pacientes varones sometidos a cistectomía radical entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Se analizan las características clínicas de los pacientes y las histopatológicas de cada pieza junto con el seguimiento con respecto a los niveles de PSA y la supervivencia.

### **Resultados**

En los 81 pacientes varones del estudio la media de edad fue de 57 años (39-89). 10 pacientes habían sido diagnosticados de cáncer de próstata de forma previa a la intervención (12.34%). De manera incidental se halló cáncer de

próstata en 23 de los 71 pacientes restantes, de ellos 9 presentaban cáncer clínicamente significativo. La supervivencia global en el grupo con cáncer de próstata incidental fue del 70%, en comparación con la del grupo que no presentó cáncer de próstata en el diagnóstico, que fue del 72%, sin encontrarse diferencias significativas ( $p=0,80$ )

### **Conclusiones**

En los pacientes varones que se someten a una cistectomía radical el hallazgo del cáncer de próstata de manera incidental es una posibilidad. El adenocarcinoma de próstata de bajo riesgo o riesgo intermedio no tiene impacto significativo sobre la supervivencia de estos pacientes. Su pronóstico dependerá, en mayor parte, de las características y el estadio del tumor vesical por el cual se realiza la cistectomía en un primer lugar.

**P15 - CISTECTOMÍA RADICAL: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA**

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Otero Núñez, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Zarraonandia Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.*

**Objetivos**

La cistectomía radical es el tratamiento estándar para el carcinoma urotelial músculo- invasivo o no músculo invasivo de muy alto riesgo o tras fallo de BCG. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de las cistectomías radicales realizadas en nuestro centro en los últimos 4 años.

**Material y Métodos**

Estudio retrospectivo descriptivo de 100 pacientes sometidos a cistectomía radical entre enero de 2021 y diciembre de 2024. Análisis de variables epidemiológicas, patológicas, quirúrgicas, complicaciones y resultados oncológicos. El análisis se realizó con SPSS v25.

**Resultados**

81% varones y 19% mujeres. Edad media de 69 años (39-89). El 64% eran fumadores. IMC promedio de 28,25 (17-37) y ASA 2 en el 30%. La indicación de la cistectomía fue por causa tumoral en 91 pacientes. El carcinoma urotelial fue la histología predominante (89%), siendo la diferenciación escamosa la más frecuente (16 casos). 59 pacientes tenían tumores músculo-infiltrantes. Recibieron neoadyuvancia 10 pacientes y adyuvancia 14 pacientes. 25 pacientes presentaban TVNMI a los que se les realizó cistectomía precoz. cN0 en 85 pacientes pero pN0 en 63. 95 cistectomías fueron laparoscópicas (5 con asistencia robótica). Tipo de derivación urinaria: Bricker laparoscópico (56), técnicas extracorpóreas (23), Bricker robótico (2), neovejiga robótica (1). Tiempo quirúrgico medio 358 minutos (90-780). 69 pacientes presentaron complicaciones postquirúrgicas Clavien-Dindo II. Estancia media hospitalaria de 12 días (4-90). Reingreso a los 90 días (32%), principalmente

por ITU febril. Se reportaron 6 recidivas locorregionales y 19 casos de progresión tumoral. Tiempo medio libre de enfermedad en pacientes con recidiva o progresión: 10.26 meses. 30 pacientes fallecieron durante el seguimiento.

### **Conclusiones**

La cistectomía radical en nuestro centro presenta resultados oncológicos y perioperatorios satisfactorios. La seguridad del procedimiento es destacable y la optimización del manejo de complicaciones mejorará los desenlaces oncológicos y la recuperación de los pacientes.

## **P16 - APALUTAMIDA Y CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO. SUPERVIVENCIA LIBRE DE PROGRESIÓN RADIOLÓGICA EN NUESTRO CENTRO**

Sousa Iglesias, A.; Ruibal Gago, L.; González Dacal, J A.;  
Carpintero Sánchez, E.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.;  
Núñez Otero, J.J.; Chaves Santamaría, M.; Zarraonandía Andraca, A.;  
Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.;  
Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Mosquera Seoane, L.;  
Osorio Cabello, M. L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### **Objetivos**

Análisis de supervivencia libre de progresión radiológica (rPFS) en pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) a tratamiento con Apalutamida en nuestro centro.

### **Material y Métodos**

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de pacientes con CPHSm a tratamiento con Apalutamida desde el año 2021 hasta el año 2024 en el Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra.

### **Resultados**

Se analizaron un total de 88 pacientes con una mediana de seguimiento de 18,6 meses. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue de 72 años, con un 15% de los pacientes con más de 80 años y un PSA de 3,94 ng/ml de mediana.

El 51% resultaron M1b, el 44% M1a y un 5% M1c; siendo el 20% de alto volumen y el 34% sincrónicos. Las pruebas de imagen empleadas al diagnóstico: 30% pruebas convencionales, 56% PET-colina, 15% PET PSMA.

A los 6 meses, el 67% de los pacientes obtuvieron un  $PSA \leq 0.02$  y un 14% de los pacientes un  $PSA \leq 0.02$  a 0.2.

### **Conclusiones**

En nuestra serie hemos observado que el 82% de nuestros pacientes en tratamiento con Apalutamida se encuentran libres de progresión radiológica o muerte a los 18 meses y con bajadas rápidas y profundas de PSA, resultados en consonancia con los datos publicados en la literatura.

## **P17 - ESTANDARIZACIÓN DEL ABORDAJE EXTRAPERITONEAL EN LA PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: COLOCACIÓN DE TRÓCARES UTILIZANDO UNA PLATAFORMA ROBÓTICA MULTIPUERTO**

Castro Jul, M.; Carballo Quintá, M.; López Díez, E.; Almúster Domínguez, S.; Castro Iglesias, A.M.; Barros Rodríguez, J.M.; Benavides Pineda, M.V.; Trujillo Marín, M.; Trujillo Trujillo, E.M.; Goiri Noguera, A.E.; Cespón Outeda, E.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

### **Introducción**

El abordaje extraperitoneal (AE) constituye una opción menos invasiva para la prostatectomía radical robótica (PRR) en comparación con el abordaje transperitoneal (TA). Sin embargo, el TA sigue siendo el más utilizado en la actualidad en plataformas robóticas multipuerto (PRM) debido a varios factores, incluyendo las preferencias del cirujano, un espacio quirúrgico más restringido o la interferencia entre los brazos robóticos de sistemas anteriores. El objetivo de esta investigación fue evaluar los parámetros de medición para estandarizar el EA en las PRM modernas.

### **Materiales y Métodos**

Se realizó un análisis retrospectivo de una serie de 344 PRR realizadas mediante EA utilizando la plataforma Da Vinci Xi en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre junio de 2021 y octubre de 2024. Se registraron variables quirúrgicas, oncológicas y funcionales. Los parámetros antropométricos pélvicos fueron: distancia entre crestas ilíacas anteriores y superiores [DCI], distancia desde la cámara hasta el trócar derecho (CD) e izquierdo (CI), y distancia desde el trócar izquierdo hasta el trócar de asistencia robótica izquierda (IA). El análisis estadístico se realizó mediante SPSS v.20.

### **Resultados**

La edad media de los pacientes fue de 65.74 años ( $\pm 7.14$ ), con un PSA medio de 6.76 ( $\pm 4.78$ ). El estadio clínico fue T1c en el 82.8% de los casos, y el volumen prostático medio de 45.37 cc ( $\pm 22.29$ ). La distancia media DCI fue de 22.47 ( $\pm 1.77$ ). Las distancias CD, CI e IA fueron de 6.32 ( $\pm 0.42$ ), 6.38 ( $\pm 0.48$ ) y 6.88

( $\pm 0.47$ ), respectivamente. Los trócares se posicionaron en eje horizontal, al menos 13 cm sobre el borde superior del pubis y 2 cm por debajo del ombligo. Todas las mediciones se obtuvieron tras la insuflación completa del espacio de Retzius. La distancia registrada entre trócares siguió la fórmula  $(DCI/2.8)-1.9$ , con una distancia mínima de 6 cm y máxima de 8 cm. No hubo colisiones significativas de los brazos robóticos en el 98.8% de los casos.

### **Conclusiones**

Las PRM modernas permiten una colocación más cercana de los trócares y facilitan el AE en las PRR. La disposición de trócares propuesta no presentó interferencias significativas entre los brazos robóticos en el 98.8% de los casos.

## COMUNICACIONES ORALES

### C1 - RESULTADOS FUNCIONALES Y SUPERVIVENCIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Montero Gómez, E.; Galdón López, G.; Bianchi Stilman, R.;  
 Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.;  
 Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, M.; Diz Gil, R.;  
 Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.M.;  
 González Blanco, A.G.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Objetivo

Analizar los resultados funcionales y oncológicos de los pacientes tratados mediante prostatectomía radical (PR) según la edad.

#### Métodos

Estudio de cohortes retrospectivos de 1579 pacientes sometidos a PR en nuestro centro entre 2001-2024. Se dividieron en G1: < 70 años (n=1090) y G2: ≥ a 70 años (n=489).

Análisis descriptivo de variables,  $X^2$ , t de Student y t de Wech si procede. Análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y regresión logística.

#### Resultados

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA		
	G1	G2
Media de edad (rango)	62,69 (45-69)	72,22 (70-77)
IMC medio	28,65	27,93
PSA previo (DE)	9,94 (±26)	8,55 (±6,3)
Media densidad PSA (DE)	0,33 (±0,23)	0,21(±0,12)
Puntuación media IIEF 5	16,47(±9,4)	12,55(±8,4)
Abordaje robótico	19,5 %	18,8 %

Se observaron diferencias significativas entre G1 vs G2 en la preservación de bandeletas neurovasculares (58,3% vs 39,7%,  $p < 0,001$ ); continencia completa postquirúrgica (82,4% vs 75,8%,  $p = 0,023$ ); disfunción eréctil prequirúrgica (49,4% vs 68,2%  $p < 0,001$ ) y postquirúrgica (51,9% vs 79,1%  $p < 0,001$ ).

No se observaron diferencias entre G1 vs G2 en preservación del cuello vesical (95,7% vs 95,4%  $p = 0,288$ ); recidiva bioquímica (33,6% vs 32,1%,  $p = 0,330$ ), complicaciones precoces (22,2% vs 24,3%  $p = 0,854$ ) ni complicaciones tardías (10,19% vs 10,20%  $p = 0,08$ ).

Regresión logística: la continencia y la disfunción eréctil postquirúrgica se asocia con la edad (>70 años) de manera significativa ( $p = 0,007$  y  $p < 0,001$ ).

La supervivencia cáncer relacionada (SCr) a 1, 5 y 10 años fue:

G1 del 99,9%, 98,9% y 97,8%, respectivamente. G2 99,8%, 98,7% y 94,6%.

Supervivencia libre de recidiva bioquímica (SLRB) a 1, 5 y 10 años:

G1 87,2%, 68,7%, 57,1%. G2 86,6%, 67,2% y 56,2%

### Conclusiones

La PR en pacientes mayores de 70 años es un procedimiento seguro y con buenos resultados oncológicos. Existen diferencias significativas en SCr ( $p = 0,022$ ), en cambio no en SLRB ( $p = 0,59$ ).

La edad puede ser un buen predictor de resultados funcionales en los pacientes sometidos a cirugía con intención curativa.

### **C2 - ASOCIACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS DEL GEN AOC1 Y LA SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS URINARIOS: ESTUDIO PROSPECTIVO DE PREVALENCIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR.**

García del Arco, L.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Aller Rodríguez, M.; Martínez Breijo, S.; Bohórquez Cruz, M.; Mosquera Seoane, T.; Sánchez Merino, J.M.; Freire Calvo, J.; Fernández Rodríguez, E.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### **Objetivos**

Analizar la prevalencia del déficit genético de la enzima diamino oxidasa (DAO) en pacientes con síntomas del tracto urinario inferior (STUI), y su asociación con la intensidad de los síntomas y la presencia de intolerancia a la histamina (HIT).

#### **Material y Métodos**

Estudio prospectivo realizado en 100 pacientes con STUI de intensidad al menos moderada. Se evaluó la intensidad de los síntomas mediante los cuestionarios IPSS y B-SAQ. Se consideró déficit genético de DAO la presencia de al menos un alelo menor en los SNPs c.-691G>T, c.47C>T, c.995C>T o c.1990C>G del gen AOC1. Se recogieron síntomas clínicos compatibles con HIT y se realizó genotipado mediante SNPE y electroforesis capilar.

#### **Resultados**

El 88% de los pacientes presentaban al menos un alelo menor asociado a déficit de DAO. El 85,9% cumplía criterios clínicos de HIT, siendo más frecuentes los síntomas digestivos, neurológicos y musculoesqueléticos. La presencia de HIT se asoció a mayor intensidad de síntomas de llenado ( $p < 0,05$ ). Los SNPs rs2052129 y rs10156191 se asociaron con mayor puntuación IPSS ( $p = 0,021$  y  $p = 0,047$  respectivamente) y mayor gravedad de síntomas obstructivos. La coexistencia de los cuatro SNPs o la homocigosis aumentaron significativamente el riesgo de síntomas graves, especialmente en hombres.

### **Conclusiones**

Existe una alta prevalencia de déficit genético de DAO en pacientes con STUI. La presencia de síntomas compatibles con HIT y variantes genéticas del gen AOC1 se asocia a mayor severidad de síntomas, especialmente obstructivos. Estos hallazgos apoyan una nueva vía fisiopatológica en el estudio de los STUI y abren posibilidades terapéuticas personalizadas.

### C3 - BIOPSIA PROSTÁTICA DE FUSIÓN DE IMÁGENES: ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

Montero Gómez E.; Galdón López G.; Bianchi Stilman R.; Goiecochea Rey M.; Antequera Granados A.; Fresco Iglesias L.; Da Cruz Soage N.; Lojo Romero J.; Molinos Mayo M.; Diz Gil R.; Abeijón Piñeiro C.; Montero Fabuena R.; Pereira Beceiro J.M.; González Blanco A.G.; Bonelli Martín C.; Rodríguez Alonso A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### Introducción

Analizar las biopsias de fusión (BP) realizadas en nuestro centro.

#### Material y métodos

Estudio retrospectivo de cohortes con 160 pacientes sometidos a BP de fusión entre año 2022 y 2024. Análisis descriptivo de variables. Curvas ROC para determinar sensibilidad y especificidad de densidad PSA (PSAd) y calculadora SWOP.

