

XXXV



SOCIEDAD GALLEGA
DE UROLOGÍA

CONGRESO

de la Sociedad Gallega de Urología

A Coruña

29 y 30 de mayo de 2026

Organizan

Sociedad Gallega de Urología
Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña

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 GALEGA
DE UROLOGÍA**

XXXV CONGRESO

de la Sociedad Gallega de Urología

A Coruña
29 y 30 de mayo de 2026



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 2026/5-1

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

ANTECEDENTES

1.- En data 23/02/2026 ten entrada no rexistro electrónico da Xunta de Galicia (REXEL núm. 2025/504170) a solicitude presentada por Gala Fernández Prieto, en nome e representación de Gallega de Exposiciones y Congresos SL, NIF B36920593, na que se solicita o recoñecemento de interese sanitario para o acto: "XXXV Congreso da Sociedade Galega de Uroloxía".

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 Exposiciones y Congresos SL, que se vai celebrar en A Coruña, os días 29 e 30 de maio de 2026, 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, por sinatura dixital

A Directora Territorial

Cristina Pérez Fernández



Comité Organizador

PRESIDENTE

Dr. Venancio Chantada Abal

VOCALES

Dr. Marcos Aller Rodríguez
Dr. Carlos Alonso Altez Fernández
Dr. Alfonso Barbagelata López
Dr. Manuel A. Bohórquez Cruz
Dr. Vicente Pastor Casas Agudo
Dr. Enrique Fernández Rosado
Dr. Jacobo Freire Calvo
Dr. Francisco Javier Gómez Veiga
Dr. José Manuel Janeiro País
Dra. Leticia Lamas Díaz
Dra. Alicia López Fernández
Dra. Sara Martínez Breijo
Dra. Teresa Mosquera Seoane
Dra. Rosa M^a Novoa Martín
Dra. Andrea Orosa Andrada

Dr. José Luis Ponce Díaz-Reixa

Dr. Ignacio Rodríguez Gómez

Dr. Javier Rodríguez-Rivera

Dr. José María Sánchez Merino

Dr. Germán Suárez Pascual

Dr. Darío Vázquez-Martul Pazos

RESIDENTES

Dra. Eva Delgado García

Dra. Ana Díaz Pedrouzo

Dra. Elisa Fernández Rodríguez

Dra. Lucía García del Arco

Dr. Anxo González-Manso Rodríguez

Dr. Eduardo Filipe Martins dos Santos

Dra. Natasha M^a León

Dra. Lucía Mata Pose

Dr. Carlos Núñez Serrano

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

D. Carlos Bonelli Martín

Dña. Cristina Cámara Martínez

D. Javier Casas Nebra

D. José María Díaz Álvarez

D. Marco Antonio García Expósito

Dña. Teresa Mosquera Seoane

Dña. Paula Portela Pereira

D. Jorge Rey Rey

D. Antón Zarraonandia Andraca

D. Javier Sánchez Rodríguez-Losada

Datos de interés

ORGANIZA

Sociedad Gallega de Urología
Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

FECHAS DEL CONGRESO

Días 29 y 30 de mayo de 2026

SEDE DEL CONGRESO

Salón de Actos del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña
Xubias de Arriba, 84 - 15006 A Coruña

SECRETARÍA CIENTÍFICA

Servicio de Urología del C.H.U. de A Coruña
Xubias de Arriba, 84 - 15006 A Coruña

SECRETARÍA TÉCNICA

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

Imágenes cedidas por Dr. Venancio Chantada Abal

Resumen de Programa Viernes 29

SESIÓN DE MAÑANA

- 08:15** Salida en autocar del hotel al hospital
- 08:30** Entrega de documentación en la secretaría técnica - Hall del Salón de Actos – 4ª planta
- 08:45** **Bienvenida: Dr. Venancio Chantada Abal** – Presidente del Comité Organizador
- 08:55** **Presentación de Videos - Sesión 1ª**
- 09:45** **Presentación de Videos - Sesión 2ª**
- 11:10** **Pausa café**
- 11:40** **Presentación de Comunicaciones Orales**
- 12:40** Mesa Redonda: **HoLEP y Aquabeam: nuevos enfoques funcionales terapéuticos en pacientes con HBP**
- 13:10** Mesa Redonda: **Cirugía robótica: presente y futuro de la cirugía robótica**
- 13:40** Mesa Redonda: **¿Cómo abordar la incontinencia urinaria de esfuerzo en la transición a la menopausia?**
- 14:10** **Comida de trabajo** - Edificio de enfrente - Hall 3ª Planta

SESIÓN DE TARDE

- 16:00** **Presentación de Videos - Sesión 3ª**
- 17:15** **Inauguración Oficial**
- 17:30** **Pausa Café**
- 18:00** Mesa redonda: **Actualización en andrología**
- 18:30** **Actualización en el tratamiento inmunoterápico en cáncer vesical**
- 19:00** Asamblea General de la SGU 1ª Convocatoria
- 19:30** Asamblea General de la SGU 2ª Convocatoria
- 20:00** Salida en autocar del hospital al hotel
- 21:30** Salida en autocar del hotel al restaurante
- 22:00** Cena oficial del Congreso
- 00:00** Salida del primer autocar del restaurante al hotel
- 01:45** Salida del segundo autocar del restaurante al hotel

Resumen de Programa Sábado 30

SESIÓN DE MAÑANA

- 08:45** Salida en autocar del hotel al hospital
- 09:00** **Presentación de Pósters**
- 10:30** Mesa Redonda: Litiasis
- 11:00** **Pausa Café**
- 11:30** Mesa SGU: **Terapia focal: Implicaciones de la imagen y su aplicación**
- 12:00** **Presentación de Videos - Sesión 4ª**
- 13:15** Mesa Redonda: **Diagnóstico y manejo de la recidiva bioquímica en cáncer de próstata**
- 13:45** **Clausura del Congreso - Dr. Venancio Chantada Abal**



ÍNDICE

RESUMEN DE PROGRAMA	12
PROGRAMA	16
RESÚMENES	
Vídeos [V]	35
Comunicaciones Orales [CO]	93
Pósters [P]	111
COLABORACIONES	149

PROGRAMA VIERNES 29 DE MAYO

SESIÓN DE MAÑANA

- 08:15 Salida en autocar del hotel al hospital
- 08:30 Entrega de documentación en la secretaría técnica - Hall del Salón de Actos – 4ª planta
- 08:45 **Bienvenida: Dr. Venancio Chantada Abal**
Presidente del Comité Organizador
- 08:55 **Presentación de Videos - Sesión 1ª**
Moderadores:
Dr. Jacobo Freire Calvo
S. Urología C.H.U. de A Coruña
Dra. Lucía Mosquera Seoane
S. Urología C.H.U. de Pontevedra

V1 - PIELOPLASTIA ROBÓTICA EN ESTENOSIS DE UNIÓN PIELOURETERAL COMPLICADA CON FUNGUS BALL

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

V2 - NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN QUISTE HIDATÍDICO RENAL

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Plaza González, C.; Ruibal Moldes, M.
SUTURO

V3 - ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE: NEFRECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN DE SUPRARRENAL ASISTIDA POR ROBOT

Hernández Calama, E.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Vilariño Sobrado, A.; Caramés Masana, F.; Iglesias Alvarado, J.L.; Casas Nebra, F.J.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti

V4 - PIELOPLASTIA ROBÓTICA DE RESCATE EN PACIENTE MONORRENO

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez- Rivera Sánchez, J.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V5 - LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA EN TUMOR TESTICULAR NO SEMINOMATOSO

Filigrana, C.; Loyola, M.; Parada, F.; Kerkebe, M.; Hassi, M.; Orellana, S.

Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile

V6 - SIMPATECTOMIA LUMBAR BILATERAL ROBÓTICA EN PACIENTE CON HIPERHIDROSIS PLANTAR INVALIDANTE

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Núñez Otero, J.J.; Chaves Santamaría, M.; Sousa iglesias, A.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez-Rivera Sánchez, J.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra

09:45 Presentación de Videos - Sesión 2ª

Moderadores:

Dr. Jorge Salgado Novoa

S. Urología C.H.U. de Ourense

Dr. Carlos Alonso Altez Fernández

S. Urología C.H.U. de A Coruña

V7 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN ISQUEMIA CERO

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

V8 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEAL EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA

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

Servicio de Urología. Hospital Universitario de A Coruña.

V9 – CIRUGÍA ROBÓTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA: NEFRECTOMÍA PARCIAL POR VÍA RETROPERITONEAL GUIADA POR ECOGRAFÍA INTRACAVITARIA.

Trujillo Marín, M.; Carballo Quintá, M.; Castro Iglesias, A.M.; Almúster Domínguez, S.; López Díez, E.; Cespón Outeda, E; Castro Jul, M.; Goiri Noguera, A; Moledo Lamela, M.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

V10 - VENTAJAS DEL ABORDAJE RETROPERITONEAL ROBÓTICO EN DECÚBITO PRONO.