#### Resultados

La media de edad fue 68 años y PSA medio 9,3 ng/ml. La PSAd media fue 0,16. El tacto rectal fue positivo en 22%. 73,8% tenían al menos una biopsia transrectal previa siendo el 78,7% negativos, 4,9% tenían cáncer no clínicamente significativo (CNCS) y el 16,4% ASAP. El 34,3% de las lesiones de resonancia magnética (RM) fueron PIRADS 3, 44,7% PIRADS 4 y 20,8% PIRADS 5. La media de lesiones fue de 1,5 y el tamaño medio 13,2 mm. El 38,5% de las lesiones se situaban en zona periférica (ZP) y el 61,5% en otras zonas. El 30,4% eran basales, 37,3% mediales y 32,3% apicales. Resultaron positivas el 54,4% de las BP y la anatomía patológica de la lesión fue positiva en el 51,3%. Solo 14,5% de pacientes presentaron complicaciones siendo la más común la retención urinaria en el 5,6%. El 1,4% de los pacientes que fueron negativos en la BP de fusión inicial, fueron positivos posteriormente. En pacientes prostatectomizados, se reveló infraestadificación de la biopsia en el 47,9% de los casos. Con test Chi cuadrado se objetiva que las lesiones en ZP diagnosticadas por RM se asocian con mayor positividad en la biopsia con respecto a otras zonas.

El área bajo la curva ROC (AUC) de la PSAd para predecir existencia de cáncer de próstata (CP) fue 0,670 (0,586-0,755)  $p < 0,01$ , teniendo el mejor punto de corte a partir de PSAd 0,10. Con la calculadora SWOP, el AUC para CNCS fue 0,763 (0,680-0,846)  $p < 0,01$  con punto de corte en 20,5% y para cáncer significativo (CCS) 0,738 (0,652-0,824)  $p < 0,01$  con punto de corte en 7,5%.

### **Conclusiones**

PSAd y calculadora de riesgo SWOP con RM, fueron buenos factores predictores de CP en nuestra serie. La RM tiene mayor capacidad predictiva para lesiones en ZP.

### **Palabras clave**

BP Fusión PSAd SWOP

#### C4 - ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS DE DESARROLLO DE METÁSTASIS EN PACIENTES CON RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

Montero Gómez E.; Galdón López G.; Bianchi Stilman R.; Goicoechea Rey M.; Antequera Granados A.; Fresco Iglesias L.; Da Cruz Soage N.; Lojo Romero J.; Molinos Mayo M.; Diz Gil R.; Abeijón Piñeiro C.; Montero Fabuena R.; Pereira Beceiro J.M.; González Blanco A.G.; Bonelli Martín C.; Rodríguez Alonso A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

##### Objetivo

Análisis de factores pronósticos de desarrollo de metástasis en pacientes con recidiva bioquímica (RB), definida como PSA mayor de 0,2 ng/mL, tras prostatectomía radical (PR).

##### Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes. Seleccionamos entre los 1579 pacientes tratados mediante PR entre 2001-2024 a pacientes con RB. Dividimos en dos grupos en función de la aparición de metástasis (M) durante el seguimiento.

Análisis descriptivo de variables, chi cuadrado, T student y análisis univariado Kaplan-Meier y multivariado de regresión de Cox.

##### Resultados

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA		
	G1	G2
Media de edad (DE)	68,88 (6,51) años	66,60 (5,89) años
PSA previo PR(DE)	10,68(±90,8)	11,29 (±10,6)
Densidad media PSA (DE)	0,29 (±0,24)	0,34(±0,47)
PSA-DT (DE)	16,18(±14,1)	6,89(±5,2)
Tiempo medio hasta RB (DE)	38,3 (±40) meses	15,27 (±22) meses

Existen diferencias significativas entre G1 vs G2 en: ISUP $\leq$  2 [49,7% vs 21,3%, p<0,001], enfermedad localizada T<3 [52,07% vs 25,9%, p< 0,001], persistencia bioquímica [38,1% vs 65,7%, p< 0,001], recidiva de alto riesgo EAU

[51% vs 75%), tiempo medio hasta RB, PSA-DT y densidad PSA previo a PR ( $p < 0,001$ ,  $p=0,040$  y  $p=0,023$ , respectivamente).

Entre los pacientes metastásicos, el 38% presentaron M1a, el 54% M1b y el 12% M1c.

Análisis multivariado ajustado por edad, márgenes, ISUP, PSA-DT y enfermedad localizada: se asocia significativamente con la progresión metastásica el PSA-DT ( $p=0,026$ ) e ISUP 4 ( $p=0,04$ ).

Análisis univariado: la supervivencia libre de metástasis (SLM) a los 5 años en pacientes con PSA  $\leq 6$  meses fue de 76,4% vs 95% en pacientes con un valor mayor.

### **Conclusiones**

Uno de los principales desafíos en el manejo de los pacientes con RB es prever el riesgo de metástasis. La categoría ISUP 4 y el PSA-DT pueden ser buenos predictores de desarrollo de metástasis en pacientes con RB tras PR. Los pacientes con un PSA-DT  $\leq 6$  meses presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar metástasis.

### **C5 - ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA Y ROBOASISTIDA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN NUESTRO CENTRO.**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

Con la progresiva implantación de la cirugía robótica en el sistema sanitario español estamos experimentando una transición en el abordaje quirúrgico de la prostatectomía radical.

Tras más de 3 años de cirugías robo-asistidas en nuestro centro, presentamos un análisis comparativo de los resultados obtenidos.

#### **Materiales y Métodos**

Para este estudio consideramos 608 prostatectomías radicales (304 laparoscópicas y 304 roboasistidas) realizadas en nuestro centro entre 2017 y 2024.

Tan solo fueron incluidos procedimientos realizados por facultativos acreditados para ambas técnicas.

El análisis estadístico se realizó mediante SPSS utilizando t-student para variables cuantitativas;  $\chi^2$  y test exacto de Fischer para variables cualitativas.

#### **Resultados**

Los pacientes incluidos en la muestra no mostraban diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad, índice de Charlson, IMC, PSA, disfunción eréctil prequirúrgica o volumen prostático. La mediana de edad de los cirujanos participantes en este estudio fue de 35 años. En análisis comparativo de resultados mostró que el tiempo de neumoperitoneo fue menor en cirugía robótica respecto a la laparoscópica (129 vs 142 minutos, p 0.007).

A su vez, un mayor porcentaje de pacientes quedaron continentales (89% vs 81% p 0.025) y el tiempo hasta alcanzar la continencia se redujo significativamente (4.2 vs 8.3 meses, p 0.01).

El abordaje roboasistido permitió una mayor preservación de bandeletas neurovasculares (88% vs 60% p 0.00) repercutiendo en un mayor porcentaje de erección postquirúrgica (54% vs 42% p 0.048).

No se identificaron diferencias significativas en cuanto a peso de pieza quirúrgica, categoría ISUP, porcentaje de márgenes positivos, números de ganglios aislados en linfadenectomía, necesidad de transfusión sanguínea postoperatoria, días de sonda vesical ni complicaciones postquirúrgicas precoces o tardías.

### **Conclusiones**

Podemos concluir que, tras tres años, la implantación de la cirugía roboasistida en nuestro centro ha sido satisfactoria y repercute positivamente en la calidad asistencial de nuestros pacientes.

### **C6 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE HISTÓRICA: 1.500 PROSTATECTOMÍAS RADICALES A LO LARGO DE 24 AÑOS. PARTE 1: DIAGNÓSTICO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA.**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

La urología es una disciplina en continua evolución. El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata ha sufrido múltiples cambios a lo largo de los años. El propósito de este estudio es aportar una perspectiva histórica sobre la prostatectomía radical en nuestro centro.

#### **Materiales y Métodos**

Una cohorte de 1.578 pacientes consecutivos intervenidos de prostatectomía radical en nuestro centro en los últimos 25 años fue revisada. El análisis estadístico descriptivo se realizó tanto globalmente como por subgrupos divididos por lustros en función de la fecha de la prostatectomía.

#### **Resultados**

En los últimos 24 años 1.578 pacientes fueron intervenidos de prostatectomía radical. Entre 2000-2005 se intervinieron 106 pacientes mientras que entre 2020-2024 a 426.

La media de edad en el momento de la cirugía 65.62 años rango [45-77], sin diferencias significativas a lo largo del tiempo. El 41.3% de los pacientes presentaban un tacto rectal sospechoso.

El 76% de los pacientes fueron diagnosticados mediante biopsia prostática simple, el 19.6% por biopsia de saturación y el 4.4% por biopsia de fusión. En la actualidad el 15% de los pacientes se diagnostica por BPFusion.

Entre 2000-2005 el 67% de los pacientes recibieron bloqueo hormonal prequirúrgico y desde entonces menos del 0,001% lo llevan.

En nuestra serie, el 16% (260) de los pacientes contaban con RMNmp prequirúrgica, en la actualidad supone un 37.8%.

El 18.1% de las intervenciones (285) fueron cirugías abiertas, el 62.7% (989) laparoscópicas y 19.3% (304) roboasistidas. En este sentido, el cambio ha sido radical pasando del 95% de cirugía abierta entre 2000-2005, al 99.7% de cirugía laparoscópica entre 2015-2020 hasta el 71.1% de cirugía roboasistida en el lustro actual; y 99.3% el último año.

El 24.4% (384) de las cirugías incluyeron linfadenectomía iliobturatriz y 17.2% (66) de ellas resultaron positivas. No obstante, la realización de linfadenectomías varió ampliamente a lo largo del tiempo: del 66% entre el 2000-2005 (pN1 1.4%) hasta el 3.9% entre el 2006-2010 (pN1 23.1%) y finalmente del 32.9% en la actualidad (pN1 22.3%).

El 80% de los pacientes siguen vivos a día de hoy. Notablemente, el 47.2% de los pacientes operados entre 2000-2005 siguen vivos a día de hoy.

El 80.4% (1159) de los pacientes se encuentran totalmente continentales. Este aspecto ha mejorado desde el 74% de hace 15 años. La preservación de la capacidad eréctil ha mejorado del 25.7% entre 2000-2005 al 52% actual.

El 45.6% (717) de los pacientes presentaron márgenes positivos. Este aspecto es difícilmente monitorizable a lo largo del tiempo por la diferencia de información incluida en los informes anatomopatológicos antiguos.

La categoría ISUP en pieza de prostatectomía se caracterizó como: 1 en el 26.1% de los casos (402); 2 en el 36.3% (559); 3 en el 25.7% (396); 4 en el 5.5% (85); y de 5 en el 6.5% (100)

La proporción de ISUP 1 ha ido descendiendo a largo del tiempo, desde el 56% en 2000-2005 hasta el 7.6% actual.

En cuanto al estadio pT: 2.2% (34) fueron pT0; 64.9% (1006) pT2; 32.7% (511) pT3; y 0.2% (3) pT4 La proporción de pT3 en pieza se ha ido incrementando progresivamente desde el 15.2% 2000- 2005 y al 40.8% de la actualidad.

### Conclusión

Este estudio nos permite tomar perspectiva histórica de la evolución del tratamiento del cáncer de próstata a lo largo de los últimos 24 años para afrontar el futuro con ilusión.

### **C7 – ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE NUESTRA SERIE HISTÓRICA: 1.500 PROSTATECTOMÍAS RADICALES A LO LARGO DE 24 AÑOS. PARTE 2: SEGUIMIENTO POSTQUIRÚRGICO**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

La urología es una disciplina en continua evolución. El tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata ha sufrido múltiples cambios a lo largo de los años. El propósito de este estudio es aportar una perspectiva histórica sobre la prostatectomía radical en nuestro centro.

#### **Materiales y Métodos**

Una cohorte de 1578 pacientes consecutivos intervenidos de prostatectomía radical en nuestro centro en los últimos 25 años fue revisada. El análisis estadístico descriptivo se realizó tanto globalmente como por subgrupos divididos por lustros en función de la fecha de la prostatectomía.

#### **Resultados**

En los últimos 24 años 1578 pacientes fueron intervenidos de prostatectomía radical. El 15.1% presentaron persistencia bioquímica. No obstante, en los últimos 5 años, este porcentaje se ha reducido hasta el 11.3%.

El 33.5% de los pacientes operados presentaron recidiva bioquímica. Este porcentaje asciende hasta el 39.5% si excluimos los últimos 5 años, en los que el tiempo de seguimiento probablemente sea insuficiente.

El 86.7% de recidivas bioquímicas recibieron alguno de los siguientes tratamientos:

- 79.6% recibieron Radioterapia de rescate
- 55% recibieron TDA

- El porcentaje ha pasado del 25.7% 2.3% de los operados 2000-2005 a el 13.8% en 2016-2020
  - Los pacientes en recidiva BQ en tratamiento con TDA en monoterapia han pasado del 5.1% entre 2000-2010 al 0.5% actualmente
    - 21.8% recibieron ARTA
  - El porcentaje ha pasado de 2.3% de los operados 2006-2010 a el 49.2% en 2011-2015
    - 5.9% recibieron Quimioterapia citotóxica
  - El porcentaje ha pasado de 3% de los operados 2000-2010 a el 8.7% en 2021-2025
    - 3.7% recibieron SBRT
  - Los primeros pacientes tratados con SBRT pertenecen al grupo 2011-2015. En la actualidad se administra al 10% de los pacientes con recidiva.
    - 3.5% se les realizó linfadenectomía de rescate
  - Esta técnica se introdujo en nuestro centro en 2011-2015 y en 2016-2020 se les practicó al 7,4% de los pacientes con recidiva bioquímica.
    - A 3 pacientes se les administró Radio 223 entre 2006-2015 pero desde entonces ningún otro paciente lo ha recibido.
- De los pacientes que recidivaron, el 20% progresaron hasta resultar metastásicos. Mientras que entre 2000 y 2010 el 94.4% de las metástasis fueran diagnosticadas mediante pruebas de imagen convencionales, en la actualidad el 87.5% lo son mediante PET-TAC. La supervivencia media desde el diagnóstico de las metástasis pasó de 33.7 meses en 2000-2005 a 70.9 meses entre 2011-2015.
- El 10.9% (58) de los pacientes que recidivaron llegaron a ser resistentes a la castración. La supervivencia media desde el diagnóstico de CPRC fue de 46.9 meses.

### Conclusión

Este estudio nos permite tomar perspectiva histórica de la evolución del tratamiento del cáncer de próstata a lo largo de los últimos 24 años para afrontar el futuro con ilusión.

### **C8 - ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA EN PACIENTE METASTÁSICOS DIAGNOSTICADOS CON PRUEBAS DE IMAGEN CONVENCIONALES VS PRUEBAS DE NUEVA GENERACIÓN.**

Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Fresco Iglesias, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Introducción**

Durante el seguimiento de los pacientes tratados por cáncer de próstata es esencial monitorizar la aparición de enfermedad a distancia para poder intensificar el tratamiento cuando resulte pertinente. La paulatina implantación de técnicas de imagen de nueva generación como PET-TAC Colina y el PET-TAC PSMA ha proporcionado una nueva herramienta para intentar mejorar el acceso al diagnóstico.