Mata Pose, L.; Vázquez-Martul, D.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; García del Arco, L.; Ponce Díaz, J. L.; Suárez Pascual, G.; Barbagelata López, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V11 - NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMPLEJA

Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandia Andraca, A.; González Dacal, J.; Fandiño Argibay, A.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

Sutura Cirugía Urológica

V12 - TUMORECTOMIA RENAL DERECHA TRANSPERITONEAL DE RESCATE ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; González Dacal, J. A.; Zarraonandia Andraca, 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

V13 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ROBÓTICA ASISTIDA. PROGRESIÓN DE LESIÓN QUIÍSTICA PARAHILIAR.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

V14 - TUMORECTOMÍA HILIAR DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR DA VINCI EN TUMOR cT1b

Fernández Rodríguez, E.; Ponce Díaz-Reixa, J.; García del Arco, L.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Martins Dos Santos, E.F.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Vazquez-Martul Pazos, D.; Barbagelata López, A.; Martínez Breijo, S.; Suárez Pascual, G.; Rodríguez Gómez, I.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V15 - NEFRECTOMÍA PARCIAL IZQUIERDA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI EN TUMOR pT2

Fernández Rodríguez, E.; Vazquez Martul Pazos, D.; García del Arco, L.; Martins Dos Santos, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, L.; Núñez Serrano, C.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Barbagelata López, A.; Martínez Breijo, S.; Suárez Pascual, G.; Rodríguez Gómez, I.; Chantada Albal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V16 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ROBÓTICA ASISTIDA CON CLAMPAJE SELECTIVO EN TUMOR PRÓXIMO AL HILIO RENAL

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

11:10 Pausa café

11:40 Presentación de Comunicaciones Orales

Moderadores:

Dra. Rosa María Novoa Martín

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Dr. Adrián Freire Rodríguez

S. Urología C.H.U. de Ourense

CO1 - FACTORES ASOCIADOS A FUNCIÓN DIFERIDA DEL INJERTO, COMPLICACIONES TEMPRANAS Y RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN TRASPLANTE RENAL

García del Arco, L.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Fernández Rosado, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Rodríguez Rivera, J.; Vazquez-Martul, D. Barbagelata López, I.; Gómez Veiga, F.; Suarez Pascual, G. A.; Delgado García, E.; González-Manso, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

CO2 - ABORDAJE MULTIMODAL DEL SÍNDROME MIOFASCIAL CON AFECTACIÓN DE NERVIPO UDEUDO EN VARÓN JOVEN INTERVENIDO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fandiño Argibay, A. M.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; González Sevillano, M. (Fisioterapia SUTURO); Pazos Iglesias, B. (Fisioterapia SUTURO); Ruibal Moldes, M.

Grupo SUTURO. Pontevedra.

CO3 - ANÁLISIS COMPARATIVO: ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS. ROBÓTICA.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

CO4 - CURVA DE APRENDIZAJE EN LA ADENOMECTOMÍA DE PRÓSTATA LAPAROSCÓPICA.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

CO5 - CIRUGÍA CONSERVADORA FRENTE A RADICAL EN TUMORES DEL URÉTER DISTAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

CO6 - PROGRESIÓN ONCOLÓGICA TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR: FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

CO7 - SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE METÁSTASIS EN LA GLÁNDULA SUPRARRENAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

C08 - EXPERIENCIA DE CÁNCER DE PENE EN NUESTRO CENTRO EN COMPARACIÓN CON EL REGISTRO NACIONAL ESPAÑOL

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

C09 - PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA CON NEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario Ourense.

12:40 Mesa Redonda: HoLEP y Aquabeam: nuevos enfoques funcionales terapéuticos en pacientes con HBP

Ponentes:

Dr. Fernando Meijide Rico

S. Urología H. Ribera Povisa de Vigo

Dr. Antón Zarraonandía Andraca

S. Urología C.H.U. de Pontevedra

13:10 Mesa Redonda: Cirugía robótica: presente y futuro de la cirugía robótica

Moderador:

Dr. José Luis Ponce Díaz-Reixa

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Ponentes:

¿Tienen sentido las plataformas modulares?

Dr. Frederico Teves

S. Urología H. Santo Antonio de Porto

Próximas novedades en cirugía robótica

Dr. Andrés Rodríguez Alonso

S. Urología C.H.U. de Ferrol

13:40 Mesa Redonda: **¿Cómo abordar la incontinencia urinaria de esfuerzo en la transición a la menopausia?**

Moderador:

Dr. José María Sánchez Merino

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Ponentes:

Dra. Carmen González Enguita

S. Urología Fundación Jiménez Díaz de Madrid

Presidenta de la Asociación Española de Urología

Dr. Valentín Toucedo Caamaño

S. Urología C.H.U. de Santiago de Compostela

14:10 **Comida de trabajo - Edificio de enfrente - Hall 3ª Planta**

SESIÓN DE TARDE

16:00 **Presentación de Vídeos - Sesión 3ª**

Moderadores:

Dr. Marcos Aller Rodríguez

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Dr. Francisco Sabell Pérez Salgado

S. Urología C.H.U. de Ourense

V17 - EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA EDGE MP 1000/OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA

Filigrana Valle, C.; Escudero, A; Schalper, M; Hinrichs, A; Marchant, F; Canales, R; Orellana Sepúlveda, S.

Clínica Las Condes, Santiago de Chile

V18 - ABORDAJE PERCUTÁNEO DE LITIASIS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO MITROFANOFF.

Goiri Noguera, A.E.; Sánchez García, J.F.; Trujillo Marín, M.; Castro Jul, M.;

Moledo Lamela, M.; Bellas Pereira, A.; López García, S.; Almúster Domínguez, S.;

Pérez Schoch, M.; Sánchez Ramos, J.; Rodríguez Iglesias, B; Cespón Outeda, E.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario universitario de Vigo.

V19 - ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL URETRAL DIFERIDA TRAS DISRUPCIÓN URETRAL COMPLETA SECUNDARIA A FRACTURA PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE VIDEO QUIRÚRGICO

Fernández Duque, A.; Garrido Darriba, A.; Tarrio Vecino, M.; Wrzeszczynska, M.; Martínez Corral, R.; Garcia Freire, C.; Saavedra Golán, A.; Tato Rodríguez, J.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V20 - LESIÓN URETRAL COMPLEJA: REPARACIÓN CON MUCOSA ORAL

Fandiño Argibay, A.; Orlandi, W.; Campanario Pérez, R.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Plaza González, C.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

V21 - URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL Y ABORDAJE PENOESCROTAL EN ESTENOSIS PENEANA DISTAL.

Mata Pose, L.; Bohorquez Cruz, M.; León, N. M.; Fernández Rodríguez, E.; García del Arco, L.; Díaz Predrouzo, A.; Martins do Santos, E.; González- Manso, A.; Delgado García, E.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V22 - URETROPLASTIA COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO EN PACIENTE CON COLGAJO PREVIO

Martins Dos Santos, E. F.; Bohórquez Cruz, M. A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, N.; Mata Pose, L.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

V23 - VARIANTE TÉCNICA DE HOLEP EN BLOQUE: ABORDAJE APICAL ANTERIOR PRECOZ

Altez Fernandez, C. ; Fernandez Rodríguez, E.; Orosa Andrada, A.; Aller Rodríguez, M.; Bohorquez Cruz, M.; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J.; Novoa Martín, R.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V24 - HOLEP EN LA PRÁCTICA REAL: ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA FRENTE A LA ADVERSIDAD

García del Arco, L.; Bohórquez Cruz, M.; Aller Rodríguez, M.; Altez Fernández, C.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; Delgado García, E.; González-Manso, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Ponce Díaz-Reixa, P.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

17:15 **Inauguración Oficial**

17:30 **Pausa Café**

18:00 **Mesa Redonda: Actualización en andrología**

Moderador:

Dr. Carlos Alonso Altez Fernández

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Ponentes:

Cirugía en régimen de CMA

Dra. Leticia Lamas Díaz

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Rehabilitación tras prostatectomía radical

Dr. Enrique Cespón Outeda

S. Urología C.H.U. de Vigo – H. Álvaro Cunqueiro

18:30 **Mesa Redonda: Actualización en el tratamiento inmunoterápico en cáncer vesical**

Moderador:

Dr. José Luis Álvarez-Ossorio Fernández

S. Urología H. Puerta del Mar de Cádiz

Ponentes:


Dr. Máximo Castro Iglesias

S. Urología C.H.U. de Vigo – H. Álvaro Cunqueiro

Dr. Javier Casas Nebra

S. Urología H.U. Lucus Augusti

19:00 **Asamblea General de la SGU 1ª Convocatoria**



PROGRAMA VIERNES 29 DE MAYO

- 19:30 Asamblea General de la SGU 2ª Convocatoria
- 20:00 Salida en autocar del hospital al hotel
- 21:30 Salida en autocar del hotel al restaurante
- 22:00 Cena oficial del Congreso
- 00:00 Salida del primer autocar del restaurante al hotel
- 01:45 Salida del segundo autocar del restaurante al hotel

PROGRAMA SÁBADO 30 DE MAYO

08:45 Salida en autocar del hotel al hospital

09:00 **Presentación de Pósters**

Moderadores:

Dr. Darío Calaffiore

S. Urología H.U. Lucus Augusti de Lugo

Dr. Jacobo Freire Calvo

S. Urología C.H.U. de A Coruña

P1 - EVALUACIÓN DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y FUNCIONALES DE UNA VARIANTE TÉCNICA DE HOLEP EN BLOQUE: ABORDAJE APICAL ANTERIOR PRECOZ

Fernández Rodríguez, E.; Altez Fernández, C.A.; Orosa Andrada, A.; Aller Rodríguez, M.; Bohórquez Cruz, M.; Novoa Martín, R.; Mosquera Seoane, T.; García del Arco, L.; Martins Dos Santos, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

P2 - HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LÍNEA SOMÁTICA Y/O GERMINAL EN VARONES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO TRATADOS CON APALUTAMIDA.

Díaz Pedrouzo, A.; Altez Fernández, C.; Mata Pose, L.; León, N.; 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

P3 - RESECCIÓN TRANSURETRAL VESICAL EN BLOQUE FRENTE A RESECCIÓN CONVENCIONAL: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS

García del Arco, L.; Vázquez-Martul, D.; Díaz Pedrouzo, A.; Bohórquez Cruz, M.; Freire Calvo, J.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

P4 - ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P5 - COLPOSACROPEXIA: EXPERIENCIA A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS EN NUESTRO CENTRO.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P6 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES TESTICULARES DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO ÁREA SANITARIA EN LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS

Rodríguez-Rivera Sánchez, J.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Otero Núñez, J.; Chaves Santamaría, M.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

P7 - DE TUMOR TESTICULAR A SARCOIDOSIS GENITOURINARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tarrío Vecino, M.; Garrido Darriba, A.; Rincón González, L.; Wrzeczczynska, M.; Fernández Duque, A.; Martínez Corral, R.; García Freire, C.; Saavedra Golan, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

P8 - ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LASER DE HOLMIO VS ADENOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN PRÓSTATAS DE GRAN TAMAÑO: PRACTICA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

P9 - ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE NEUROMODULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR DE MANERA UNILATERAL VS BILATERAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

P10 - IMPACTO DEL VOLUMEN TUMORAL Y DEL TIEMPO HASTA CIRUGÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO TRATADOS MEDIANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P11 - MODELO RADIOLÓGICO PREOPERATORIO PARA IDENTIFICAR ENFERMEDAD NO ORGANO CONFINADA EN CÁNCER VESICAL

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P12 - RESULTADOS EN CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON DERIVACIÓN EXTRACORPÓREA VS ROBÓTICA INTRACORPÓREA EN PACIENTES CON PROTOCOLO FAST TRACK

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P13 - OPTIMIZACIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS EN UROLOGÍA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA

Hernández Calama, E.; Arnejo Pereiro, C., Rodríguez Molina, D.; Vilariño Sobrado, A.; Morillas de Diego, M.; Iglesias Alvarado, J. R.; Casas Nebra, F. J.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

P14 - PERFIL DE TOLERABILIDAD AL TRATAMIENTO CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO-INVASIVO (CVNMI) DE ALTO RIESGO EN NUESTRO CENTRO

Morillas de Diego, M.; Arnejo Pereira, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Casas Nebra, J.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

P15 - RESULTADOS ONCOLÓGICOS AL TRATAMIENTO CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO-INVASIVO (CVNMI) DE ALTO RIESGO EN NUESTRO CENTRO.