#### **Materiales y Métodos**

108 pacientes operados de prostatectomía radical en nuestro centro desde el año 2000 desarrollaron metástasis durante el seguimiento. 48 de ellos fueron diagnosticados mediante pruebas de imagen convencionales (TAC, RMN y GGO) y 58 mediante pruebas de nueva generación (PET-TAC Colina y PET-PSMA). Ambos grupos fueron comparados mediante T de student para variables cuantitativas, Chi cuadrado para cualitativas y Kaplan-Meier para supervivencias.

#### **Resultados**

El nivel de PSA en el momento del diagnóstico fue significativamente menor en las pruebas de nueva generación (5.8 vs 67.8 ng/ml  $p=0.035$ ) así como el tiempo de seguimiento (66.2 vs 90.5 meses  $p=0.13$ ). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la edad al diagnóstico (68.8 vs 70.8 años  $p=0.13$ ), PSA doubling time (8.4 vs 5.3 meses  $p=0.13$ ).

Los pacientes diagnosticados por PET presentaron un menor tiempo desde la

recidiva bioquímica al diagnóstico de metástasis (24.5 a 42.5 meses  $p=0.022$ ), una mayor proporción de estadio M1a (51.7% vs 17%  $p=0.01$ ), recibieron menos quimioterapia (13.8% vs 44.8%  $p=0.002$ ) y presentaron una menor proporción de CPRC (20.7 vs 68.8%  $p=0.000$ ).

El 38.5% de los pacientes con metástasis diagnosticadas por PET contaban con pruebas radiológicas convencionales sin evidencia de afectación en los últimos 6 meses.

Los pacientes diagnosticados mediante PET presentaron una mejor supervivencia global 145 vs

111.5 meses ( $p=0.01$ ); mejor supervivencia desde la fecha de diagnóstico de metástasis 70.3 vs

46.4 meses ( $p=0.00$ ).

La supervivencia de los pacientes diagnosticados por PET fue de 96%, 94% y 65% a los 12, 24 y 60 meses respectivamente. En cambio, mediante pruebas complementarias la supervivencia fue de 88%, 63% y 30% a los 12, 24 y 60 meses respectivamente.

La significación estadística se mantuvo tras estratificar los pacientes por su categoría M ( $p=0.025$  y  $p=0.002$ ).

### **Conclusiones**

Las pruebas de imagen de nueva generación podrían permitirnos identificar los pacientes metastásicos antes y beneficiarse de los tratamientos que aumentan su supervivencia durante más tiempo.

### **C9 - ADENOMECTOMÍA DE PRÓSTATA LAPAROSCÓPICA EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y FORMATIVA: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE MÉDICOS ADJUNTOS Y RESIDENTES**

Goicoechea Rey, M.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

#### **Objetivos**

La adenomectomía laparoscópica (AL) es un tratamiento quirúrgico indicado para el tratamiento de la sintomatología del tracto urinario inferior (STUI) refractaria en pacientes con gran volumen prostático (VP).

En este estudio, evaluamos su eficacia y seguridad cuando es realizada por residentes.

#### **Material y Métodos**

Realizamos un análisis estadístico descriptivo de 356 casos de AL en nuestro centro entre 2016-2024 mediante SPSS. Se compararon los realizados por residentes (n=127) y adjuntos (n=229). Se consideró significación estadística para  $p < 0,05$ .

#### **Resultados**

La media de edad fueron 69.67 años, el VP medio 108.65cc. Las indicaciones principales fueron STUI refractaria (54.8%) y sondaje vesical permanente (31.2%). El Qmax medio preoperatorio fue de 8.88 y la espera médica media fueron 5.88 meses. El 30.4% fueron realizadas por residentes. El tiempo de neumoperitoneo medio fue 117.58 minutos, la pérdida media de hemoglobina 2.0987 g/dl. La estancia hospitalaria media fue de 2.75 días, portando sonda vesical una media de 7.35 días al alta. En el 21.1% de las intervenciones hubo complicaciones, calificándose el 90,2% Clavien-Dindo I-II y resueltas con soporte transfusional o antibioterapia. Ningún paciente precisó reconversión a cirugía abierta. La tasa de reingreso fue del 4.2%.

El 89.3% alcanzó una mejoría satisfactoria en la clínica miccional, objetivándose un Qmax medio postoperatorio de 29.7.

No se observaron diferencias estadísticas entre residentes y adjuntos en cuanto a VP, tasa de complicaciones, pérdida de sangre, Qmax posquirúrgico o satisfacción del paciente. Únicamente el tiempo quirúrgico (tQx) fue significativamente mayor en los casos de los residentes ( $p=0,001$ ). Al examinar los resultados de un residente al finalizar su formación, se objetiva una disminución del tQx al aumentar la experiencia, independientemente del VP.

### **Conclusiones**

Los resultados actuales muestran que la AL es un procedimiento eficaz y seguro en el tratamiento de los STUI con una baja tasa de complicaciones y un alto nivel de satisfacción de los pacientes, ya sea realizada por adjuntos o residentes. Es una buena opción para la iniciación en cirugía laparoscópica, ya que permite un buen aprendizaje quirúrgico manteniendo la eficacia y seguridad de la técnica.

### **Palabras clave**

Adenomectomía, Laparoscopia, Formación

### **C10 - REEVALUACIÓN DEL VALOR PRONÓSTICO DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN LA ERA DE LA CIRUGÍA DE PRÓSTATA CON ALTA DEMANDA FUNCIONAL**

Castro Jul, M.; Carballo Quintá, M.; López Díez, E.; Almúster Domínguez, S.; Castro Iglesias, A.M.; Barros Rodríguez, J.M.; Benavides Pineda, M.V.; Trujillo Marín, M.; Trujillo Trujillo, E.M.; Goiri Noguera, A.E.; Cespón Outeda, E.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

#### **Introducción**

La asistencia robótica constituye una herramienta para lograr mejores resultados funcionales en la cirugía oncológica de próstata. La técnica ha evolucionado hacia una mayor preservación de estructuras neurovasculares, pero existen dudas sobre el impacto que los márgenes quirúrgicos puedan tener sobre la recurrencia de enfermedad.

#### **Materiales y Métodos**

Se realizó un análisis retrospectivo de 344 pacientes sometidos a PRR en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo entre junio de 2021 y octubre de 2024. Se registraron variables preoperatorias, quirúrgicas, clínicas y patológicas. Se generaron curvas de Kaplan-Meier para evaluar el impacto de los márgenes quirúrgicos sobre la recurrencia bioquímica y el tiempo hasta la radioterapia de rescate, y un modelo de regresión de Cox para determinar las variables predictivas independientes.

#### **Resultados**

La edad media fue de 65,74 años ( $\pm 7,14$ ), el PSA preoperatorio 6,76 ng/ml ( $\pm 4,78$ ) y el 79,4% de los casos tuvieron un estadio clínico  $\leq$  pT2c. El porcentaje de márgenes positivos fue de 112 (32,6%) y la longitud media de la suma de los márgenes fue de 9,95 mm ( $\pm 11,601$ ). El tiempo medio de seguimiento fue de 21,01 meses (IC 95% 20,04-21,94). El análisis univariante mostró un impacto significativo de los márgenes sobre la supervivencia hasta la radioterapia de rescate por recurrencia bioquímica. Se realizó un modelo de regresión de Cox, introduciendo variables preoperatorias (PSA preoperatorio, ISUP, volumen tumoral, tamaño de la lesión índice en RM y porcentaje de cilindros afectados) junto con la presencia de márgenes. El análisis de regresión de Cox demostró

un impacto significativo del PSA ( $p=0,006$ ), el volumen tumoral en RM ( $p=0,022$ ) y el ISUP preoperatorio ( $p=0,016$ ), sin un impacto estadísticamente significativo de las otras variables estudiadas, incluidos los márgenes ( $p=0,103$ ).

### **Conclusiones**

En nuestra serie, la presencia de márgenes positivos no fue un factor independiente para la recurrencia bioquímica ni para la necesidad de tratamiento con radioterapia posteriormente; mientras que otras variables relacionadas con las características histopatológicas del tumor (PSA preoperatorio, volumen) sí demostraron un impacto significativo. La importancia de los márgenes quirúrgicos en el contexto actual de la cirugía prostática con alta demanda funcional debe ser evaluada en series más grandes.

### **C11 - PÉRDIDA DE PTEN EN BIOPSIA: ¿UN FACTOR A TENER EN CUENTA EN VIGILANCIA ACTIVA?**

Freire Rodríguez, A.; Bellas Pereira, A.; Carballo Quintá, M.; Ortiz Rey, J.A.; San Miguel Fraile, M.P.; Pérez Schoch, M.; Cespón Outeda, E.; López Díez, E.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

#### **Introducción y Objetivos**

La vigilancia activa (VA) se ha consolidado como tratamiento de primera línea para tumores de próstata de bajo riesgo. Sin embargo, más del 30 % de los pacientes interrumpen este enfoque en los primeros cinco años. La pérdida de expresión de PTEN (PTEN-) y la sobreexpresión de ERG (ERG+) son alteraciones moleculares frecuentes en el cáncer de próstata, asociadas con un peor pronóstico. Este estudio evalúa el valor pronóstico de estos marcadores inmunohistoquímicos (IHQ) en la biopsia diagnóstica de pacientes en VA.

#### **Material y Métodos**

Se realizó un estudio observacional ambispectivo que incluyó a pacientes con cáncer de próstata en VA en el Hospital Universitario de Vigo entre junio y diciembre de 2023, evaluando su evolución hasta abril de 2025. Se recogieron datos de edad y PSA al diagnóstico, estado de los marcadores PTEN y ERG, duración de la VA y motivos de abandono. El análisis IHQ se realizó mediante anticuerpos monoclonales específicos para ERG (clon EPR/3864) y PTEN (clon D4.3/XP). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Pontevedra-Vigo-Ourense (2022/124) y se ajustó a los principios de la Declaración de Helsinki.

#### **Resultados**

Se incluyeron 40 pacientes, con una edad media de 67,1 años ( $\pm 6,8$ ). El estado de ERG se evaluó en 37 pacientes, con sobreexpresión en el 37,8 %. PTEN se analizó en 33, observándose pérdida del marcador en el 15,2 % de los casos. Un 6,1 % presentó ambos marcadores alterados. Catorce pacientes progresaron durante el seguimiento. La duración media de la VA fue de 52,9 meses ( $\pm 31,2$ ), reduciéndose a 27,7 meses en los que progresaron. El análisis de Kaplan-Meier mostró diferencias significativas en la duración de la VA según la pérdida de PTEN ( $p = 0,004$ ).

### **Conclusiones**

La pérdida de PTEN en muestras de biopsia podría representar un marcador pronóstico relevante en pacientes candidatos a VA, permitiendo identificar a aquellos con mayor riesgo de progresión precoz y optimizar la selección de casos.

## C12 - EXPRESIÓN DE ADN-VPH Y P16 EN EL CÁNCER DE PENE: PREVALENCIA E IMPLICACIONES CLÍNICAS.

Trujillo Marín, M.; Carballo Quintá, M.; Almúster Domínguez, S.; Castro Jul, M.; Benavides Pineda, M.; Trujillo Trujillo, E.; Goiri Nogueira, A; Sánchez Ramos, J.; Castro Iglesias, M.; López García, S.; López Díez, E.; Cespón Outeda, E.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo*

### Introducción y Objetivos

El carcinoma de células escamosas de pene (CCEP) es una neoplasia maligna rara pero letal, especialmente en etapas avanzadas. Su asociación con el virus del papiloma humano (VPH) está bien documentada; sin embargo, la importancia pronóstica de la presencia del VPH es ambigua. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia del ADN-VPH y la expresión del marcador p16 en el CCEP y evaluar su potencial como factores pronósticos independientes.

### Materiales y Métodos

Se realizó un estudio de cohorte observacional y retrospectivo en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, en el que participaron 72 pacientes con CCEP entre 2011 y 2020, de los cuales 52 (72,2%) cumplieron criterios de inclusión. El protocolo del estudio (Cod 2019/462) fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Galicia, España. Las muestras de anatomía patológica se revisaron de forma independiente y se registraron variables clínicas como el antecedente de circuncisión y el tabaquismo. La detección de ADN-VPH y de p16 (se calculó utilizando el anticuerpo monoclonal Ventana E6H4) fueron igualmente estudiadas. Los análisis estadísticos incluyeron curvas de Kaplan-Meier, prueba de log-rank y modelos de regresión de Cox. La significación estadística se estableció en  $P < 0,05$ .

### Resultados

La edad promedio fue de  $69,65 \pm 12,373$  años, con una mediana de seguimiento de 42,50 meses. Durante el seguimiento fallecieron 21 pacientes (43,8%). Se determinó que la prevalencia del ADN-VPH fue del 35,4% (IC del 95%: 22,9-50), mientras que la expresión de p16 se observó en el 37,5% (IC del 95%: 25-51,1). Hubo una concordancia del 83,3% entre p16 y la presencia de ADN-VPH

( $p < 0,001$ ). No se observó ninguna asociación estadísticamente significativa entre los factores de riesgo clínico-patológicos y la expresión del ADN-VPH o p16, ya sea que se analicen de forma independiente o en conjunto. El análisis de Kaplan-Meier no reveló ningún efecto del ADN-VPH o p16 sobre la supervivencia.

### **Conclusiones**

Nuestro estudio revela una alta prevalencia de infección por VPH en pacientes con CCEP. Si bien la positividad de p16 parece correlacionarse con la infección por VPH, ninguno de los marcadores demostró valor pronóstico en términos de supervivencia general.

### **C13 - LIPOSARCOMA PARATESTICULAR CON RECIDIVA PERITONEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Ventura Couto, O.; Sendín Martín, R.; Filigrana Valle, C.; Cámara Martínez, C.; Lobato Sánchez, M.; Romero Selas, E.; López Bellido, D.

*Servicio Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

#### **Objetivos**

Análisis del manejo y seguimiento del liposarcoma paratesticular a través de un caso.

#### **Material y Métodos**

Varón de 77 años a seguimiento en consultas de Urología por elevación de PSA. Acude en diciembre de 2016 por aparición de masa paratesticular izquierda; se realiza exéresis y orquiectomía con hallazgo de liposarcoma bien diferenciado grado 1 con área focal de liposarcoma mixoide; TC sin datos de diseminación; no se realiza tratamiento adyuvante.

En diciembre de 2021, recidiva de masa paratesticular izquierda, con exéresis y AP de liposarcoma bien diferenciado con focos de liposarcoma dediferenciado (alto grado); se realiza RT adyuvante.

En TC de control de diciembre de 2024, recidiva de liposarcoma a nivel intra y retroperitoneal, TEP y TVP derecha; tratamiento con HBPM y exéresis de lesiones, del conducto deferente izquierdo, de cúpula y divertículos vesicales, con AP de liposarcoma pélvico pleomórfico con infiltración de pared vesical, liposarcoma pleomórfico retroperitoneal e infiltración canal inguinal izquierdo.

Al alta, con sonda vesical; se realiza CUMS con ausencia de fuga; en el día siguiente a la prueba, ingreso por bacteriemia; se realiza TC por ausencia de mejoría clínica a pesar de antibioterapia dirigida donde se evidencia perforación vesical anterior de 8mm y pielonefritis izquierda; se decide manejo conservador con sonda vesical; actualmente el paciente continua antibioterapia con HADO con buena evolución.

### **Resultados**

Los liposarcomas paratesticulares son una entidad infrecuente; se trata de tumores malignos derivados del tejido mesenquimal que se presentan como una masa escrotal o inguinal de crecimiento lento y generalmente indolora.

Se utiliza la ecografía para el estudio inicial y la TC y la RM para estudio de extensión, caracterización de la lesión y seguimiento.

El tratamiento de elección consiste en orquiectomía vía inguinal y exéresis de lesión; el tratamiento adyuvante con RT o QT es controvertido y no existe consenso al respecto.

### **Conclusión**

Se trata de tumores raros, con poca evidencia publicada al respecto; resulta difícil establecer pautas acerca de su tratamiento, seguimiento y pronóstico, por lo que es necesario llevar a cabo estudios que permitan establecer protocolos estandarizados para disminuir las recaídas y aumentar la supervivencia libre de enfermedad.

### **C14 - COMUNICACIÓN ORAL: ORQUIECTOMÍA SECUNDARIA A TUBERCULOSIS TESTICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Lobato Sánchez, M.; Sendín Martín, R.; Filigrana Valle, C.; Cámara Martínez, C.; Ventura Coto, O.; Portela Pereira, P.; Romero Selas, E.; López Bellido; D.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

#### **Objetivos**

Describir el manejo de un caso con una patología atípica.

#### **Material y Métodos**

Paciente varón de 65 años en tratamiento activo por artritis reumatoide, con historia en consulta de urología por dolor e inflamación de testículo izquierdo desde agosto/2024, siendo tratado en ese momento con antibioterapia. Durante ingreso en medicina interna en octubre/2024 por espondilodiscitis aguda en estudio así como absceso lumbar, presenta empeoramiento de sintomatología escrotal y supuración activa. Se realizan pruebas complementarias con hallazgo de sufrimiento testicular; ante hallazgos y empeoramiento clínico se decide intervención quirúrgica urgente para exploración bajo anestesia. En quirófano se observa baja viabilidad de teste izquierdo por lo que se realiza orquiectomía y se envía a analizar pieza a anatomía patológica, con resultado positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes compatibles con bacilo de la tuberculosis. Finalmente el paciente es diagnosticado de tuberculosis testicular así como espondilodiscitis tuberculosa con absceso secundario, en contexto de inmunodepresión adquirida por medicación.

#### **Resultados**

La orquiepididimitis tuberculosa es una entidad poco frecuente, caracterizada por una mala respuesta a tratamientos antibióticos habituales y tratamiento conservador. Es importante considerar esta patología entre el diagnóstico diferencial del escroto agudo ya que de no ser diagnosticada de forma precoz puede conllevar la pérdida del testículo. El diagnóstico se realiza mediante biopsia directa del tejido y tinción del mismo en fresco y el

tratamiento consiste en combinación de fármacos específicos y procedimiento quirúrgico de drenaje/desbridación y exéresis en último caso si la afectación es extensa.

### **Conclusiones**

Ante una orquiepididimitis de mala evolución con tratamiento habitual, es importante contemplar los posibles diagnósticos diferenciales, basados entre otros criterios en antecedentes propios de cada paciente, para llevar a cabo un manejo precoz y con más posibilidades de recuperación de tejido viable. En caso de afectación avanzada, el manejo de esta patología es quirúrgica para evitar propagación de enfermedad y extensión de área desvitalizada.

### **C15 - ESTUDIO KEYNOTE-564 EN LA VIDA REAL: RESULTADOS DEL USO DE PEMBROLIZUMAB EN ADYUVANCIA DE CARCINOMA RENAL DE ALTO RIESGO EN NUESTRO CENTRO**

Cámara Martínez, C.; Sendín Martín, R.; Filigrana Valle, C.M.; Lobato Sánchez, M.; Ventura Couto, O.; Portela Pereira, P.; Romero Selas, E.; López Bellido, D.

*Servicio Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

#### **Objetivos**

El empleo del Pembrolizumab como adyuvancia en los pacientes con carcinoma renal con alto riesgo de recurrencia tras nefrectomía ha mostrado un incremento en la supervivencia libre de enfermedad (SLE) en comparación con placebo, según el ensayo KEYNOTE-564.

El objetivo: Comparar los resultados a nivel de eficacia y seguridad de los pacientes tratados con Pembrolizumab vs no tratados en nuestro Área Sanitaria, según el Ensayo Keynote-564.

#### **Material y Métodos**

Mediante un estudio observacional retrospectivo se analizaron los resultados del empleo de Pembrolizumab en el C.H.U.O., desde su aprobación en enero/2022 hasta diciembre/2024. Siguiendo los criterios de inclusión del Ensayo KEYNOTE-564, se trataron 12 pacientes vs 34 no tratados. Se compararon los resultados con los reportados en el Estudio KEYNOTE-564 y mediante LongRank y Kaplan-Meier se evaluó la SLE.

#### **Resultados**

En nuestra serie la cohorte de pacientes tratados presentaba menor edad al diagnóstico (63 años) respecto a los no tratados (70) y al estudio original (65), con un índice de comorbilidad de Charlson menor (4 puntos vs. 6). Al diagnóstico, el 58% se encontraban localizados (vs el 100% en los no tratados y el 80% del ensayo). La mediana de seguimiento en nuestra serie fue de 16 meses, completándose el tratamiento en el 41% de los casos (un 8% se suspendió por progresión, un 8% por defunción y un 16% por toxicidad, vs. el 21% del estudio). El 58% de los pacientes presentó alguna reacción adversa (vs

el 96% del ensayo), siendo graves (Clavien-Dindo III-V) 16% vs. 32% en el ensayo. La mediana hasta la progresión fue 11 meses, con progresión en 16% de los tratados, 17% no tratados (respecto a los 35% del estudio original). La media de SLE fue 25 meses (IC95%:20.58-29.09) en los tratados vs 24 meses (IC95%:17.35-30.25) en los no tratados con  $p=0.855$ .

### **Conclusiones**

Nuestra modesta serie expone los beneficios oncológicos descritos en el estudio KEYNOTE-564 con la tendencia a una mayor tasa de SLE y menor progresión tumoral en los pacientes tratados con Pembrolizumab en adyuvancia, si bien, es necesario mayor tamaño muestral para alcanzar la significación estadística.

### **Palabras clave**

Pembrolizumab, renal, supervivencia

### **C16 - APALUTAMIDA EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA Y POLIMEDICADOS CON CPHSM: EFICACIA Y SEGURIDAD EN UN GRUPO VULNERABLE**

Filigrana Valle, C.; Sendín Martín, R.; Cámara Martínez, C.; Lobato Sánchez, M; Romero Selas, E.; Portela Pereira, P.; López Bellido, D.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense*

#### **Introducción y Objetivos**

El tratamiento del cáncer de próstata hormonossensible metastásico (CPHSm) con apalutamida ha demostrado mejorar la supervivencia global y libre de progresión. Sin embargo, su uso en poblaciones envejecidas y polimedicaas plantea dudas sobre su tolerabilidad y seguridad. Este estudio analiza la eficacia y seguridad de apalutamida en una cohorte con edad avanzada y múltiples comorbilidades, evaluando además la necesidad de modificaciones en tratamientos concomitantes por potenciales interacciones.

#### **Material y Métodos**

Se incluyeron 53 pacientes diagnosticados de CPHSm en nuestro centro entre 2021 y 2024. Se recopilaron datos clínicos como edad al diagnóstico, comorbilidades, tratamientos concomitantes y sus modificaciones, PSA inicial, Gleason, características de la enfermedad metastásica (localización, volumen tumoral, sincronidad o metacronicidad), progresiones y eventos adversos.

#### **Resultados**

La edad media al inicio del tratamiento fue de 74 años (58-92), con una mediana de seguimiento de 19 meses (1,0-47,8). El 81% de los pacientes presentaban comorbilidades relevantes, destacando hipertensión arterial (57%), dislipemia (45%), diabetes (19%) y cardiopatías (13%). El 72% eran metástasis sincrónicas y el 77% de bajo volumen. La mayoría se diagnosticó con imagen convencional (77%) y correspondía a estadio M1b (53%) con Gleason  $\geq 8$  (51%).

El PSA basal mediano fue de 27,9 ng/mL [0,4-2.919,0], alcanzándose PSA ultrabajo (<0,01 ng/ mL) a los 6 meses. Un 66% presentó PSA  $\leq$ 0,2 ng/mL a los 6 meses, con una rPFS del 80% a los 24 meses en este subgrupo.

Los efectos adversos más frecuentes fueron fatiga/astenia grado I/II (19%) y rash cutáneo grado I/II (11%). Solo cuatro pacientes (7%) presentaron eventos grado III/IV, requiriendo uno de ellos suspensión del tratamiento. De los 80 tratamientos concomitantes, solo se realizaron seis modificaciones (4 en omeprazol, 2 en estatinas) por riesgo de interacción.

### **Conclusiones**

Apalutamida mostró una reducción significativa del PSA a niveles indetectables en el 66% de los pacientes a los 6 meses, con una rPFS del 80% a los 24 meses en este subgrupo. En esta cohorte envejecida y polimedicada, la tolerabilidad fue aceptable, con efectos adversos mayoritariamente leves y una baja tasa de modificaciones terapéuticas (7%) por interacciones farmacológicas.

### **C17 - PERFIL DE SEGURIDAD EN EL USO DE APALUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO.**

Martínez Corral, R.; Martínez Corral, M.E.; Castillo Mejías, C.;  
García Catalán, A.; Fernández Duque, A.; Wrzeszczynska M.;  
García Freire, C.; Pérez Fentes, D.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*

#### **Objetivo**

Analizar el perfil de seguridad en el uso de apalutamida (APA) en el tratamiento del cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) y poner en contexto nuestros resultados con los del estudio TITAN (Chi KN, NEJM 2019)

#### **Material y Métodos**

Análisis retrospectivo de nuestra serie de 111 pacientes con CPHSm a tratamiento con terapia de privación de andrógenos (TPA)+APA en el periodo comprendido entre julio de 2021 y junio de 2024. Se analizaron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad y de resultado (eficacia y seguridad).

#### **Resultados**

Mediana de edad al diagnóstico de 72 años, con performance status 0-1 en el 88,3%. PSA mediano al diagnóstico de 21,9 ng/mL y patrón ISUP  $\geq 4$  en el 64,5%. El diagnóstico fue realizado mediante pruebas de imagen convencional en el 64,9%. El 68,5% debutaron de forma sincrónica y el 58,6% presentaban un perfil de bajo volumen (clasificación CHAARTED). Mediana de PSA nadir de 0,02 ng/mL (Ultralow), alcanzado en un tiempo mediano de 180 días.

56 pacientes presentaron algún tipo de efecto adverso (EA), siendo mayoritariamente de grado 1-2 [32,5%] (criterios CTCAE v5). El EA más frecuente fue el rash cutáneo [17,1%] seguido de la hipertensión [8,1%] y la astenia [7,2%]. Suspensión temporal y definitiva del fármaco por toxicidad en 10 y 9 casos, respectivamente. Ningún paciente precisó cambio ni suspensión de anticoagulante y en tan solo 5 pacientes fue preciso sustituir la APA por otro Inhibidor selectivo del receptor androgénico (ISRA).

Con una mediana de seguimiento de 16 meses, la supervivencia libre de progresión radiológica fue del 83,8%. 4 casos (3,6%) presentaron progresión radiológica sin bioquímica asociada. La supervivencia global fue del 92,8%.

### **Conclusiones**

Con un seguimiento ligeramente más corto, el tratamiento con TPA + APA en pacientes con CPHSm mostró en nuestra serie una efectividad superior a la del estudio TITAN. Su perfil de seguridad parece ligeramente inferior, pero con una menor tasa de suspensión definitiva del fármaco.

## VIDEOS

### **V1 - URETROPLASTIA FEMENINA CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL**

Del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, M.; Mata, L.; Díaz, A.; Martins, E.; Delgado, E.; González-Manso, A.; Altez, C.; Bohórquez, M.; Chantada, V.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### **Objetivos**

Presentar el caso de una paciente de 70 años, con antecedentes de dilataciones uretrales hace varios años, posteriormente se realizó una uretroplastia terminal con recidiva de la estenosis a los 5 años.

#### **Material y Métodos**

Incisión dorsal a nivel uretral, abriendo estenosis, calibración de uretra e identificación de uretra sana sin más zonas estenóticas. Extracción de injerto de mucosa oral de aproximadamente 2 cm y colocación a nivel dorsal uretral, se fija injerto previo control hemostático.

#### **Resultados**

La paciente actualmente comenta micciones satisfactorias sin clínica de vaciado, satisfecha con resultados sin afectación funcional de la esfera sexual.

#### **Conclusiones**

La uretroplastia femenina con injerto de mucosa oral presenta buenos resultados en recidivas tras uretroplastias previas.

### **V2 - URETROPLASTIA BULBO PENEANA CON DOBLE INJERTO DE MUCOSA ORAL DORSAL POR INCISIÓN PENO - ESCROTAL (MINI KULKARNI)**

Fernández Rodríguez, E.; Bohórquez Cruz, M.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### **Objetivos**

Presentar el caso de un paciente de 34 años, con antecedente de varias intervenciones uretrales previas con malos resultados.

#### **Material y Métodos**

Se realiza intervención por incisión peno escrotal transversal, disección por planos hasta llegar a cuerpo esponjoso, exteriorización peneana, se realiza disección lateral de cuerpo esponjoso proximal y distal a la estenosis para posteriormente realizar incisión en sentido longitudinal de la estenosis uretral (aproximadamente 8 cm). Se extrae injerto de mucosa oral de ambas mejillas y se realiza sutura de bordes uretrales a injerto previa fijación a albugínea peneana.