Morillas de Diego, M.; Arnejo Pereira, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Casas Nebra, J.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

P16 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CITOLOGÍA URINARIA PREOPERATORIA EN EL CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

P17 - RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y FUNCIONALES DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL EN NUESTRO CENTRO: ANÁLISIS DE TRIFECTA, PENTAFACTA Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

Sousa Iglesias, Á.; Rodríguez- Rivera Sánchez, J.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; González Dacal, J. A.; Zarraonandía Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

P18 - TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA MEDIANTE BALÓN RECUBIERTO DE PACLITAXEL (OPTILUME): EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS A CORTO PLAZO EN NUESTRO CENTRO

Rincón González, L. F.; Martínez Corral, R.; Fernandez Duque, A.; Wrzeszczynska, M.; Garrido Darriba, A.; Tarrío Vecino, M.; Garcia Freire, C.; Saavedra Golan, A.; Tato Rodríguez, J.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

P19 - TROMBOSIS DE VENA ESPERMÁTICA: EL DIAGNÓSTICO DESCONOCIDO EN EL DOLOR ESCROTAL AGUDO.

Garrido Darriba, A.; Tarrío Vecino, M.; Rincón González, L.; Wrzeszczynska, M.; Fernández Duque, A.; Martínez Corral, R.; García Freire, C.; Saavedra Golan, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

10:30 Mesa Redonda: **Litiasis**

Moderador:

Dr. Daniel Pérez-Fentes

S. Urología C.H.U. de Santiago de Compostela

Ponentes:

¿Estamos infraindicando los estudios metabólicos?

Dr. Carlos Fernández Baltar

S. Urología C.H.U. de Pontevedra

¿Existe una miniaturización excesiva en endourología?

Dr. Daniel Pérez Fentes

S. Urología C.H.U. de Santiago de Compostela

11:00 **Pausa Café**

11:30 Mesa Redonda SGU: **Terapia focal: Implicaciones de la imagen y su aplicación**

Moderador:

Dr. Darío Vázquez-Martul Pazos

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Ponentes:

Terapia focal a la carta: ¿en qué consiste?

Dr. Marcos Torres Roca

S. Urología Clínica Navarra

Consideraciones y seguimiento en pruebas de imagen

Dra. Cristina Méndez Díaz

S. Radiología C.H.U. de A Coruña

12:00 **Presentación de Vídeos - Sesión 4ª**

Moderadores:

Dra. Teresa Mosquera Seoane

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Dr. Marco Antonio García Expósito

S. Urología H.P. da Mariña – Burela

V25 - RESOLUCIÓN ROBÓTICA DE FÍSTULA VESICO-UTERINA

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

V26- DIVERTICULECTOMIA VESICAL ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J. A.; 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

V27 - LINFADENECTOMÍA ILIOBTURATRIZ BILATERAL DURANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: ESTANDARIZACIÓN DE UNA TÉCNICA ESENCIAL

Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Morillas de Diego, M.; Casas Nebra, F. J.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti, Lugo

V28 - PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: PASO A PASO

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; González Dacal, J.; Zarraonandía Andraca, A.; Medina González, M.; Ruibal Moldes, M.
SUTURO

V29 - URETERECTOMÍA DISTAL Y REIMPLANTE URETERAL DERECHO ROBÓTICO ASISTIDO POR ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

V30 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE URACO: ONFALECTOMÍA + CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

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

V31 - RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN CIRUGÍA PÉLVICA ASISTIDA POR ROBOT

Díaz Pedrouzo, A.; Vázquez-Martul, D.; Martins Dos Santos, F.E.; Delgado García, E.; González-Manso Pedrosa, A.; García del Arco, L.; Fernandez Rodríguez, E.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Rodríguez Gomez, J.I.; Barbagelata López, A.; Suárez Pascual, G.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

V32 - ENTEROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN ROBÓTICA ASOCIADA A REIMPLANTE URETERAL TIPO POLITANO-LEADBETTER EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON VEJIGA NEURÓGENA

Wrzeszczynska, M.; Cortegoso Gonzalez, M.; Toucedo Caamaño, V.; Novás Castro, S.; Saavedra Golán, A.; Martínez Corral, R.; Fernandez Duque, A.; Rincón Gonzalez, L.; García Freire, C.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

V33 - ABORDAJE COMBINADO MÍNIMAMENTE INVASIVO: EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE MASA INTERAORTOCAVA ASOCIADA A VIDEOINGUINOSCOPIA DERECHA.

Trujillo Marín, M.; Pérez Schoch, M.; Carballo Quintá, M.; Castro Jul, M.;

Goiri Noguera, A; Moledo Lamela, M; Sánchez Ramos, J.; Cespón Outeda, E.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

13:15 Mesa Redonda: **Diagnóstico y manejo de la recidiva bioquímica en cáncer de próstata**

Moderadora:

Dra. Sara Martínez Breijo

S. Urología C.H.U. de A Coruña

Ponentes:

Dr. Juan Andrés González Dacal

S. Urología C.H.U. de Pontevedra

Dr. Jorge Rey Rey

S. Urología C.H.U. de Santiago de Compostela

13:45 **Clausura del Congreso - Dr. Venancio Chantada Abal**

VIDEOS



V1 - PIELOPLASTIA ROBÓTICA EN ESTENOSIS DE UNIÓN PIELOURETERAL COMPLICADA CON FUNGUS BALL

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

La estenosis de la unión pieloureteral (UPU) secundaria a vaso polar aberrante es una causa reconocida de obstrucción del tracto urinario superior. La presencia concomitante de infección urinaria complicada por colonización fúngica constituye un escenario infrecuente y supone un reto diagnóstico y terapéutico, pudiendo condicionar el momento del tratamiento definitivo.

Objetivos

Describir el manejo quirúrgico robótico y los resultados perioperatorios de una estenosis de UPU derecha secundaria a vaso polar, complicada con infección fúngica.

Material y Métodos

Mujer de 71 años con antecedentes de infecciones urinarias de repetición, diagnosticada de estenosis de UPU derecha secundaria a vaso polar inferior. Presentó episodios de obstrucción urinaria e infección asociada, precisando derivación mediante catéter doble J y posterior nefrostomía percutánea. Durante la evolución desarrolló colonización fúngica del sistema colector con formación de “fungus ball”. Se realizó tratamiento combinado con antifúngicos sistémicos y desobstrucción mediante nefrolitotomía percutánea con aspiración del material fúngico previo a la cirugía definitiva. Finalmente, se realizó pieloplastia derecha asistida por robot Da Vinci Xi.

Resultados

Se realizó cirugía transabdominal robótica. Tiempo quirúrgico total: 110 minutos. Retirada de nefrostomía percutánea previa durante procedimiento. La paciente fue dada de alta a las 48h sin complicaciones postoperatorias. Retirada de catéter doble J a las 2 semanas sin incidencias. El renograma control a los 6 meses no mostró uropatía obstructiva.

Conclusiones

La cirugía robótica es una opción segura y eficaz en el tratamiento de la estenosis de UPU compleja. En casos asociados a infección fúngica, el control previo mediante drenaje y tratamiento antifúngico resulta clave para optimizar los resultados. Un abordaje escalonado permite realizar la reconstrucción en condiciones óptimas, con excelentes resultados funcionales a corto plazo.

V2 - NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA EN QUISTE HIDATÍDICO RENAL

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Plaza González, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

La preservación de la unidad renal es recomendable durante cirugías en patología renal. La conservación renal se asocia no solo con una mejor preservación de la función renal así como con menor incidencia de eventos cardiovasculares.

La nefrectomía parcial es actualmente el tratamiento de elección para los tumores renales T1, optativo en T2. Menos habituales es la indicación en lesiones benignas como quistes renales, patologías infecciosas, duplicidades ureterales.

La Hidatidosis de localización renal constituye menos del 5% de las formas viscerales. La ecografía permite sospechar la naturaleza hidatídica de la lesión en más del 50% de los casos; la tomografía computarizada y la resonancia magnética son útiles si existe duda diagnóstica. El tratamiento del quiste hidatídico renal es quirúrgico

Presentamos un vídeo de una nefrectomía parcial robótica en una paciente con una lesión de 10 cm en riñón derecho sospechosa radiológicamente de quiste hidatídico renal.

V3 - ANGIOMIOLIPOMA GIGANTE: NEFRECTOMÍA RADICAL CON PRESERVACIÓN DE SUPRARRENAL ASISTIDA POR ROBOT

Hernández Calama, E.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Vilariño Sobrado, A.; Caramés Masana, F.; Iglesias Alvarado, J.L.; Casas Nebra, F.J.
Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti

Introducción

El angiomiolipoma renal es una neoplasia benigna que hasta el 60% de los casos se diagnostica de forma incidental y, aunque la mayoría son esporádicos, una proporción se asocia a enfermedades hereditarias como la esclerosis tuberosa. El manejo terapéutico depende fundamentalmente del volumen tumoral, ya que la principal complicación es la hemorragia espontánea (50–60% de los casos) siendo potencialmente grave.