#### **Resultados**

El paciente actualmente comenta micciones satisfactorias, con chorro adecuado y ausencia de síntomas de vaciado.

#### **Conclusiones**

El abordaje peno escrotal para la resolución de estenosis bulbo peneanas permite un acceso amplio para la exposición del área de intervención, disminuyendo la posibilidad de fístulas en incisiones longitudinales.

### V3 - URETROPLASTIA DE URETRA BULBAR DISTAL INLAY CON INJERTO DORSAL DE MUCOSA ORAL + COLGAJO PREPUCIAL VENTRAL + COLGAJO PEDICULADO MÚSCULO CUTÁNEO DE GRACILIS

Fernández Rodríguez, E ; Bohórquez Cruz, M.; Altez Fernández, C.;  
García del Arco, L.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.F.;  
González- Manso, A.; Delgado García, E.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

#### Introducción

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante que afecta principalmente al área escrotal, perineal y perianal. La afectación de la uretra en esta patología no se presenta con relativa frecuencia, sin embargo su afectación representa un desafío a la hora de la reconstrucción por parte del urólogo.

Existen múltiples técnicas para la reconstrucción uretral sin que esté establecida como norma, la más indicada en cada caso.

#### Material y Métodos

Presentamos el caso de un varón de 50 años, que tras ingreso por gangrena de Fournier precisa varias intervenciones para desbridamiento de la zona escrotal y perineal con posterior cobertura con injerto de piel en un segundo tiempo, presentando posteriormente dos fístulas uretro-cutáneas a nivel de uretra bulbar distal.

Se decide realizar uretroplastia con injerto dorsal de mucosa oral según técnica ASOPA, colgajo prepucial ventral de Mc Aninch y cierre de defecto y soporte con colgajo pediculado musculo-cutáneo de Gracilis.

#### Resultados

Durante el postoperatorio el paciente presenta mínima escara necrótica en un extremo de la plataforma de piel que precisa desbridamiento con posterior injerto de piel, además se presenta pequeña escara necrótica en piel de la zona media lateral izquierda del pene que se resuelve con iruxol y mupirocina sin necesidad de desbridamiento.

Posteriormente es dado de alta al décimo día sin incidencias con sonda vesical 16F.

Actualmente el paciente presenta una cicatrización adecuada sin recidiva fistulosa, con micciones satisfactorias

Se mantuvo con sonda durante 6 semanas retirándose previa realización de cistografía que no evidencio fugas ni estenosis.

### **Conclusiones**

La combinación de injertos y colgajos pueden ser de mucha utilidad a la hora de resolver uretras complejas.

El conocimiento de las diversas técnicas quirúrgicas a nivel uretral resulta fundamental para el manejo de pacientes complejos, por lo que su resolución se debe hacer en centros de referencia y por urólogos con experiencia en este tipo de abordajes.

#### V4 - SUPRARRENALECTOMÍA BILATERAL RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO CON ABORDAJE EN PRONO

Martins dos Santos, E.F.; Vázquez-Martul, D; Díaz Pedrouzo, A.; Altez Fernández, C.A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; Fernández Rodríguez E.; Del Arco García L.; León N.; Mata Pose L.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

##### **Objetivo**

La glándula suprarrenal es un órgano frecuentemente afectado por metástasis de diferente índole lo que permite un rescate quirúrgico en ciertos casos.

El acceso de la glándula suprarrenal mediante un abordaje retroperitoneal en decúbito prono puede presentar ciertas ventajas en la ergonomía de estas cirugías al presentar en muchos casos intervenciones previas.

##### **Material y Métodos**

El caso presentado es un varón de 48 años, intervenido en 2021 por neoplasia renal izquierda mediante nefrectomía parcial retroperitoneoscópica resultando un carcinoma de células claras pT1a ISUP 2 con bordes quirúrgicos libres. En estudios de control posteriores se observa crecimiento nodular de ambas glándulas suprarrenales sugestivo de metástasis. En este contexto se decide exéresis y posterior tratamiento sistémico si se confirma diagnóstico. Para evitar movilización del paciente y favorecer un acceso más directo, se decide colocación en decúbito prono con acceso retroperitoneal mediante puerto único.

Se decide realizar primero el lado izquierdo ya intervenido previamente y posteriormente el derecho a través de una única incisión de 3 cm en cada flanco.

##### **Resultados**

Se completa cirugía en un tiempo total efectivo de 3 horas presentando como incidencia una pequeña apertura diafragmática en el lado derecho por importante adherencia de la lesión a dicho nivel, motivo por el que se deja

drenaje tras sellado con gasa hemostática. El sangrado total fue inferior a 150 cc. No se evidenciaron datos de neumotórax en la radiografía de control. Postoperatorio sin incidencias siendo alta al 6º día tras ajuste farmacológico intravenoso y oral de pauta corticoidea sustitutiva y control por Endocrinología. No se reportaron complicaciones al mes de la intervención. La anatomía patológica confirmó metástasis bilaterales de carcinoma de células claras.

### **Conclusiones**

La cirugía retroperitoneal en decúbito prono facilita el abordaje de patología suprarrenal bilateral en un mismo acto. El acceso a través de una única incisión sigue siendo factible en casos técnicamente más complejos.

## V5 - SUPRARRENALECTOMÍA DERECHA Y EXÉRESIS DE PARANGLIOMA ROBÓTICO ASISTIDO

Montero Gómez E.; Galdón López G.; Bianchi Stilman R.; Goiecochea Rey M.; Antequera Granados A.; Fresco Iglesias L.; Da Cruz Soage N.; Lojo Romero J.; Molinos Mayo M.; Diz Gil R.; Abeijón Piñeiro C.; Montero Fabuena R.; Pereira Beceiro J.M.; González Blanco A.G.; Bonelli Martín C.; Rodríguez Alonso A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

### Introducción

Los paragangliomas son tumores infrecuentes derivados de las células neuroendocrinas de localización extraadrenal. Su localización más frecuente son el territorio paraaórtico, (80%); vejiga (10%) y cabeza y cuello (10%). La resección quirúrgica se considera el tratamiento de elección.

### Objetivo

Presentamos el caso de un varón de 51 años con antecedente de HTA a tratamiento con dos fármacos y DM-2.

Se realiza ecografía abdominal con hallazgo casual de masa retroperitoneal. Se confirma con TAC la presencia de una masa retroperitoneal derecha de 6.6 \* 5 \* 4.5cm que desplaza sin infiltrar a la vena cava, la arteria renal derecha y ambas venas renales, sin poder aclarar su organodependencia. El estudio de funcionalidad confirma elevación de catecolaminas hasta 5 veces el límite superior de la normalidad.

Ante la sospecha de paraganglioma/feocromocitoma se propone bloqueo farmacológico y posterior resección quirúrgica de glándula suprarrenal derecha y masa retroperitoneal robótica asistida.

### Metodos

Acceso a retroperitoneo, se identifica y disecciona vena cava inferior desplazada por gran masa retroperitoneal. Disección y posterior sección de vena suprarrenal derecha con hem-o-locks.

Disección del espacio interaortocava hasta identificación de polo inferior de masa retroperitoneal, muy adherida a arteria renal derecha. Disección de

borde medial y cara anterior, adherido a vena cava, Se continúa disección de polo superior con sangrado de rama de la vena cava que se controla con energía bipolar y hem-o-lock. Se identifica glándula suprarrenal derecha claramente independiente a masa.

Disección de borde lateral adherida a grada perirrenal y de cara posterior. Durante disección de hilio renal, sangrado de rama de arteria renal que se controla con energía bipolar y hem-o-lock. Se termina disección y exéresis de masa retroperitoneal.

Tiempo quirúrgico: 128 minutos. Pérdida de hemoglobina de 2g/dL.

### **Resultados**

Estancia hospitalaria: 4 días. No complicaciones postoperatorias. Concentración de catecolaminas postquirúrgico en rango.

Anatomía patológica: Paranganglioma de 6,6cm. Glándula suprarrenal derecha sin alteraciones. Márgenes quirúrgicos libres.

### **Conclusiones**

El diagnóstico del paranganglioma requiere un equipo multidisciplinar y una alta sospecha diagnóstica. Las pruebas funcionales, radiológicas, la cirugía y el posterior estudio anatomopatológico y genético son los pilares diagnósticos y terapéuticos de esta infrecuente patología.

## V6 - MANEJO DE LA PATOLOGÍA SUPRARRENAL MEDIANTE ABORDAJE ROBÓTICO RETROPERITONEAL POR PUERTO ÚNICO

Díaz Pedrouzo, A; Vázquez-Martul, D; Martins Dos Santos, F.E; Altez Fernández, C; Delgado García, E; González-Manso Pedrosa, A; García del Arco, L; Fernández Rodríguez, E; Mata Pose, L; León, N; Ponce Díaz-Reixa, J; Rodríguez Gómez, JI; Barbagelata López, A; Suárez Pascual, G, Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### Introducción

El abordaje retroperitoneal permite un acceso rápido al compartimento suprarrenal para el tratamiento de cualquier patología, incluso de masas de tamaño significativo.

Nuestra experiencia mediante este abordaje con una única incisión permite reproducir los pasos mediante cirugía robótica.

Presentamos 3 ejemplos demostrativos de diferente patología suprarrenal tratados mediante cirugía robótica por abordaje retroperitoneal por puerto único.

### Material y Métodos

CASO 1: Mujer de 53 años con adenomas bilaterales suprarrenales funcionantes. Debido a la afectación bilateral se decide intentar una adrenalectomía parcial. AP: Adenoma focal. RO.

CASO 2: Mujer de 55 años con incidentaloma suprarrenal derecho de 4'3 cm no funcional. Se realiza una suprarrenalectomía derecha. AP: Mielolipoma. RO.

CASO 3: Mujer de 55 años con hallazgo de masa suprarrenal derecha con sospecha de angiomiolipoma, Se realiza una suprarrenalectomía derecha. AP: Angiomiolipoma. RO.

Varón de 54

Con pacientes en decúbito lateral, se crea espacio retroperitoneal con ayuda de un balón de disección y se coloca gelpoint. Posteriormente utilización de 3 trocarea a su través y utilización de robot Da Vinci Xi®.

### **Resultados**

Las 3 pacientes presentan alta precoz (a las 24 horas de la cirugía), sin necesidad de analgesia intravenosa, con sangrados en todos los casos por debajo de 50cc y sin complicaciones reportadas.

### **Conclusiones**

La patología suprarrenal en sus diferentes vertientes se puede manejar con seguridad mediante cirugía robótica retroperitoneal por puerto único. El uso del robot frente a la laparoscopia permite una mayor precisión y ergonomía para el cirujano.

En última instancia, la elección del método dependerá de los recursos disponibles, la experiencia del equipo quirúrgico y las características individuales del paciente.

**V7 - REIMPLANTE URETERAL EN NEOVEJIGA ROBOT-ASISTIDO.**

Bianchi Stilman, R.; Galdón López, G.; Montero Gómez, E.; Goicoechea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Iglesias Fresco, L.; Da Cruz Soage, N.; Lojo Romero, J.; Molinos Mayo, J.; Montero Fabuena, R.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Pereira Beceiro, J.; González Blanco, A.; Bonelli Martín, C.; Rodríguez Alonso, A.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol*

**Introducción**

La estenosis de la anastomosis urétero-neovesical es una complicación relativamente frecuente en pacientes intervenidos de cistoprostatectomía radical con derivación urinaria de este tipo, pudiendo ocasionar dilatación pielocalicial con clínica de cólico renal y deterioro de la función renal.

Son varias las opciones terapéuticas que se pueden plantear, entre las que se encuentra el abordaje endourológico; sin embargo, con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva asistida por robot, es esta hoy en día, una alternativa compleja pero factible.

**Material y Métodos**

Presentamos el caso de un varón intervenido de cistoprostatectomía radical con confección de neovejiga intracorpórea, el cual presenta estenosis de la anastomosis uretero-neovesical derecha, demostrando dilatación pielocalicial en TC y resultado obstructivo en renograma.

Se realiza reimplante uretero-neovesical con éxito: identificación de uréter derecho, dilatado. Disección cuidadosa del mismo. Identificación de zona de estenosis, en anastomosis. Sección de segmento estenosado. Apertura de ojal en neovejiga y reimplante de uréter.

**Resultados**

El tiempo quirúrgico fue de 1 hora y 40 minutos, con una pérdida sanguínea mínima (medio punto de hemoglobina). El postoperatorio transcurrió sin complicaciones, siendo dado de alta al segundo día postoperatorio. Se retira el catéter ureteral a los 15 días y se realiza TC control, con resolución de la dilatación pielocalicial.

**V8 - TUMORECTOMÍA RENAL EN LESIÓN ADYACENTE AL HILIO RENAL**

Díaz Pedrouzo, A.; Ponce Díaz-Reixa J.; Altez Fernández, C.; Delgado García, E.; González Manso Pedrosa, A.; Martins Dos Santos, F.E.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Breijo Martínez, S.; Vázquez-Martul, D.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

**Introducción**

La nefrectomía parcial es el tratamiento de elección en el cáncer renal cT1 ( $\leq 7$  cm), al preservar mejor la función renal y tener unos resultados oncológicos similares a la nefrectomía radical.

Sin embargo, cuando el tumor asienta en determinadas localizaciones como el seno renal, aumenta su complejidad quirúrgica por la cercanía a los vasos renales principales.

**Objetivos**

Describir la experiencia clínica y quirúrgica en la resección de un tumor renal localizado en proximidad al seno renal mediante técnica de tumorectomía asistida por robot Da Vinci Xi®, evaluando la viabilidad quirúrgica, seguridad y resultados funcionales y oncológicos a corto plazo.

**Material y Métodos**

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, diagnosticada de una lesión renal izquierda durante el seguimiento de un cáncer de mama (sin datos de recidiva).

En el TAC-TAP se visualiza una masa de 3.5 cm x 4.5 cm en la cortical interpolar medial del riñón izquierdo compatible con carcinoma de células renales. La lesión contacta con la vena renal aparentemente sin infiltrarla ni generar trombosis asociada. También contacta medialmente con el psoas. No adenomegalias ni otras lesiones sugestivas de metástasis.

Nefrometría 9ph.

Se decide realizar una tumorectomía robótica asistida con sistema Da Vinci Xi®

**Resultados**

Se realizó un abordaje transperitoneal con la colocación de cuatro trocares robóticos más uno auxiliar.

Enucleo-resección tumoral tras clampaje arterial con doble Bulldog. Liberación tumoral sin apertura de la vía urinaria y con un TIC de 25 min. Renorrafia interna con Vycril 0 CTI en sutura continua y externa con V-lock® 2/0 con Hem-o-locks® en los extremos.

La cirugía se finalizó sin complicaciones, con un tiempo quirúrgico total de 180 minutos y una pérdida sanguínea <200 ml. La paciente fue dada de alta a las 48 horas sin eventos adversos.

El análisis histopatológico confirmó un carcinoma de células renales claras, grado 2 de Fuhrman, con márgenes quirúrgicos libres (pT1b).

**Conclusiones**

La visión tridimensional, articulación de instrumentos y ergonomía del sistema robótico favorecen una disección segura en zonas anatómicamente complejas, consolidando su papel en nefrectomías parciales para tumores renales centrales o yuxtahiliares.

**V9 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA EN DECÚBITO PRONO**

González-Manso Rodríguez, A.; Díaz Pedrouzo, A.; Vázquez-Martul, D.; Freire Calvo, J.; Martins Dos Santos, F.E.; Altez Fernández, C.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Bohórquez Cruz, M.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Fernández Rosado, E.; Mosquera Seoane, T.; Aller Rodríguez, M.; Novoa Martín, R.M.; Martínez Breijo, S.; Rodríguez-Rivera García, J.; Janeiro Pais, J.M.; López Fernández, A.; Chantada Abal, V.

*Servizo de Uroloxía, Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña.*

**Introdución**

A tumorectomía renal por retroperitoneoscopia proporciona unha exposición máis directa dos tumores da cara posterior do ril e evita a manipulación da cavidade peritoneal, diminuindo o risco de lesión destes órganos durante a cirurxía e as complicacións posteriores (p.ex: bridas, maior complexidade por adherencias en futuras intervencións...).

A miúdo esta abordaxe realízase co doente en decúbito lateral, pero a súa colocación en decúbito prono permite unha exposición máis directa dos tumores do hilio renal e unha abordaxe máis natural do espazo retroperitoneal, cunha disección máis eficiente ao presentar menor interferencia pola graxa perirrenal ou tecidos circundantes. Todo iso favorece un menor tempo de isquemia renal e, polo tanto, de lesión parenquimatosa.

Presentamos o caso dun tumor renal na cara posterior do ril esquerdo intervindo mediante esta abordaxe.

**Materiale Métodos**

Muller de 66 anos con achado incidental dun tumor renal nunha TC durante o seguimento dunha neoplasia xinecolóxica. Trátase dunha lesión exofítica de 3cm no polo superior do ril esquerdo, suxestiva de CCR.

Decídese realizar unha tumorectomía retroperitoneoscópica e en decúbito prono pola localización do tumor e as cirurxías abdominais previas.

**Resultados**

Ca doente en decúbito prono realizase tumorectomía renal esquerda mediante 4 trócares empregando un videolaparoscopio 3D de 0º de Storz. Realizamos a resección con clampaxe arterial (tempo de isquemia de 6 minutos), empregando material hemostático (Veriset) sen necesidade de renorrafia por correcta hemostasia.

A paciente foi dada de alta ás 36h da cirurxía sen incidencias postoperatorias, sen descenso significativo do hematocrito nin alteración da función renal.

A anatomía patolóxica foi dun carcinoma cromóforo con bordes cirúrxicos libres (pT1a).

**Conclusións**

A nefrectomía parcial retroperitoneoscópica por decúbito prono é unha boa alternativa á posición en decúbito lateral en tumores posteriores do polo superior, dado que ofrece un mellor acceso anatómico, menor mobilización renal e tempos cirúrxicos máis eficientes.

## V10 - RESCATE QUIRÚRGICO DE RECIDIVA TUMORAL RENAL CON TROMBO VENOSO ASOCIADO.

Martins Dos Santos, E.F.; Vázquez-Martul Pazos, D.; López Fernández, A.; Altez Fernández, C.A.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; Fernández Rodríguez, E.; Del Arco García, L.; León, N.; Mata Pose, L.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### Introducción

El cáncer renal es una patología que puede recidivar incluso tras cirugías curativas como la tumorectomía, y, en ocasiones, presenta dificultades adicionales como trombos tumorales asociados. La adecuada planificación quirúrgica y la decisión colegiada de toma de decisiones son clave para el manejo de estos pacientes.

### Caso Clínico

Se presenta el caso de una mujer de 74 años con antecedente personal de una tumorectomía renal izquierda realizada en el año 2021 por causa de una lesión exofítica en el polo superior de 6 cm.

Durante el seguimiento posterior, las pruebas de imagen revelaron una recidiva tumoral en el lecho quirúrgico de 5.1 x 3.8 x 3.9 cm, acompañada de un trombo en la vena renal de 3 cm de longitud, con un margen de 3.5 cm hasta la confluencia con la vena cava.

Tras evaluación del caso en un Comité de Tumores multidisciplinar, donde se descartó afectación de la vena cava y se decidió realizar una nefrectomía radical para el manejo de la recidiva.

### Resultados

La intervención quirúrgica permitió la extirpación completa del riñón afectado y la extracción del trombo venoso sin complicaciones. Se confirmó la integridad del trombo en el interior de la vena renal tras la extracción de la pieza quirúrgica.

La paciente presentó una evolución favorable, recibiendo el alta hospitalaria a las 48 horas postoperatorias. En el seguimiento, la ecografía de control no mostró evidencia de recidiva tumoral.

**Conclusiones**

La recidiva tumoral renal con trombo en vena renal es un desafío quirúrgico complejo. Este caso subraya la importancia de un abordaje multidisciplinar para la planificación del tratamiento y la ejecución de una cirugía precisa. La nefrectomía radical fue curativa, y la pronta recuperación de la paciente sin signos de recidiva destaca la eficacia de la intervención realizada.

## V11 - PROSTATECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR BILATERAL

Díaz Pedrouzo, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Altez Fernández, C.; Delgado García, E.; González Manso Pedrosa, A.; Martins Dos Santos, F.E.; Rodríguez Gómez, J.L.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Vázquez-Martul, D.; Breijo Martínez, S.; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### Objetivo

La prostatectomía radical con preservación neurovascular tiene como objetivo la exéresis completa de la glándula prostática en pacientes con cáncer de próstata localizado, minimizando el daño a los haces neurovasculares responsables de la función eréctil y la continencia urinaria. La intención es optimizar los resultados oncológicos y funcionales mediante una disección anatómica precisa.

### Material y Métodos

El video documenta una prostatectomía radical asistida por robot Da Vinci Xi® en un paciente con una RMN privada con PI-RADS 5 en zona transicional basal y media, e ISUP 1 en 2 cilindros de la lesión (biopsia de fusión). Se le explicó opción de vigilancia activa pero el paciente prefirió la cirugía. La técnica quirúrgica empleada fue la disección intrafascial bilateral para maximizar la preservación neurovascular.

Tras la movilización de la vejiga y la identificación del cuello vesical, se realizó una conservación cuidadosa del mismo, se desarrolló el plano posterior seccionando ambos deferentes y liberando las vesículas seminales, y se realizó una incisión cuidadosa de la fascia de Denonvilliers para posteriormente continuar por el plano intrafascial prostático. La anastomosis uretrovesical fue realizada con sutura continua con V-lock® 2/0 en plano continuo.

### Resultados

El procedimiento transcurrió sin incidencias, con un tiempo de consola de 77 minutos. No se requirieron transfusiones. El análisis anatomopatológico

posterior informó un tumor ISUP 2, con márgenes negativos y estadio pT2. En el seguimiento postoperatorio inicial, el paciente presentó continencia urinaria precoz (uso de 0-1 apósito/día a las 4 semanas) y recuperación progresiva de la función eréctil (IIEF-5 >17 a los 3 meses). No se documentaron complicaciones quirúrgicas ni infecciosas.

### **Conclusiones**

La prostatectomía radical con preservación neurovascular intrafascial representa una técnica segura y eficaz en pacientes seleccionados con cáncer de próstata localizado.

Una adecuada ejecución técnica permite preservar la integridad de los haces neurovasculares y del aparato esfinteriano externo, mejorando significativamente los desenlaces funcionales sin comprometer el control oncológico.

La selección precisa del paciente y la experiencia quirúrgica son determinantes para el éxito de esta estrategia.

## V12 - PROSTATECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN DEL ESPACIO DE RETZIUS: PROCEDIMIENTO EN 60 MINUTOS.

Iglesias Alvarado, J.R.; Freire Calvo, J.; García Expósito, M.; Bohórquez Cruz, M.; Vázquez-Martul, D.

*MásUrología, Hospital San Rafael y Quirónsalud*

### Introducción

La prostatectomía radical con preservación del espacio de Retzius supone una alternativa a la técnica tradicional buscando nuevas ventajas en términos funcionales si bien su uso no se ha generalizado quizás por las limitaciones de reproducibilidad dada una mayor complejidad técnica.

En casos correctamente seleccionados según recoge la literatura, permite una excelente preservación anatómica manteniendo tiempos quirúrgicos igual de competitivos.

### Material y métodos

Presentamos el caso de un varón de 54 años con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata ISUP 2 en cilindros periféricos medios izquierdos en biopsia, PSA 3.4 ng/mL y tacto rectal normal (cT1c).

Dada la ausencia de sospecha de disrupción capsular en una próstata de aproximadamente 35 cc en un paciente joven y activo sexualmente se plantea la realización de prostatectomía radical robótica con preservación del espacio de Retzius.

### Resultados

Se realiza prostatectomía radical empleando la plataforma da Vinci Xi con la configuración robótica habitual y un único puerto de asistencia sin incidencias con un tiempo de consola aproximado de 60 minutos. No se deja drenaje.

El tiempo de estancia postoperatoria fue de 22 horas con retirada de sonda vesical a los 7 días presentando continencia precoz y erecciones completas con apoyo inicial de Tadalafilo 5 mg. El resultado histopatológico fue de adenocarcinoma ISUP 2 con focos bilaterales y márgenes libres de afectación. Primer PSA de 0.02 ng/mL sin datos de recidiva bioquímica posterior.

### **Conclusiones**

En casos seleccionados la técnica de preservación del espacio de Retzius es una opción más, con buenos resultados, sin penalizaciones técnicas o de tiempo operatorio.

**V13 - HOLEP Y DIVERTICULECTOMÍA ROBÓTICA: SINERGIA DE TÉCNICAS**

Iglesias Alvarado, J.R.; Freire Calvo, J; García Expósito, M.; Bohórquez Cruz, M.; Vázquez-Martul, D.

*MásUrología, Hospital San Rafael y Quirónsalud*

**Introducción**

La presencia de divertículos vesicales como consecuencia de la obstrucción generada por la hiperplasia de próstata puede llegar a generar complicaciones sobreañadidas en estos pacientes como infecciones urinarias de repetición o uropatías obstructivas altas.

Siendo una patología benigna, la existencia de grandes divertículos vesicales en localizaciones próximas a los uréteres, sumado a la fibrosis por infecciones previas, supone en muchos casos un reto quirúrgico.

Presentamos un ejemplo demostrativo de 3 casos intervenidos de forma combinada mediante HoLEP y cirugía robótica de forma que en estos casos podemos ahorrar el tiempo de morcelación con los beneficios que aporta la enucleación endoscópica.

**Material y Métodos**

Varón de 67 años que consulta por clínica miccional refractaria a tratamiento farmacológico con presencia de algún episodio previo de retención aguda e infecciones urinarias. Presenta un PSA basal en torno a 4.5 ng/mL, en la ecografía se objetiva gran divertículo lateral derecho. La RM confirma la existencia de HBP con divertículo vesical asociado con ausencia de lesiones sospechosas en una próstata de 65 cc. En este contexto se plantea la realización de HoLEP con diverticucleotomía robótica en el mismo acto.

**Resultados**

Se realiza en un primer tiempo cateterización de ureter derecho dada cercanía de cuello del divertículo a meato ureteral derecho así como la existencia de cierta uropatía obstructiva a dicho nivel. Posteriormente se realiza enucleación con láser Holmio reglada sin morcelación de la pieza.

Seguidamente y tras acople robótico se realiza disección de gran divertículo en cara lateral derecha de vejiga identificando el cuello del mismo por el que extraemos adenoma prostático.

Los tiempos quirúrgicos totales oscilaron entre 160 y 185 minutos con estancias entre 48 y 56 hrs sin complicaciones. En todos los casos se retiró sonda vesical a los 10 días tras cistografía de control.

### **Conclusiones**

Los divertículos vesicales son una potencial complicación de la HBP de larga evolución y su resección puede ser compleja en grandes tamaños y existencia de fibrosis y relación con estructuras adyacentes en donde el 4o brazo facilita enormemente las maniobras. La combinación con la enucleación permite ahorrar tiempo y una mayor preservación anatómica.

**V14 - LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL + CAVOTOMÍA LAPAROSCÓPICA**

Fernández Rodríguez, E; Vázquez-Martul, D; Altez Fernández, C;  
Díaz Pedrouzo, A; Martins do Santos, E; González- Manso, A;  
Delgado García, E; García del Arco, L; Mata Pose, L; León N; Chantada Abal, V.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

**Objetivos**

El retroperitoneo constituye el principal sitio de metástasis en los carcinomas embrionarios testiculares. En casos donde persisten adenopatías retroperitoneales tras el tratamiento quimioterápico, la resección quirúrgica de rescate representa una opción terapéutica en pacientes seleccionados. La cirugía laparoscópica se plantea como una alternativa menos invasiva frente a la cirugía abierta para este tipo de procedimientos.

**Material y Métodos**

Se presenta el caso de un paciente varón de 30 años, sometido a orquiectomía izquierda por carcinoma embrionario limitado al testículo. La tomografía computarizada (TAC) mostró una masa retroperitoneal de aproximadamente 58 mm, con infiltración de la vena cava inferior y metástasis pulmonares bilaterales. Tras completar cuatro ciclos de quimioterapia con el esquema BEP, se observó una reducción parcial de las adenopatías, persistiendo la infiltración a la vena cava. Se decidió realizar una cirugía de rescate para la resección de la masa residual. Durante el procedimiento, se empleó ecografía intraoperatoria para la localización y extracción segura del trombo venoso.

**Resultados**

La intervención se realizó sin incidencias, con una duración total de 246 minutos. Se resecó un total de 12 ganglios linfáticos, sin hallazgos de malignidad en el análisis anatomopatológico. El trombo extraído de la vena cava mostró material inflamatorio y tejido conectivo, compatibles con un trombo organizado.

No se presentaron complicaciones postoperatorias, y el paciente fue dado de alta de manera segura tras cinco días de hospitalización.