Los angiomiolipomas renales gigantes, definidos por un diámetro superior a 10 cm, representan un importante desafío terapéutico debido a su elevado riesgo hemorrágico y a la complejidad en la toma de decisiones clínicas.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 39 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y obesidad, diagnosticado mediante tomografía computarizada de un angiomiolipoma renal derecho de 13 cm. Como tratamiento inicial se realizó una embolización selectiva, complicada por la migración de coils a la arteria femoral profunda. Ante la persistencia de una rama arterial nutricia en el estudio de control, se decidió realizar una nefrectomía radical derecha.

La intervención se llevó a cabo por vía transperitoneal mediante cirugía robótica, con el paciente en decúbito lateral izquierdo. Se evidenció una tumoración friable y muy vascularizada, con múltiples neovasos que fueron controlados mediante coagulación bipolar y dispositivos de sellado vascular. Se identificaron y ligaron la arteria y vena renal. Se completó la liberación de la glándula suprarrenal y del polo superior. El uso intraoperatorio del modo Firefly con verde de indocianina permitió confirmar la perfusión tumoral. La pieza se liberó completamente sin sangrado activo. El tiempo quirúrgico fue de 255 minutos, con un sangrado estimado inferior a 400 cc.

Resultados

El postoperatorio cursó sin complicaciones y siendo alta el sexto día. El estudio anatomopatológico confirmó un angiomiolipoma de 16 cm. El control radiológico y analítico al mes descartó complicaciones y mostró una función renal conservada. El paciente se encuentra asintomático desde el punto de vista urológico.

Conclusión

La cirugía robótica constituye una opción segura y eficaz en el tratamiento de tumoraciones de gran tamaño como el angiomiolipoma gigante. El sistema firefly permite una adecuada visualización de la irrigación de masas hipervascularizadas.

V4 - PIELOPLASTIA ROBÓTICA DE RESCATE EN PACIENTE MONORRENO

Sousa Iglesias, Á.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez- Rivera Sánchez, J.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Rodríguez Núñez, H.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivos

Presentar la técnica quirúrgica y los resultados perioperatorios de una pieloplastia robótica de rescate en un paciente monorroeno con estenosis de la unión pieloureteral y sospecha de urinoma encapsulado frente a quiste parapiélico. Se trata de un escenario tras cirugía previa fallida, caracterizado por distorsión anatómica, fibrosis e inflamación, en el que la preservación de la unidad y de la función renal constituyen el objetivo principal y la presencia de colecciones parapiélicas incrementa la complejidad diagnóstica y quirúrgica.

Métodos

Se presenta el caso de un paciente de 43 años, monorroeno, con estenosis de la unión pieloureteral y formación quística que engloba el uréter proximal. El estudio preoperatorio con TC y renograma diurético confirma la obstrucción de vaciado, con leve deterioro de función renal asociado. Objetivándose además, una lesión quística parapiélica sugestiva de urinoma encapsulado versus quiste parapiélico. Se ha realizado un abordaje robótico transperitoneal. Los pasos clave incluyeron liberación cuidadosa de los tejidos con identificación de estructuras anatómicas y preservación ureteral; asociando manejo de la lesión quística y posterior resección del segmento estenótico y reconstrucción ureteropiélica sin tensión sobre catéter doble J.

Resultados

Tiempo quirúrgico 315 minutos con sangrado no significativo. Sin complicaciones intraoperatorias. Preservación de función renal basal. Alta hospitalaria a los 3 días postoperatorios. En el seguimiento se retira catéter de nefrostomía y DJ persistiendo paso de contraste en pielografía anterógrada, con ausencia de dilatación pieloureteral y estabilidad funcional renal. El paciente persiste asintomático desde el punto de vista urológico.



VIDEOS

Conclusiones

La pieloplastia robótica de rescate es una alternativa segura y eficaz en escenarios complejos. La tecnología robótica facilita la disección en campos fibróticos y el manejo simultáneo de patología asociada, lo que resulta especialmente relevante en pacientes monorrenos.

V5 - LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA ROBÓTICA EN SUPINO POSTQUIMIOTERAPIA EN TUMOR TESTICULAR NO SEMINOMATOSO

Filigrana, C.; Loyola, M.; Parada, F.; Kerkebe, M.; Hassi, M.; Orellana, S.

Servicio de Urología, Hospital Félix Bulnes, Santiago de Chile

Introducción

La linfadenectomía retroperitoneal lumboaórtica abierta (LRLA-A) ha sido el estándar en pacientes con tumores testiculares no seminomatosos y masa residual tras quimioterapia. No obstante, la reacción desmoplástica secundaria al tratamiento convierte esta cirugía en un procedimiento de elevada complejidad. La cirugía mínimamente invasiva ha demostrado resultados comparables a la abierta, y la asistencia robótica, al aportar visión tridimensional, mayor rango de movimiento y reducción del temblor, se consolida como una alternativa atractiva en escenarios de alta dificultad técnica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 26 años con tumor testicular derecho de células germinales no seminoma, sometido previamente a orquiectomía y tres ciclos de BEP, que desarrolló recidiva en forma de nódulo retroperitoneal intercavo-aórtico de 13 mm. Tras discusión en comité oncológico, se indicó linfadenectomía lumboaórtica asistida por robot en decúbito supino. Se utilizó un abordaje transperitoneal con cuatro trocares robóticos infraumbilicales y uno auxiliar. La disección se extendió desde la bifurcación aortoiliaca hasta las venas renales, con preservación de estructuras vasculares críticas y del uréter. La pieza se extrajo en bolsa y se remitió a anatomía patológica.

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 352 minutos, con sangrado estimado de 200 ml y sin complicaciones intraoperatorias ni necesidad de drenajes. El paciente fue dado de alta a las 24 horas. A las tres semanas, permanecía asintomático, con erecciones conservadas y aneyaculación transitoria. El estudio anatomopatológico informó cinco ganglios negativos, un teratoma quístico maduro mucinoso de 6 mm y cordón espermático sin neoplasia. Marcadores tumorales en rango normal. Se planificó seguimiento con TC TAP y marcadores a los cuatro meses.

Conclusiones

La linfadenectomía lumboaórtica robótica en posición supina ofrece un acceso óptimo al retroperitoneo, evitando la movilización intestinal extensa y facilitando la disección bilateral. La asistencia robótica aporta precisión, ergonomía y seguridad en cirugías complejas postquimioterapia, mostrando menor morbilidad que la vía abierta. Este abordaje se perfila como una alternativa eficaz y reproducible en centros con experiencia en cirugía robótica avanzada.

V6 - SIMPATECTOMIA LUMBAR BILATERAL ROBÓTICA EN PACIENTE CON HIPERHIDROSIS PLANTAR INVALIDANTE

Siles Hinojosa, P.; Ruibal Gago, L.; Núñez Otero, J.J.; Chaves Santamaria, M.; Sousa iglesias, A.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez-Rivera Sánchez, J.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario De Pontevedra

Introducción

La hiperhidrosis plantar primaria es una entidad incapacitante que afecta de forma significativa la calidad de vida. En casos refractarios a tratamiento conservador, la simpatectomía lumbar puede constituir una opción terapéutica eficaz. Presentamos un caso clínico y la técnica quirúrgica mediante abordaje robótico.

Material y Métodos

Mujer de 43 años con hiperhidrosis plantar invalidante refractaria a tratamiento conservador. Entre sus antecedentes destacan tabaquismo activo, disfonía secundaria a nódulos en cuerdas vocales y laparoscopia exploradora. Tras valoración multidisciplinar se indica simpatectomía lumbar bilateral. Se realiza procedimiento mediante abordaje robótico transperitoneal. Colocación de la paciente en decúbito lateral derecho, colocación de trócares y localización de cadena simpática lumbar izquierda sobre cuerpo vertebral, medial al músculo psoas. Se realiza disección de dos ganglios que se seccionan para análisis anatomopatológico. Se realiza mismo proceso en el lado contralateral.

Resultados

La intervención duró 240 minutos, no hubo complicaciones postoperatorias, siendo dada de alta hospitalaria a las 48 horas de la intervención. La paciente presentó mejoría clínica significativa a las 72 horas de la intervención.

Conclusiones

La simpatectomía lumbar robótica es una técnica factible y segura en pacientes seleccionados con hiperhidrosis plantar refractaria. El conocimiento detallado de la anatomía retroperitoneal y una técnica quirúrgica meticulosa son fundamentales para minimizar complicaciones.

V7 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEOSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT EN ISQUEMIA CERO

Siles Hinojosa, P.; Zarraonandia Andraca, A.; Rodríguez Núñez, H.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Echeverría Cruz, C.; Rodríguez-Rivera, J.; Núñez Otero, J.; Chaves Santamaría, M.; González Dacal, J. A.; Plaza Alonso, C.; Fernández Baltar, C.; López López, B.; Novo Gómez, N.; Díaz Bermúdez, J.; Fernández Yáñez, A.; Díaz Bermúdez, J.; Osorio Cabello, M. L.; Mosquera Seoane, L.
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 izquierda por vía retroperitoneal asistida por robot en isquemia cero, en un paciente con lesión renal próxima a seno renal.

Material y Métodos

Varón de 71 años en seguimiento por masa renal izquierda de 3cm. Se decide intervención por crecimiento desde 2022. La TC muestra un tumor de 3 cm de localización posterior en el polo superior del riñón izquierdo, próxima a seno renal; renal score: 8p. Se realizó tumorectomía renal retroperitoneoscópica asistida por robot Da Vinci Xi.

Resultados

Tiempo quirúrgico total: 90 minutos. Hb postoperatoria 14,5g/dl. El paciente fue dado de alta a las 72 horas sin complicaciones postoperatorias. El estudio anatomopatológico confirmó un carcinoma renal de células claras grado 3 de 2,9cm, estadio pT1a.

Conclusiones

La cirugía retroperitoneal asistida por robot representa una excelente opción para el abordaje de tumores renales posteriores; siendo posible su realización en isquemia cero si el sangrado es manejable intraoperatoriamente. 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, isquemia cero, tumorectomía renal, neoplasia renal posterior.

V8 - TUMORECTOMÍA RENAL RETROPERITONEAL EN PACIENTE CON RIÑÓN EN HERRADURA

Martins Dos Santos, E. F.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, N.; Mata Pose, L.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V. *Servicio de Urología. Hospital Universitario de A Coruña.*

Introducción

El manejo quirúrgico de los tumores en riñones en herradura representa un desafío técnico debido a las frecuentes anomalías anatómicas y vasculares asociadas. En tumores de localización posterior, el abordaje retroperitoneal puede ofrecer ventajas al permitir un acceso más directo a la lesión y al pedículo renal, evitando la movilización visceral y reduciendo la complejidad quirúrgica.

Caso clínico

Varón de 64 años, con antecedente de riñón en herradura, remitido a consultas de Urología por hallazgo incidental de una tumoración renal de 4,5 cm localizada en la valva posterior del hemirriñón izquierdo. En la tomografía computarizada se objetivó además la presencia de una disección aórtica y un doble sistema arterial para el hemirriñón izquierdo. La disección residual fue valorada por Cirugía Cardíaca, no presentando indicación de tratamiento quirúrgico. Se decidió realizar nefrectomía parcial asistida por robot mediante abordaje retroperitoneal.

Resultados

La intervención se desarrolló sin incidencias, con un tiempo de isquemia caliente de 25 minutos y sin sangrado significativo. El paciente fue dado de alta a las 48 horas de la cirugía. El estudio anatomopatológico informó de carcinoma de células claras pT1bN0 con márgenes quirúrgicos negativos.

En los controles posteriores, el paciente presentaba muy buen estado general, vida activa y tomografía computarizada sin evidencia de recidiva tumoral.

Conclusiones

El abordaje retroperitoneal en tumores renales posteriores en pacientes con riñón en herradura constituye una alternativa segura y eficaz. Permite un acceso más directo al pedículo renal y a la lesión, facilita el control vascular precoz y evita la movilización de vísceras abdominales. Este abordaje puede reducir la complejidad quirúrgica y ser especialmente útil en presencia de anomalías anatómicas y vasculares.

V9 – CIRUGÍA ROBÓTICA MÍNIMAMENTE INVASIVA: NEFRECTOMÍA PARCIAL POR VÍA RETROPERITONEAL GUIADA POR ECOGRAFÍA INTRACAVITARIA.

Trujillo Marín, M.; Carballo Quintá, M.; Castro Iglesias, A.M.; Almuster Domínguez, S.; López Díez, E.; Cespón Outeda, E; Castro Jul, M.; Goiri Noguera, A; Moledo Lamela, M.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción/Objetivo

La nefrectomía parcial mediante acceso retroperitoneal, ofrece acceso directo a la arteria renal y reduce el riesgo de lesión intestinal. Así mismo, permite una mejor visualización de los tumores posteriores, especialmente, los que se encuentran posteriores al hilio, lo que evita la necesidad de rotación renal.

Materiales y Métodos

Presentamos el caso de un paciente de 67 años, en seguimiento por el hallazgo incidental en una tomografía de una lesión quística de 2cm en la cara posterior del tercio superior del riñón derecho, con un polo parcialmente calcificado que podría corresponder a un Bosniak IV. Se amplía el estudio con una resonancia, en la cual se confirma el diagnóstico.

Posteriormente se decide realizar una nefrectomía parcial robótica por abordaje retroperitoneal, que se lleva a cabo de la siguiente manera: Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se incide en la punta de 12ª costilla, accediendo al espacio retroperitoneal y desarrollándolo con balón de disección. Se colocan 3 trócares robóticos de 8mm en línea subcostal y el trocar Airseal sobre cresta iliaca. Una vez dentro, se inicia con la apertura de fascia de Zuckerkandl. Se continúa con la identificación de la vena cava, el uréter y el pedículo vascular. Tras liberarse grasa perirrenal, no se observa neoplasia exofítica por lo que se introduce ecógrafo intracavitario, consiguiendo identificar un tumor endofítico en región interpolar. Se procede a realizar el clampaje de la arteria previo a la exéresis del tumor. A continuación, se realiza hemostasia con sutura continua de PDS cerrada sobre hem-o-locks y la aproximación del parénquima con sutura continua de v-lock, asegurándose con hem-o-locks de cierre. Al retirar el clampaje, el tiempo de isquemia fue de 22 minutos. Finalmente se coloca agente hemostático sobre lecho.

Resultados

El tiempo de intervención fue de 2 horas, no se presentaron complicaciones postoperatorias y la estancia hospitalaria fue de 72 horas. La anatomía patológica reveló un tumor papilar de células claras (T1a).

Conclusiones

El abordaje retroperitoneal ha demostrado resultados perioperatorios superiores en cuanto a estancias hospitalarias, pérdida sanguínea y tiempos quirúrgicos, sin comprometer los resultados oncológicos, en comparación con el abordaje transperitoneal.

V10 - VENTAJAS DEL ABORDAJE RETROPERITONEAL ROBÓTICO EN DECÚBITO PRONO.

Mata Pose, L.; Vázquez-Martul, D.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; García del Arco, L.; Ponce Díaz, J. L.; Suárez Pascual, G.; Barbagelata López, A.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivos

La nefrectomía parcial retroperitoneal asistida por robot (NPRR) ofrece varias ventajas en el tratamiento de tumores renales localizados, como un control arterial más rápido o un abordaje más anatómico al evitar la disrupción peritoneal. La posición lateral sigue siendo la estándar para la NPRR, pero puede resultar algo incómoda al abordar tumores muy posteriores y se ha descrito daño al plexo braquial. Las referencias sobre nefrectomías parciales retroperitoneales en decúbito prono en Europa son escasas. Gracias a nuestra experiencia previa en laparoscopia, desarrollamos la posibilidad de realizar un abordaje robótico retroperitoneal para tumores renales posteriores y mediales con pacientes en decúbito prono.

Materiales y Métodos

Esta cohorte incluyó a 5 pacientes consecutivos (una mujer y 4 hombres) sometidos a cirugía entre mayo y septiembre de 2025 con diagnóstico previo de tumor renal en estudios de imagen. Se decidió realizar la NPRR en decúbito prono debido a la localización muy posterior de las lesiones. Las puntuaciones R.E.N.A.L. de los tumores se situaban entre 7 y 9. La edad de los pacientes osciló entre 59 y 74 años. Los pacientes se colocaron en decúbito prono (jack knife) tomando como referencia las últimas costillas, los músculos paravertebrales y las crestas ilíacas. Se colocaron tres trócares robóticos alineados debajo de la duodécima costilla y se colocó un puerto de asistencia entre ellos. Se utilizó un balón de disección para crear espacio retroperitoneal a través de la primera incisión, debajo de la punta de la duodécima costilla.

Resultados

Todas las cirugías se completaron sin conversión, con los pacientes en decúbito prono. Los tiempos quirúrgicos oscilaron entre 90 y 120 minutos, con isquemias calientes inferiores a 24 minutos en todos los casos (8-22); en un caso se realizó un clampaje selectivo por ERC. El sangrado intraoperatorio fue inferior a 150 cc en todas las cirugías. No se dejó drenaje en ningún caso y las estancias fueron inferiores a 72 horas (48-68). No se reportaron complicaciones perioperatorias y todos los casos se confirmaron como carcinomas renales con márgenes quirúrgicos negativos.

Conclusiones

La NPRR puede realizarse con seguridad en decúbito prono, lo que la convierte en una opción a considerar que podría facilitar la disección y sutura en casos de tumores muy posteriores.

V11 - NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA COMPLEJA

Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandia Andraca, A.; González Dacal, J.; Fandiño Argibay, A.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

Suturo Cirugía Urológica

Introducción

La nefrectomía parcial es actualmente el tratamiento de referencia para tumores renales cT1a. Su papel pudiera llegar a ser comprometido suponiendo un debate en tumores cT2 o de masas complejas, sin embargo la preservación de la función renal frente a la realización de la nefrectomía radical siempre debería de tenerse en cuenta por los beneficios que podemos aportar a los pacientes.

Objetivos

El objetivo es presentar una nefrectomía parcial en tumor complejo de gran tamaño.

Material y Método

Presentamos el caso de un hombre de 44 años que acude a consulta tras diagnóstico incidental de tumor renal izquierdo mediante ecografía. Tras realización de TC se visualizaba masa renal izquierda heterogénea de gran tamaño.

Resultados

Dada la edad del paciente, presentando importante patología concomitante y tras explicarle con claridad tanto los riesgos de la intervención como las altas opciones de tener que realizar nefrectomía radical se decide intento de realización de nefrectomía parcial robótica. El tiempo quirúrgico fue de 155 minutos con una isquemia de 33 minutos. Las pérdidas hemáticas durante la intervención fueron de menos de 100 cc. No fue preciso realizar transfusión, hemoglobina postoperatoria 14,7. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma cromóforo.

Conclusiones

La nefrectomía parcial es debería de tenerse en cuenta en tumores renales aunque presenten gran tamaño o sean casos complejos, ya que ofrecen un buen control oncológico pudiendo preservar el órgano sano. Para ello, el robot nos aporta innumerables ventajas durante la cirugía siendo la experiencia del cirujano el aspecto fundamental para poder obtener los mejores resultados y disminuir el riesgo de complicaciones.

V12 - TUMORECTOMIA RENAL DERECHA TRANSPERITONEAL DE RESCATE ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; González Dacal, J. A.; Zarraonandia Andraca, 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.; Diaz 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 una tumorectomía renal derecha transperitoneal asistida por robot de rescate tras cirugía renal conservadora previa.

Material y Métodos

Varón de 52 años con antecedente de TEP en tratamiento anticoagulante. El estudio inicial mediante TAC evidenció dos lesiones en la región posterior del riñón derecho, una de ellas sugestiva de tumor renal.

Se realizó tumorectomía renal derecha por vía retroperitoneal asistida por robot (diciembre 2025), con exéresis de una de las lesiones. El estudio anatomopatológico informó de lesión quística. El paciente presentó fuga urinaria postoperatoria, requiriendo colocación de catéter doble J y reingreso hospitalario. Durante dicho ingreso, se realizó TC, que evidenció persistencia de masa renal sólida de 4,5 cm en región interpolar posterior, asociando colección retroperitoneal compatible con urinoma.