**Conclusiones**

La cirugía laparoscópica constituye una opción segura y eficaz para la resección de masas retroperitoneales residuales en pacientes con carcinoma testicular. Dada su complejidad técnica, este procedimiento debe ser realizado por cirujanos con experiencia en laparoscopia avanzada, con el fin de minimizar complicaciones y preservar la integridad de las estructuras vecinas. La ecografía laparoscópica intraoperatoria resulta de gran utilidad para una visualización precisa de las estructuras vasculares y facilita su abordaje quirúrgico.

## V15 - LINFADENECTOMÍA INGUINAL MODIFICADA VIDEO-ENDOSCÓPICA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PENE

García del Arco, L.; Mosquera Seoane, T.; Suárez Pascual, G.;  
Fernández Rodríguez, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins do Santos, E.F.;  
Delgado García, E.; González -Manso Rodríguez, A.; Altez Fernández, C.A.;  
León, N.; Mata Pose, L.; Vázquez-Martul, D.; Barbagelata López, A.;  
Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V..

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### Objetivo

El cáncer de pene, aunque infrecuente, requiere un manejo quirúrgico preciso de la afectación ganglionar. La linfadenectomía inguinal laparoscópica se ha consolidado como una alternativa menos invasiva a la cirugía abierta, con menor morbilidad. En este video se muestra una linfadenectomía inguinal modificada por vía laparoscópica con preservación de la vena safena, buscando reducir complicaciones sin comprometer la radicalidad oncológica.

### Materiales y Métodos

Varón de 69 años sin antecedentes personales que acude a urgencias derivado de consultas de dermatología tras biopsia por sospecha de carcinoma epidermoide; asociando aumento de induración peneana y dolor en últimos días. A la exploración se evidencia masa indurada hasta la base del pene y adenopatías palpables dudosas en contexto de sobre infección. Se solicita TAC donde se objetiva una masa peneana obstruyendo la uretra y adenopatías inguinales bilaterales, la mayoría subcentimétricas.

Se realiza penectomía total y linfadenectomía inguinal laparoscópica bilateral con preservación de vena safena.

### Resultados

El paciente fue dado de alta a los 13 días del postoperatorio, prolongado por linforrea (Clavien-Dindo II). Presentó un único reingreso por celulitis inguinal, con buena evolución clínica tras tratamiento antibiótico.

El estudio anatomopatológico confirmó un carcinoma escamoso poco diferenciado con invasión de cuerpos cavernosos e invasión perineural

marcada. Los márgenes quirúrgicos fueron próximos pero libres (pT3). Se extrajeron 10 ganglios linfáticos en la región derecha y 6 en la izquierda, sin evidencia de afectación metastásica en ninguno de ellos. No se registraron otras complicaciones ni fue necesario tratamiento adyuvante.

### **Conclusiones**

La linfadenectomía inguinal laparoscópica con preservación de la vena safena es una técnica segura que permite una correcta estadificación ganglionar, reduciendo la morbilidad sin comprometer la eficacia oncológica.

## V16 - CIRUGÍA RETROPERITONEAL ROBÓTICA EN SUPINO: ABORDAJE ANTERIOR MULTIPUERTO (MARA)

Vázquez-Martul, D.; Rodríguez Gómez, I; González-Manso, A.; Delgado Fernández, E.; Ponce Díaz, J.L.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Chantada Abal, V.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

### Introducción y objetivos

El abordaje retroperitoneal parece haber demostrado algunas ventajas, especialmente en determinadas patologías como los tumores renales posteriores. La aparición de nuevas plataformas robóticas de puerto único (SP) ha dado lugar a nuevos enfoques quirúrgicos como el abordaje anterior en supino. El acceso retroperitoneal anterior amplía las indicaciones iniciales, pero en varios de estos nuevos escenarios un abordaje multipuerto no ha sido ampliamente explorado.

Presentamos los primeros tres casos consecutivos de nefrectomías parciales (NP) con acceso retroperitoneal anterior en supino mediante un abordaje multipuerto (MARA).

### Material y Métodos

Durante agosto y septiembre de 2024, tres pacientes consecutivos con tumores renales fueron propuestos para NP robótica utilizando la Plataforma Vinci Xi. Los tumores tratados no eran posteriores, entre 2,9 y 5,3 cm incluyendo casos en polo superior e inferior. La edad del paciente osciló entre 58 y 74 años. Los pacientes fueron colocados en posición supina con una ligera elevación en el flanco ipsilateral y extensión del brazo hacia el lado contralateral. El acceso inicial para la creación de espacio con balón disector se realizó por debajo de la duodécima costilla como en la cirugía retroperitoneoscópica clásica. Los puertos restantes se colocaron bajo visión directa medialmente en línea hacia la flínea media ipsilateral. La óptica se colocó en una posición anterior prescindiendo del 4o brazo.

**Resultados**

Todas las cirugías se realizaron completamente en decúbito supino siguiendo los pasos habituales para NP con tiempos de consola entre 80 y 95 minutos y tiempos de isquemia inferiores a 25 minutos en todos los casos. Las renorrafias renales se realizaron en una o dos capas dependiendo del caso. Un caso se realizó con clampaje selectivo. Los sangrados fueron inferiores a 200 cc y no se dejó drenaje en ningún caso. La estancia se mantuvo por debajo de las 48 horas y no se reportaron complicaciones. Todas las muestras fueron confirmadas como carcinomas de células renales con márgenes quirúrgicos negativos.

**Conclusiones**

MARA supone una alternativa factible para el tratamiento de tumores de riñón anteriores con un acceso multipuerto implementando su uso y potenciales ventajas más allá de las plataformas SP.

## V17 - SUSTITUCIÓN URETERAL ROBÓTICA MEDIANTE TÉCNICA COMBINADA CON APÉNDICE CECAL, PSOAS HITCH Y FLAP DE BOARI EN ESTENOSIS URETERAL EXTENSA

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; González Dacal, J.A.; Zarraonandía Andraca, A.; Plaza Alonso, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Fernández Yáñez, A.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### Objetivos

Presentar una técnica quirúrgica combinada para la reconstrucción ureteral en casos de estenosis ureteral extensa, utilizando apéndice cecal, psoas Hitch, y colgajo vesical de Boari.

### Material y Métodos

Mujer de 55 años con estenosis ureteral derecha proximal, media y distal; en contexto de múltiples episodios de litiasis obstructivas con necesidad de derivación y cirugías endoscópicas para tratamiento de las mismas.

Se ha realizado una sustitución ureteral completa mediante cirugía laparoscópica asistida por robot tras la liberación, comprobación y posterior sección del uréter estenótico.

Valoración de la longitud y de la luz del apéndice cecal. Movilización posterior del colgajo apendicular para su anastomosis, previa liberación y fijación vesical mediante técnica de psoas Hitch y flap de Boari para una anastomosis apendicovesical libre de tensión.

### Resultados

Tiempo quirúrgico total de 8 horas y 55 minutos. Pérdida de 2,9 g/dl de hemoglobina. La paciente evolucionó sin complicaciones postoperatorias inmediatas con alta a domicilio a los nueve días postoperatorios; previo cierre de nefrostomía. Retirada de sondaje vesical a los 57 días, de catéter doble J a los 63 días y de nefrostomía a los 87 días. Realización de TC con fase excretora a los 2 meses tras la cirugía con paso de contraste a vejiga sin evidencia de fugas y función renal en rango de normalidad.

### **Conclusiones**

La combinación de apéndice cecal, psoas Hitch y colgajo vesical de Boari es una opción viable para la reconstrucción ureteral en estenosis extensas, siendo una posible alternativa a tener en cuenta cuando nos enfrentamos a cirugías reconstructivas tan complejas.

## V18 - TUMORECTOMIA RENAL DERECHA TRANSPERITONEAL ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; Zarraonandia Andraca, A.; González Dacal, J.A.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; Fernández Baltar, C.; Plaza Alonso, C.; Fernández Yáñez, A.; Novo Gómez, N.; López López, B.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### Objetivos

Presentar la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de un caso de tumorectomía renal transperitoneal asistida por robot en una paciente diagnosticada de neoplasia renal derecha.

### Material y Métodos

Mujer de 63 años, fumadora y con antecedentes de EPOC y osteoporosis, derivada a consultas externas desde su MAP por hallazgo incidental de masa renal. En TAC se visualiza masa renal sólida heterogénea de 3.9x3.3x3.5 cm en la cortical del polo superior del riñón derecho compatible con proceso neoformativo. Tras revisión de imágenes se decide inclusión para tumorectomía renal derecha transperitoneal asistida por robot.

### Resultados

La intervención tuvo una duración de 75 minutos. Se realizó la decolación con posterior localización del pedículo, clampaje selectivo de este y enucleación del tumor, con un tiempo de isquemia de 15 minutos. El postoperatorio fue de 72 horas transcurriendo este sin incidencias. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica fue un carcinoma de células claras pT1a con bordes quirúrgicos libres.

**Conclusiones**

La tumorectomía renal es una opción quirúrgica eficaz y segura, que permite la preservación de la función renal sin comprometer el control oncológico en el tratamiento de tumores renales seleccionados. La asistencia robótica permite una mayor visualización y precisión, lo que, con un cirujano experto, se traduce en mejores resultados funcionales, menor tiempo de isquemia, menor sangrado y una recuperación posquirúrgica más rápida.

## V19 - TUMORECTOMÍA RENAL DERECHA RETROPERITONEOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT

Siles Hinojosa, P.; Zarraonandia Andraca, A.; Chaves Santamaría, M.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Otero Núñez, J.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Nuñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### Introducción

El abordaje retroperitoneal asistido por robot se postula como una alternativa ventajosa en tumores renales posteriores, al evitar la movilización de estructuras intraabdominales y permitir un acceso directo al plano renal posterior. Su implementación en cirugía conservadora renal ha demostrado eficacia y seguridad en centros con experiencia.

### Objetivos

Describir los aspectos técnicos y los resultados perioperatorios de una tumorectomía renal derecha por vía retroperitoneal asistida por robot en una paciente con comorbilidades significativas y antecedentes de múltiples intervenciones quirúrgicas abdominales.

### Material y Métodos

Mujer de 73 años con antecedentes de HTA, dislipemia, marcapasos, cáncer de mama tratado y múltiples cirugías abdominales. En seguimiento en consultas por masa renal derecha de localización posterior en el polo inferior. El TAC toracoabdominopélvico con contraste mostró un nódulo cortical sólido de 2,4 cm, con captación heterogénea y zona hipodensa central, compatible con neoplasia renal de bajo grado. Se realizó tumorectomía renal retroperitoneoscópica asistida por robot Da Vinci Xi. Se registraron tiempos operatorios, complicaciones y evolución postoperatoria.

### **Resultados**

Tiempo quirúrgico total: 70 minutos. Tiempo de isquemia caliente: 9 minutos. La paciente fue dada de alta a las 72 horas sin complicaciones postoperatorias. El estudio anatomopatológico confirmó un tumor oncocítico de bajo grado, estadio pT1a.

### **Conclusiones**

La cirugía retroperitoneal asistida por robot representa una excelente opción para el abordaje de tumores renales posteriores, especialmente en pacientes con antecedentes quirúrgicos abdominales. Proporciona acceso anatómico directo, reduce el riesgo de complicaciones intraabdominales y permite un control preciso del hilio renal, manteniendo resultados oncológicos y funcionales óptimos.

### **Palabras clave**

Cirugía robótica, retroperitoneoscopia, tumorectomía renal, neoplasia renal posterior.

**V20 - RIRS 2.0**

Sousa Iglesias, Á.; Zarraonandía Andraca, A.; Osorio Cabello, M.L.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J.J.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**Objetivos**

Presentar mediante vídeo una cirugía endourológica para la resolución efectiva de una litiasis renal utilizando tecnología de última generación; incluyendo vaina de aspiración con punta flexible, fibra láser de Tulio de 150 micras y ureterorrenoscopio flexible de 7,5 French.

**Material y Métodos**

Paciente de 45 años con antecedente de litiasis de 12mm y 700UH en uréter proximal derecho ascendida a grupo calicial inferior tras derivación urgente mediante catéter DJ en contexto de sepsis urinaria.

Se utilizó un ureterorrenoscopio flexible de 7,5 Fr para acceso y visualización de la litiasis. Para la fragmentación se empleó una fibra láser de Tulio de 150 micras, optimizando la pulverización del cálculo y reduciendo la retropulsión. Posteriormente, los fragmentos fueron extraídos mediante una vaina de aspiración con punta flexible, logrando finalizar la intervención libre de litiasis.

**Resultados**

El procedimiento se realizó exitosamente con una duración de 60 minutos y sin complicaciones intraoperatorias. La paciente presentó una rápida recuperación postoperatoria sin complicaciones asociadas, siendo dada de alta a las 48 horas tras la intervención. Resolución completa de la litiasis confirmada mediante estudios radiológicos.

### **Conclusiones**

La ureterorenoscopia flexible asistida por tecnología avanzada, representa una opción terapéutica efectiva y segura para el tratamiento de litiasis renales de tamaño intermedio. Este abordaje nos ha permitido reducir el tiempo quirúrgico y optimizar la eficacia del procedimiento.

**V21 - EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE COILS TRAS EMBOLIZACIÓN DE VARICOCELE**

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Díaz Bermúdez, J.; Otero Núñez, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Zarraonandia Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Fernández Yáñez, A.; Osorio Cabello, M.L.; Mosquera Seoane, L.; Rodríguez Núñez, H.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

**Introducción**

El varicocele es una condición frecuente en hombres, que se caracteriza por la dilatación de las venas del plexo pampiniforme. Se trata de una causa común de dolor testicular, cuya embolización es una opción terapéutica efectiva. Sin embargo, en casos excepcionales, pueden persistir los síntomas tras el procedimiento requiriendo abordajes quirúrgicos adicionales.

**Objetivos**

Presentar en este vídeo la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de la exéresis laparoscópica de material embolizante (coils) en un paciente con orquialgia persistente tras embolización de varicocele izquierdo.

**Material y Métodos**

Varón de 45 años, sin comorbilidades relevantes, sometido a embolización por varicocele izquierdo moderado-grave en mayo de 2024 en el Hospital de Pontevedra. En la evaluación clínica y por imágenes, se identificaba amplia cadena de coils en vena espermática izquierda. Debido a persistencia de dolor testicular incapacitante, se decidió realizar en diciembre de 2024 una exéresis laparoscópica de los coils.

**Resultados**

La intervención se realizó por vía laparoscópica con una duración total de 45 minutos. Durante la cirugía, se procedió a la identificación y disección de la vena gonadal izquierda, seguida de la exéresis completa del material embolizante. No se reportaron complicaciones intraoperatorias. La estancia hospitalaria fue de 24 horas, y el paciente fue dado de alta con manejo analgésico y antibioterapia. En el seguimiento al mes, el dolor incapacitante

había desaparecido, presentando únicamente alguna molestia de baja intensidad a la palpación testicular. Se solicitó ecografía doppler de control.