Ante la persistencia de lesión tumoral y en contexto de cirugía renal previa, se indicó tumorectomía renal derecha de rescate por vía transperitoneal asistida por robot.

Resultados

Se realizó abordaje transperitoneal con liberación renal en contexto de importante reacción inflamatoria y adherencias perirrenales. La localización tumoral se efectuó mediante ecografía intraoperatoria, realizándose enucleación completa de la lesión. El tiempo quirúrgico fue de 170 minutos, con un tiempo de isquemia de 35 minutos. El postoperatorio cursó favorablemente, con retirada precoz de drenaje y sonda vesical.

El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio. La anatomía patológica informó de carcinoma de células claras, grado 2 (WHO/ISUP), pT1a, con márgenes quirúrgicos libres.

Conclusiones

La tumorectomía renal robótica de rescate es una técnica factible y segura en pacientes seleccionados, incluso en escenarios complejos con cirugía previa. La asistencia robótica facilita una disección precisa y resección completa, permitiendo adecuados resultados oncológicos y funcionales.

V13 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ROBÓTICA ASISTIDA. PROGRESIÓN DE LESIÓN QUÍSTICA PARAHILIAR.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

Los tumores próximos al hilio renal representan un reto quirúrgico por el riesgo aumentado de lesión vascular y/o de la vía urinaria.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón 66 años con antecedentes de hipertensión, dislipemia y hematomas espontáneos en 2023. A seguimiento en urología por cáncer vesical no musculo-invasivo de alto riesgo desde 2025. Sin intervenciones quirúrgicas abdominales previas.

En UROTC diagnóstico, se objetiva dependiente de valva anterior en polo superior del riñón derecho una masa quística tabicada de 55*45mm compatible con quiste Bosniak IV. Renal Score: 8 puntos. Creatinina basal: 0.68 mg/dL (FGe >90).

Se propone nefrectomía parcial derecha robótica asistida.

Técnica Quirúrgica

Colocación de 4 trócares robóticos 8 mm, 12 mm para Airseal y 5mm para luxación hepática. Docking robótico. Decolación derecha y acceso a retroperitoneo. Identificación de vena cava y pedículo renal, compuesto por dos venas y dos arterias (se referencian de manera independiente con vessel loop). Identificación y exéresis de adenopatía parahiliar. Disección de grasa renal e identificación de masa quística en valva anterior de polo superior del riñón, muy próxima a hilio. Dada su localización retrohiliar, se hace necesaria la luxación renal total para continuar liberación de borde medial.

Clampaje selectivo de arteria más craneal. Exéresis de quiste renal con disección roma y tijera.

Renorrafia interna incluyendo vía urinaria con dos suturas continuas de Monocryl 2/0.

Renorrafia externa con sutura barbada 2/0.

Se desclampa sin evidencia de sangrado significativo. Recolocación renal y sujeción del mismo a fascia de Gerota con sutura barbada 2/0.

Tiempo de isquemia: 13 minutos y 9 segundos. Tiempo quirúrgico: 140 minutos.

Creatinina postquirúrgica:

Anatomía patológica: carcinoma renal de células claras pT1a (2,9cm diámetro máximo), bajo grado, sin márgenes quirúrgicos. NO.

Postoperatorio sin incidencias, pérdida de 1.5ng/mL de hemoglobina. Creatinina postquirúrgica: 1.06mg/dL.

Estancia hospitalaria: 4 días.

Conclusiones

La luxación renal total puede hacerse necesaria para el abordaje de lesiones renales retrohiliares. La experiencia quirúrgica es esencial para evitar complicaciones operatorias.

V14 - TUMORECTOMÍA HILIAR DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR DA VINCI EN TUMOR cT1b

Fernández Rodríguez, E.; Ponce Díaz-Reixa, J.; García del Arco, L.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Martins Dos Santos, E.F.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Vazquez-Martul Pazos, D.; Barbagelata López, A.; Martínez Breijo, S.; Suárez Pascual, G.; Rodríguez Gómez, I.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción

El tratamiento del carcinoma de células renales pT1b, debe equilibrar el control oncológico con la máxima preservación de nefronas. La nefrectomía parcial se ha consolidado como el tratamiento de elección cuando es factible, al demostrar resultados oncológicos equiparables a la nefrectomía radical y un beneficio funcional significativo, con menor riesgo de progresión a enfermedad renal crónica y mejores resultados metabólicos y cardiovasculares a largo plazo.

La cirugía robótica ha supuesto un avance respecto a la laparoscopia convencional, aportando mejoría en la visión, mayor precisión y estabilidad durante la sutura, lo que facilita la resección tumoral y la reconstrucción renal en escenarios complejos. Estas ventajas son especialmente relevantes en tumores de localización hiliar, donde la mínima distancia entre el tumor y el pedículo renal incrementa el riesgo de hemorragia, fístulas urinarias y márgenes quirúrgicos positivos, esta intervención implica retos técnicos significativos,

En este trabajo se presenta un caso de nefrectomía parcial robótica transperitoneal para un tumor pT1b de localización hiliar, destacando los pasos críticos de la técnica y la contribución del abordaje robótico para optimizar seguridad, precisión y resultados funcionales en tumores de alta complejidad anatómica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 43 años sin antecedentes personales relevantes con hallazgo incidental en Ecografía de una tumoración de 7 cm en el hilio renal. Se solicita TAC en el que se visualiza un desplazamiento de los vasos del hilio renal y vasos segmentarios. Renal Score 11. Sin adenopatías ni trombosis venosa. Se decide realizar nefrectomía parcial asistida por robot Da Vinci.

Resultados

La intervención se lleva a cabo sin incidencias. La anatomía patológica confirma la presencia de un carcinoma renal de células claras de 6,5 cm con bordes de resección libres. Tiempo de isquemia caliente: 25 minutos. No se reportaron complicaciones postoperatorias, el paciente fue dado de alta tras cuatro días de ingreso. Adecuada preservación de función renal en analítica de control.

Conclusiones

La nefrectomía parcial constituye una opción factible y segura incluso en tumores de localización hilar, pese al reto técnico que supone. En este caso se consiguió una resección completa con bordes quirúrgicos negativos, sin incidencias postoperatorias y con preservación funcional renal. Esto refuerza la eficacia de la técnica en tumores pT1b con localización compleja y subraya la importancia de individualizar el tratamiento.

V15 - NEFRECTOMÍA PARCIAL IZQUIERDA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI EN TUMOR pT2

Fernández Rodríguez, E.; Vazquez Martul Pazos, D.; García del Arco, L.; Martins Dos Santos, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, L.; Núñez Serrano, C.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Barbagelata López, A.; Martínez Breijo, S.; Suárez Pascual, G.; Rodríguez Gómez, I.; Chantada Albal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción

La nefrectomía parcial en tumores renales pT2 debe considerarse en pacientes con tumores renales bilaterales, monorrenos o con enfermedad renal crónica, siempre y cuando sea factible técnicamente y se pueda preservar un volumen de parénquima suficiente para mantener una función renal adecuada. En estos escenarios, la preservación de nefronas es crucial para evitar la progresión de la enfermedad renal y reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada. El tamaño y localización de estos tumores es un factor limitante para la realización de esta cirugía, sin embargo, ha experimentado un notable avance gracias a la cirugía robótica.

La evidencia actual sobre el tratamiento óptimo para estos tumores es limitada, con una adecuada selección de pacientes la nefrectomía parcial puede ofrecer resultados funcionales y oncológicos similares a la radical, con baja tasa de complicaciones intraoperatorias y un perfil aceptable de complicaciones postoperatorias, así como tiempos de isquemia dentro de rangos seguros y recurrencias poco frecuentes en el seguimiento temprano.

Material y métodos

Se presenta el caso de un varón de 69 años que presenta como hallazgo incidental en TAC una masa renal en el polo inferior del riñón izquierdo, exofítica de 8x7,5x10,7cm, que se extiende hacia el seno renal contactando con el cáliz menor del grupo inferior, puntuación renal Score 8x. En RM abdominal, presenta hallazgos altamente sugestivos de carcinoma renal. Como antecedente personal relevante el paciente presenta una enfermedad renal crónica estadio 3a. En este contexto se decide realizar Nefrectomía parcial izquierda asistida por Da Vinci. Se realiza abordaje transperitoneal con el paciente en decúbito lateral derecho. Dada apertura incidental de la vía urinaria durante la intervención se deja drenaje Blake en lecho quirúrgico.

Resultados

La intervención transcurre sin incidencias, con una duración de 140 minutos, con tiempo de isquemia caliente de 23 minutos. No se reportaron complicaciones postoperatorias, siendo dado de alta a los tres días. La anatomía patológica confirma la presencia de un carcinoma renal papilar de bajo grado limitado a riñón, sin invasión linfovascular y con bordes quirúrgicos libres. No presenta deterioro de la función renal respecto a análisis previos.

Conclusiones

La nefrectomía parcial robótica izquierda para un tumor renal pT2 demostró ser una opción segura y eficaz en este caso, obteniéndose una resección completa y con preservación de la función renal en un paciente que previamente presentaba ERC. Esto refuerza la viabilidad de esta intervención para tumores pT2 cuando son tratados en centros con experiencia, confirmando que puede ofrecer un adecuado control oncológico sin comprometer la seguridad ni la función renal.

V16 - NEFRECTOMÍA PARCIAL DERECHA ROBÓTICA ASISTIDA CON CLAMPAJE SELECTIVO EN TUMOR PRÓXIMO AL HILIO RENAL

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

Los tumores próximos al hilio renal representan un reto quirúrgico por el riesgo aumentado de lesión vascular y/o de la vía urinaria.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón 80 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y adenocarcinoma de próstata de riesgo intermedio tratado con prostatectomía radical en 2004. No otras intervenciones. IMC 27,3.

Hallazgo casual en TAC de lesión heterogénea de 38*45*33 mm en valva anterior del polo inferior del riñón derecho, parcialmente exofítica y con compromiso del seno renal. Creatinina basal: 0,97 mg/dL (FGe 71).

Se propone nefrectomía parcial derecha robótica asistida tras explicar la probabilidad de reconversión a nefrectomía radical.

Técnica Quirúrgica

Colocación de 4 trócares robóticos 8 mm, 12 mm para Airseal y 5mm para luxación hepática. Docking robótico. Decolación derecha y acceso a retroperitoneo. Identificación de vena cava y pedículo renal, compuesto por 2 arterias y una vena, se referencian de manera independiente con vessel loop. Disección de grasa renal e identificación de masa renal en valva anterior del polo inferior muy próxima al hilio. Clampaje selectivo de arteria más caudal. Tumorectomía con disección roma y tijera, ligadura de arterias en lecho con hem-o-locks y vena con Monocryl 2/0.

Lesión en vena polar inferior que se repara mediante sutura con Prolene 3/0. Renorrafia interna incluyendo vía urinaria con Monocryl 2/0. Renorrafia externa con sutura barbada.

Se desclampa sin evidencia de sangrado significativo.

Tiempo de isquemia: 24 minutos. Tiempo quirúrgico: 105 minutos.

Creatinina postquirúrgica: 0,79 mg/dL (FGe > 90).

Anatomía patológica: carcinoma renal cromóforo pT1b (4,8cm diámetro máximo).

Contacto con margen de resección parenquimatoso.

Durante primer día postoperatorio el paciente presenta hipotensión y anemización que precisa soporte vasoactivo. Se solicita TAC urgente, identificando sangrado activo de la arteria epigástrica derecha. Se realiza hemostasia laparoscópica urgente y extracción de coágulos.

Estancia hospitalaria: 6 días.

Conclusiones

La nefrectomía parcial en tumores endofíticos y próximos al hilio renal constituye un reto quirúrgico. La experiencia quirúrgica es esencial para evitar complicaciones operatorias.

V17 - EXPERIENCIA INICIAL CON PLATAFORMA ROBÓTICA EDGE MP 1000/OMNIBOT EN CIRUGÍA UROLÓGICA

Filigrana Valle, C.; Escudero, A; Schalper, M; Hinrichs, A; Marchant, F; Canales, R; Orellana Sepúlveda, S.

Clínica Las Condes, Santiago de Chile

Introducción

La cirugía robótica ha transformado el abordaje quirúrgico mínimamente invasivo en urología, ofreciendo mayor precisión y ergonomía, manteniendo los mismos beneficios de la cirugía laparoscópica convencional. La plataforma EDGE MP 1000 representa una nueva alternativa tecnológica recientemente introducida en Chile. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia inicial con la implementación del sistema EDGE MP 1000 en procedimientos urológicos realizados en el país. Cabe destacar que esta tecnología también ha comenzado a introducirse recientemente en Europa, incluyendo España, donde ya se han llevado a cabo los primeros casos clínicos. En este contexto, la presente serie adquiere especial relevancia al aportar una de las primeras experiencias clínicas publicadas con esta plataforma, contribuyendo al conocimiento inicial sobre su desempeño y seguridad.

Material y Métodos

Se realizó un análisis de una serie de 22 pacientes sometidos a cirugías urológicas con el sistema robótico EDGE MP 1000 entre abril y septiembre de 2025. Los procedimientos incluyeron: 10 nefrectomías parciales (45,5%), 8 prostatectomías radicales (36,3%), 2 nefrectomías radicales (9,1%), 1 cistectomía radical (4,5%) y 1 pieloplastia (4,5%). Se registraron variables demográficas, clínicas, operatorias y postoperatorias.

Resultados

La media de edad de los pacientes fue de 60.5 años. El tiempo operatorio medio fue de 163 minutos, con un sangrado estimado de 103 ml. No se requirieron conversiones a cirugía abierta ni laparoscópica en ninguno de los casos. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días. En el seguimiento a 30 días, se reportó 1 complicación Clavien-Dindo grado I (4,5%) y 1 reintegro hospitalario (4,5%). No se reportó mortalidad perioperatoria. En relación al desempeño técnico, se reportó un caso



VIDEOS

[4,5%] de falla irrecuperable que requirió reiniciar el sistema. En el 95,5% de los casos no se reportaron fallas.

Conclusiones

La introducción de la plataforma robótica EDGE MP 1000 en Chile ha demostrado ser factible y segura, con resultados perioperatorios comparables a lo reportado con otras plataformas. Este reporte constituye la primera experiencia nacional publicada con la plataforma robótica Omnibot y sienta las bases para futuros estudios con mayor número de casos y seguimiento a largo plazo.

V18 - ABORDAJE PERCUTÁNEO DE LITIASIS EN PACIENTE CON DERIVACIÓN URINARIA TIPO MITROFANOFF.

Goiri Noguera, A.E.; Sánchez García, J.F.; Trujillo Marín, M.; Castro Jul, M.; Moledo Lamela, M.; Bellas Pereira, A.; López García, S.; Almúster Domínguez, S.; Pérez Schoch, M.; Sánchez Ramos, J.; Rodríguez Iglesias, B; Cespón Outeda, E.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción

Las derivaciones urinarias continentes, como el conducto de Mitrofanoff o apendicovesicostomía, se asocian a un mayor riesgo de litiasis renales y vesicales debido al estasis urinario, infecciones recurrentes y alteraciones metabólicas. El tratamiento endourológico en estos pacientes representa un desafío por la dificultad del acceso retrógrado.

Objetivos

1. Describir el abordaje percutáneo como alternativa terapéutica para el tratamiento de litiasis vesicales en pacientes con derivación urinaria tipo Mitrofanoff.
2. Evaluar la seguridad y viabilidad técnica del procedimiento percutáneo evitando el acceso retrógrado y la manipulación del conducto de Mitrofanoff con instrumentos rígidos.
3. Contribuir a la estandarización de la técnica, aportando evidencia y experiencia clínica en el manejo endourológico de pacientes con derivaciones urinarias complejas.

Materiales y Métodos

Presentamos el caso de un paciente varón de 44 años intervenido en la infancia por extrofia vesical con derivación urinaria tipo Mitrofanoff al que se le diagnostican por TAC múltiples litiasis vesicales y renales. Se plantea un abordaje percutáneo de las litiasis vesicales (en un primer tiempo) dada imposibilidad de acceso por vía retrógrada.

Resultados

Paciente en posición decúbito supino, se introduce citoscopio flexible a través de Mitrofanoff y se procede a realizar punción suprapúbica ecoguiada para introducción de guía de seguridad, siempre bajo visión directa con el citoscopio flexible. Dilatación del trayecto hasta un calibre de 18FR para permitir el paso de vaina minipercutánea.



VIDEOS

Realización de lásertricia con fibra de 550 micras y extracción de fragmentos con evacuador de Ellik y cesto de nitinol. Se evita en todo momento el paso de materiales rígidos a través del Mitrofanoff.

Conclusiones

Existe poco material audiovisual y poca estandarización de técnicas de abordaje percutáneo en pacientes con derivaciones urinarias complejas. El abordaje percutáneo en estos pacientes permite minimizar las complicaciones asociadas a la manipulación del conducto de Mitrofanoff.

V19 - ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL URETRAL DIFERIDA TRAS DISRUPCIÓN URETRAL COMPLETA SECUNDARIA A FRACTURA PÉLVICA: PRESENTACIÓN DE VIDEO QUIRÚRGICO

Fernández Duque, A.; Garrido Darriba, A.; Tarrío Vecino, M.; Wrzeszczynska, M.; Martínez Corral, R.; Garcia Freire, C.; Saavedra Golán, A.; Tato Rodríguez, J.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción

El daño uretral por fractura pélvica suele ser secundario a traumas pélvicos de alta energía, asociando inestabilidad pélvica y daño concomitante, precisando un manejo multidisciplinario. Dentro del manejo precoz, se incluye la colocación de sonda suprapúbica. El tratamiento de primera elección para la disrupción uretral sigue siendo la reparación diferida, aunque existen nuevas tendencias enfocadas al tratamiento precoz (24-96 horas) como el realineamiento uretral primario.

Objetivo

Presentar el caso clínico de un paciente varón con disrupción uretral completa secundaria a un traumatismo pélvico complejo. A través de un video, se intenta mostrar tanto el caso clínico como la intervención realizada en dicho paciente, consistiendo en una uretroplastia termino-terminal diferida.

Material y Métodos:

Se presenta el caso de un varón de 52 años, sin antecedentes relevantes, atendido de urgencia el 14/09/24 tras sufrir un traumatismo por caída accidental desde una altura de 2 metros. El paciente presentaba fractura pélvica multifragmentaria de ambas ramas iliopúbicas y acetábulo posterior, así como fractura ligeramente desplazada de ambas ramas isquiopúbicas. Asociaba disrupción completa de uretra bulbar (AAST IV-V), precisando colocación de sonda suprapúbica. Intervenido el 23/09/24 por Traumatología para osteosíntesis de fracturas pélvicas.

El 17/06/2025 se realiza la reconstrucción uretra a través de un abordaje perineal, realizar anastomosis termino-terminal de uretral. Fue preciso la disección uretral desde uretra peneana media hasta nivel bulbar llegando al borde inferior del pubis, respetándolo. Se realizó cistoscopia anterógrada a través del trayecto suprapúbico para identificar el trayecto de uretra proximal, observándose cierre completo de la luz

uretral inmediatamente distal al vérum prostático. El extremo proximal uretral fue seccionado guiado por la luz cistoscópica y la exposición de una guía coaxial. Finalmente, se realizó liberación uretral bilateral para la movilización y la aproximación de ambos cabos uretrales para la posterior anastomosis término-terminal mediante sutura directa con puntos sueltos.

Resultados

El realineamiento uretral fue satisfactorio, permitiendo una anastomosis sin tensión y el paso de una sonda vesical 20Ch. El video muestra de forma detallada los puntos anatómicos clave y los pasos técnicos fundamentales para la reconstrucción uretral en este contexto.

Conclusiones

La anastomosis término-terminal uretral diferida sigue siendo el tratamiento de 1ª elección en los pacientes con disrupción completa uretral y poca distancia entre los extremos. El abordaje perineal, combinado con el acceso suprapúbico, permite un realineamiento más seguro y una reconstrucción anatómica adecuada.