### **Conclusiones**

La exéresis laparoscópica de coils es una opción segura y efectiva en casos seleccionados de persistencia de dolor incapacitante tras embolización de varicocele. El abordaje quirúrgico permite el alivio sintomático y la resolución de complicaciones asociadas.

### **Palabras clave**

Varicocele, embolización, laparoscopia, dolor crónico, exéresis de coils

## V22 - CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA CON PRESERVACIÓN DE BANDELETAS NEUROVASCULARES Y NEOVEJIGA ILEAL EN Y

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Yáñez, A.; Chaves Santamaría, M.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Núñez Otero, J.J.; Fernández Baltar, C.; González Dacal, J.A.; Plaza Alonso, C.; Zarraonandía Andraca, A.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Mosquera Seoane, L.; Osorio Cabello, M.L.; Rodríguez Núñez, H.

*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra*

### Objetivos

Presentar mediante vídeo la técnica quirúrgica de cistoprostatectomía radical asistida por robot con preservación de bandeletas neurovasculares y reconstrucción urinaria mediante neovejiga ileal en configuración en Y, destacando detalles técnicos clave y resultados funcionales.

### Material y Métodos

Varón de 39 años con diagnóstico de carcinoma urotelial de alto grado con extensa diferenciación glandular con infiltración de capa muscular propia y presencia de carcinoma urotelial in situ. Se propone para cistoprostatectomía radical asistida por robot con preservación cuidadosa de las bandeletas neurovasculares para intentar preservar la continencia urinaria y la función eréctil.

### Resultados

El tiempo quirúrgico total fue de 13 horas con una pérdida de 2,9 g/dl de hemoglobina. El procedimiento se completó sin complicaciones intraoperatorias significativas. El paciente presentó una evolución postoperatoria inicial tórpida con complicaciones Clavien Dindo III. Alta a domicilio a los 41 días con retirada de catéteres monoJ a los 30 días y de sondaje vesical a los 39 días.

Resultado anatomopatológico de la pieza: pT2b N0 (18 ganglios aislados).

Preservación satisfactoria de la continencia urinaria con vaciado vesical completo con maniobra de Credé y función eréctil preservada.

**Conclusiones**

La cistoprostatectomía radical robótica con preservación de bandeletas neurovasculares y reconstrucción con neovejiga ileal en Y representa una técnica quirúrgica efectiva para pacientes seleccionados con cáncer vesical invasivo. Este abordaje proporciona óptimos resultados oncológicos y funcionales, resaltando la precisión y ventajas asociadas al uso del sistema robótico.

## V23 - NEFRECTOMÍA PARCIAL MÚLTIPLE EN PACIENTE CON TUMORES RENALES BILATERALES

Rodríguez Molina, D.; Calafiore, D.; Vilariño Sobrado, A.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereira, C.; Hernández Calama, E.; Rodríguez Rey, S.; Cambón Bastón, E.M.; Iglesias Alvarado, J.R.; Blanco Gómez, B.; Casas Nebra, F.J.

*Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti*

### Introducción

La nefrectomía parcial es el tratamiento de elección para tumores renales menores de 7cm, ofreciendo resultados oncológicos comparables a los de la nefrectomía radical, con la ventaja de preservar mejor la función renal. Esta técnica se asocia a una menor mortalidad cardiovascular, mayor supervivencia global, y mejor calidad de vida postoperatoria. Asimismo, la nefrectomía parcial está indicada en casos de tumores renales múltiples o bilaterales, donde la conservación de nefronas cobra gran relevancia.

### Material y Métodos

Presentamos el caso de un varón de 43 años con los siguientes antecedentes:

- Exfumador
- Enfermedades prevalentes: hipertensión arterial, dislipemia, leucemia, SAOS severo.
- Sin intervenciones previas.

Derivado a consultas de Urología por hallazgo incidental de masas renales bilaterales. Estudio genético negativo para Enfermedad de Von Hippel-Lindau. Tras comentar el caso en comité de tumores uro-oncológicos, se realiza biopsia renal izquierda para descartar oncocitoma u otras estirpes de masas renales; hallazgo de tumor papilar de células renales. Ante estos resultados, se decide someter al paciente a tumorectomía bilateral, comenzando por el riñón izquierdo por mayor dificultad de la técnica quirúrgica y tener peores características de malignidad en el TC.

Se expone un vídeo resumen de la intervención: Tumorectomía renal múltiple izquierda robótica.

## Resultados

Se realiza resección de tres masas renales:

LESIÓN	RENAL SCORE	COMPLEJIDAD	RIESGO DE COMPLICACIONES	PADUA SCORE	RIESGO DE COMPLICACIONES
1) Exofítica (polo superior)	5a	Baja	6,4%	7	Bajo
2) Endofítica (localizada con ecografía)	10x	Alta	21,9%	12	Alto
3) Exofítica (polo inferior)	8p	Intermedia	11,1%	9	Moderado

Tiempo de intervención: 5h20min.

Tiempo de isquemia: 16 + 56 + 14 min.

Sangrado: 600cc.

El paciente es dado de alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias.

Anatomía patológica:

1) Carcinoma de células renales claras; 3,5cm; G1; R0.

2) Carcinoma de células renales claras; 2,7cm; G2; R0.

3) Carcinoma papilar de células renales; 8cm; G4; R1.

Función renal (creatinina):

- Al inicio: 1,02 mg/dL

- Postoperatoria: 1,80 mg/dL

- Al mes de la intervención: 1,35 mg/dL

## Conclusiones

La nefrectomía parcial puede realizarse de forma segura en casos de tumores renales bilaterales, permitiendo un control oncológico adecuado y una buena preservación de la función renal.

## V24 - NEFRECTOMÍA RADICAL DERECHA TRANSPERITONEAL LAPAROSCÓPICA CON CAVOTOMÍA Y EXÉRESIS DE TROMBO EN CAVA

Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J.R.; Cambón Bastón, E.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Casas Nebra, F.J.

*Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti*

### Objetivos

Describir los aspectos técnicos y perioperatorios de la nefrectomía radical laparoscópica con cavotomía y trombectomía en el manejo del carcinoma renal con extensión tumoral a la vena cava inferior, destacando su viabilidad y resultados postoperatorios inmediatos.

### Material y Métodos

Se presenta el caso de un paciente varón de 58 años, sin antecedentes oncológicos familiares ni cirugías previas relevantes, con hipertensión, dislipidemia y diabetes tipo 2. Fue remitido a Urología en junio de 2024 por un PSA elevado y síntomas miccionales obstructivos, sin hematuria. La ecografía mostró una masa renal derecha de 43 x 39 mm, con trombosis parcial de la vena renal. El TAC con contraste confirmó la lesión sólida en el polo inferior renal derecho, asociada a un trombo en la vena renal, sin evidencia de metástasis. La función renal preoperatoria fue normal (creatinina 0.86 mg/dl; FG 95 ml/min).

### Resultados

El paciente fue sometido a nefrectomía radical laparoscópica derecha con cavotomía y trombectomía mediante abordaje transperitoneal con 5 trócares. Se localizó el trombo en la vena renal, que alcanzaba el ostium de la vena cava, por lo que se optó por cavotomía mano-asistida. Se utilizó un Satinski para clampar la vena cava parcialmente, se seccionó la vena renal con el trombo y se cerró la cava. Se extrajo el riñón de forma completa. Durante la cirugía, el paciente presentó inestabilidad hemodinámica, probablemente por shock distributivo, requiriendo soporte con drogas vasoactivas. En el postoperatorio inmediato, ingresó en REA por taquicardia sinusal persistente y necesidad de

noradrenalina. Evolucionó favorablemente y fue trasladado a planta al cuarto día, siendo dado de alta al séptimo día con función renal conservada (creatinina 1.16 mg/dl; FG 69 ml/min).

### **Conclusiones**

La nefrectomía radical con trombectomía en pacientes con carcinoma renal y extensión tumoral a la vena cava, aunque asociada a elevada carga de morbi-mortalidad, continúa siendo el tratamiento de elección. Su realización en centros con experiencia permite mejorar el pronóstico y ofrecer una potencial ganancia en supervivencia a este subgrupo de pacientes oncológicos.

## V25 - PNECTOMÍA PARCIAL Y RECONSTRUCCIÓN GLANDAR CON COLGAJO ESCROTAL SEGÚN TÉCNICA DE MAZZA

Rodríguez Molina, D.; Calafiore, D.; Vilariño Sobrado, A.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereira, C.; Hernández Calama, E.; Cambón Bastón, E.M.; Iglesias Alvarado, J.R.; Blanco Gómez, B.; Casas Nebra, F.J.  
*Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti*

### Introducción

La recomposición cutánea peneana es uno de los mayores retos de la cirugía reconstructiva, debido a la dificultad que conlleva preservar tanto la morfología como la estética del pene. Otro de los objetivos es otorgar una sensación táctil y erógena al paciente, con la mínima morbilidad de la zona donante.

La evolución de las técnicas quirúrgicas utilizando colgajos de piel, o flaps miocutáneos, ofrecen una opción interesante para el tratamiento de lesiones peneanas, manteniendo una morbilidad aceptable.

En este caso, se utiliza colgajo escrotal, siguiendo los principios de la técnica de Mazza.

### Material y Métodos

Presentamos el caso clínico de un varón de 74 años con los antecedentes:

- Exfumador
- Enfermedades prevalentes: HTA, DL, vértigo, cáncer de sigma, síndrome antifosfolípido primario, Síndrome de Leriche, antecedentes de vasculitis intestinal.
- Intervenciones previas: hemorroidectomía, colectomía subtotal con anastomosis láteroterminal ileorrectal (1997), polipectomía anal (2008), colecistectomía (2009).

Es derivado a consultas de urología por aparición de lesiones verrucosas en prepucio y surco balanoprepucial, de 2 meses de evolución, las cuales se biopsian, demostrando:

- Lesión prepucial: carcinoma epidermoide pT1a, grado 2
- Lesión glandar: neoplasia intraepitelial basaloide p16+ (VPH)

Ante los resultados anatomopatológicos, se decide someter al paciente a: penectomía parcial y reconstrucción glandar con colgajo escrotal según

técnica de Mazza (1987)

Se expone un vídeo resumen con la descripción de la técnica.

### **Resultados**

En un primer tiempo quirúrgico, el paciente se somete a la intervención descrita, enviando muestra intraoperatoria que demostró márgenes negativos. Es dado de alta al primer día postoperatorio, con retirada de sonda vesical a los 20 días de la intervención. La anatomía patológica describe un carcinoma epidermoide, grado 2 pT1a + neoplasia intraepitelial peneana basaloide p16+, con bordes quirúrgicos libres.

En un segundo tiempo, a los 4 meses de la intervención, se realiza liberación del colgajo neoglandar en régimen de cirugía ambulatoria mediante sección del puente escrotal, enviando muestra a analizar, y finalización de neoglande.

### **Conclusiones**

La reconstrucción glandar con colgajo escrotal es una técnica válida, aceptable y viable para pacientes con cáncer de pene seleccionados, con resultados oncológicos, estéticos y funcionales satisfactorios.

## V26 - CORRECCIÓN ROBÓTICA DE FÍSTULA VESICOVAGINAL POSTHISTERECTOMÍA NO ONCOLÓGICA: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Y TÉCNICA QUIRÚRGICA EN VIDEO

Filigrana Valle, C.; Sendín Martín, R.; Cámara Martínez, C.; Lobato Sánchez, M.; Ventura Couto, O.; Romero Selas, E.; Portela Pereira, P.; López Bellido, D.  
*Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.*

### Objetivos

Presentar la técnica quirúrgica para la corrección de una fístula vesico-vaginal mediante cirugía robótica. Destacamos la relevancia del caso al tratarse de una complicación secundaria a cirugía ginecológica por causa no oncológica.

### Material y Métodos

Paciente de 39 años, G5A1P3E1, con clínica de dolor abdominal crónico tras el implante de dispositivos Essure en trompas en 2011. En agosto de 2024 se somete a una histerectomía total con salpinguectomía bilateral por laparoscopia para la extracción de los dispositivos. Una semana tras el alta postoperatoria, presentó pérdida continua de orina por vagina, siendo diagnosticada de fístula vesico-vaginal mediante exploración vaginal y pruebas diagnósticas.

Tras el diagnóstico y tras el fracaso del manejo conservador con sonda vesical, se llevó a cabo la corrección quirúrgica de la fístula mediante cirugía robótica por vía transperitoneal y abordaje transvesical.

### Resultados

La intervención fue realizada en enero de 2025 por el servicio de Urología. Mediante endoscopia se cateteriza el trayecto fistuloso entre vejiga y vagina, y ambos uréteres con catéteres ureterales.

Se procede al acceso transperitoneal. Con la ayuda de una valva vaginal se localiza la cúpula vaginal. La dificultad de acceso al plano nos lleva a acceder de forma transvesical para localizar el trayecto fistuloso y resecarlo.

Se separan ambos órganos dejando los bordes libres y sanos para un posterior cierre e interposición posterior de apéndice epiploico entre ambos planos.

A las tres semanas se realizó cistouretrografía miccional seriada que no

mostró fuga de contrast, procediéndose a la retirada de sonda vesical y catéteres doble J. Posteriormente la paciente fue dada de alta por Urología y Ginecología sin complicaciones.

### **Conclusiones**

La reparación de fístula vesicovaginal mediante cirugía robótica representa una alternativa eficaz, segura y reproducible. Ofrece ventajas como menor morbilidad, reducción de estancia hospitalaria y mejor recuperación funcional respecto al abordaje abierto o laparoscópico, siendo especialmente útil en casos complejos o recidivantes.



Nuestro más sincero agradecimiento a las

**EMPRESAS PATROCINADORAS**

ASTELLAS PHARMA  
BAYER HISPANIA  
BOSTON SCIENTIFIC

**EMPRESAS COLABORADORAS**

RECORDATI  
DGM VASCULARS, S.L./DISGAMEDICA, S.L.  
FUJIFILM / CELTA INGENIEROS  
GEBRO PHARMA  
G.S.A. GALLEGA  
JANNSEN – CILAG  
OLYMPUS IBERIA  
PALEX MEDICAL  
PRESURGY





## SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



GALLEGA DE EXPOSICIONES Y  
CONGRESOS

Muelle de Bouzas, Dársena Nº2, Local 52 B  
36208 Vigo (Spain)

Tel / Fax: (+34) 986 294 465

Móvil: (+34) 654 556 193 / 699 900 821

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