V20 - LESIÓN URETERAL COMPLEJA: REPARACIÓN CON MUCOSA ORAL

Fandiño Argibay, A.; Orlandi, W.; Campanario Pérez, R.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Plaza González, C.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

Las estenosis ureterales complejas representan un reto quirúrgico para el Urólogo. La etiología, localización, longitud son factores que definen su complejidad y por lo tanto la dificultad quirúrgica.

El conocimiento de las diferentes alternativas así como de los principios que determinan el éxito de la cirugía son esenciales para lograr óptimos resultados.

En lesiones de uréter medio, largas constituyen un subgrupo de mayor complejidad. En ocasiones se requieren recurrir a injertos para solventar la lesión ureteral.

Presentamos un vídeo de un ureteroplastia robótica con injerto de mucosa oral en un paciente con estenosis de uréter medio de 5 cm de longitud secundario a litiasis y varias ureteroscopias fallidas.

V21 - URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL Y ABORDAJE PENOESCROTAL EN ESTENOSIS PENEANA DISTAL.

Mata Pose, L.; Bohorquez Cruz, M.; León, N. M.; Fernández Rodríguez, E.;
García del Arco, L.; Díaz Predrouzo, A.; Martins do Santos, E.; González- Manso, A.;
Delgado García, E.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

Las estenosis uretrales post-hipospadias representan un desafío reconstructivo particular debido a la fibrosis, distorsión anatómica y pobre vascularización tisular. La uretroplastia con injerto de mucosa oral y abordaje peno-escrotal es una alternativa quirúrgica eficaz para el manejo de este tipo de estenosis. Las ventajas reportadas por esta técnica incluyen un menor tiempo quirúrgico, menor sangrado intraoperatorio, estancia hospitalaria corta y menores tasas de complicaciones en comparación con otras técnicas.

Material y Métodos

Presentamos el caso de un varón de 29 años con trastorno del espectro autista intervenido de hipospadias en la infancia. Acude a consulta con una CUMS donde se evidencia una estenosis de al menos 2 cm de uretra peneana. Se decide realizar una uretroplastia con injerto de mucosa oral hasta meato uretral y abordaje penoescrotal en un tiempo.

Resultados

El paciente es dado de alta al día siguiente tras la intervención quirúrgica con sonda vesical durante 3 semanas. Como única incidencia, en el séptimo día postoperatorio, el paciente acude a Urgencias por sección completa accidental de sonda vesical. Se decide recambio de sonda vesical ese mismo día. Posteriormente, tras retirada de sonda vesical el paciente se muestra satisfecho con el calibre miccional y con una flujometría con un Qmax de 19.



VIDEOS

Conclusiones

La técnica de uretroplastia con injerto de mucosa oral y abordaje penoescrotal representa una opción reconstructiva eficaz para estenosis uretrales peneanas cortas secundarias a cirugía de hipospadias. En pacientes neurodivergentes se debería prestar especial atención a la adecuada comprensión y aprendizaje de los cuidados postoperatorios de cara a optimizar los resultados.

V22 - URETROPLASTIA COMBINADA EN UN SOLO TIEMPO EN PACIENTE CON COLGAJO PREVIO

Martins Dos Santos, E. F.; Bohórquez Cruz, M. A.; Vázquez-Martul Pazos, D.; Díaz Pedrouzo, A.; González-Manso Rodríguez, A.; Delgado García, E.; García del Arco, L.; Fernández Rodríguez, E.; León, N.; Mata Pose, L.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Objetivos

Mostrar la técnica y resultados quirúrgicos en dos estenosis sincrónicas, una bulbar proximal de novo y la otra sobre colgajo previo prepucial en uretra peneana.

Material y Métodos

Varón de 48 años con antecedentes de estenosis uretral peneana distal tratada previamente mediante meatoplastias y dilataciones sin éxito, realizándose posteriormente una uretroplastia con colgajo pediculado de prepucio.

En el seguimiento, el paciente presenta empeoramiento del flujo urinario. La cistoscopia tras dilatación de uretra peneana evidencia estenosis bulbar proximal no franqueable. La cistografía retrógrada confirma una estenosis anular en la unión bulbo-membranosa.

Por abordaje perineal se realiza uretroplastia termino-terminal sobre estenosis proximal mediante abordaje ventral con conservación de esponjoso y la estenosis distal se trata utilizando injerto de mucosa oral en posición dorso-lateral.

Resultados

El procedimiento se completó sin incidencias intraoperatorias. No se registraron complicaciones inmediatas. El paciente fue dado de alta a las 48 horas con una evolución favorable, sin presencia de dolor refractario a analgesia convencional. Se mantuvo sonda vesical 12 CH durante 3 semanas.

Conclusiones

La realización de uretroplastias sincrónicas es posible y reproducible incluso en estenosis uretrales complejas recidivadas permitiendo tratar simultáneamente varios segmentos estenóticos.

V23 - VARIANTE TÉCNICA DE HOLEP EN BLOQUE: ABORDAJE APICAL ANTERIOR PRECOZ

Altez Fernandez, C. ; Fernandez Rodríguez, E.; Orosa Andrada, A.; Aller Rodríguez, M.; Bohorquez Cruz, M.; Mosquera Seoane, T; Freire Calvo, J.; Novoa Martín, R.; Ponce Díaz-Reixa, J. L.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos

Presentar el paso a paso de una variante de la enucleación prostática con láser holmium (HoLEP) en bloque. Esta modificación optimiza la fase inicial de la técnica: tras el marcaje anatómico de la "línea blanca", se profundiza selectivamente a nivel del ápex anterior hasta identificar la cápsula prostática. Este acceso temprano facilita la disección del plano capsular y asegura la liberación precoz del complejo esfinteriano, minimizando su tracción mecánica.

Material y Métodos

Como respaldo a esta técnica, presentamos un estudio bicéntrico, observacional y retrospectivo de 49 pacientes intervenidos por un mismo cirujano. Se evaluaron variables quirúrgicas y funcionales. La eficacia se midió mediante IPSS, flujometría (Qmax), incontinencia transitoria y grado de satisfacción, con un seguimiento medio de 5.0 ± 2.8 meses.

RESULTADOS DE LA SERIE (N=49)

Para un volumen prostático medio de 86.1 ± 30.0 cc, la mediana del tiempo operatorio global fue de 120 min con un tejido enucleado de 58.4 g. Se logró una recuperación ultrarrápida: retirada de sonda a los 2 días y alta hospitalaria en 24 horas (medianas). El 89.8% cursó sin complicaciones (10.2% de complicaciones tempranas: Clavien-Dindo I [n=2], II [n=2] y IVa [n=1]).

Funcionalmente, el IPSS medio se redujo de 19.3 a 5.0, y el Qmax mejoró de 9.2 a 20.3 ml/s. Al minimizar el trauma esfinteriano, la incontinencia transitoria temprana se limitó a un 8.16% [4/49], logrando que un 87.2% de los pacientes se declaren "muy satisfechos" o "encantados".

Caso Clínico Del Vídeo

- **Paciente:** Varón de 68 años con síntomas del tracto urinario inferior (STUI) moderados.
- **Datos preoperatorios:** Volumen prostático de 70 gramos , IPSS 15, PSA de 2.1 ng/ml. Qmax preoperatorio: 7ml/s
- **Datos quirúrgicos:** Tiempo operatorio de 75 minutos.
- **Equipamiento:** Láser Holmium de 70 W Richard Wolf® (configuración de enucleación: 2 J x 30 Hz) y Morcelador Piranha® de Richard Wolf.

Conclusiones

La técnica de HoLEP en bloque con abordaje apical temprano de la cápsula anterior es un procedimiento seguro y reproducible. Garantiza una excelente desobstrucción anatómica mientras prioriza evitar la tracción del esfínter, lo que se traduce en una mínima tasa de incontinencia transitoria y viabiliza la estancia hospitalaria de 24 horas.

V24 - HOLEP EN LA PRÁCTICA REAL: ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA FRENTE A LA ADVERSIDAD

García del Arco, L.; Bohórquez Cruz, M.; Aller Rodríguez, M.; Altez Fernández, C.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; Delgado García, E.; González-Manso, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Ponce Díaz-Reixa, P.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos

Demostrar la eficacia y seguridad de la enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) en próstatas de gran volumen. Asimismo, poner en valor la práctica quirúrgica real, resaltando la capacidad del urólogo para afrontar incidencias intraoperatorias ajenas a su actividad y mantener resultados óptimos.

Material y Métodos

Varón de 76 años con síntomas del tracto urinario inferior. Flujometría con micción en dos tiempos y residuo postmiccional elevado (hasta 600 ml). Ecografía abdominal: próstata de 267 cc, sin otras alteraciones.

Se realiza HoLEP empleando fibra láser de 550 μm , se realiza enucleación en bloque respetando verumontanum y esfínter uretral. Posteriormente, morcelación mediante nefroscopio y morcelador Piraña

El procedimiento se ve condicionado por incidencias técnicas relevantes: personal nuevo de enfermería, defecto en la vaina externa del receptor que limita la visión del campo y falta del adaptador de la óptica del cable de luz. A pesar de estas limitaciones, se completa la enucleación de forma segura, manteniendo referencias anatómicas y adecuada hemostasia.

Resultados

Tiempo de enucleación: 70 minutos (2.5 J / 45 Hz). Morcelación (1400 rpm / 3.5 Hz) en 15 minutos, sin complicaciones.

Se coloca sonda vesical 22 Ch, con salida de orina clara al finalizar la cirugía. El paciente presenta evolución favorable, retirándose la sonda y siendo dado de alta al día siguiente con micción espontánea y orina clara.

Conclusiones

El HoLEP es una técnica eficaz, reproducible y segura incluso en próstatas de gran volumen. Este caso pone de manifiesto la importancia de la experiencia quirúrgica para adaptarse a incidencias intraoperatorias no dependientes del cirujano, permitiendo completar el procedimiento con éxito. Asimismo, destaca el esfuerzo de los urólogos en el entorno quirúrgico real, donde factores externos pueden condicionar la intervención sin comprometer los resultados clínicos.

V25 - RESOLUCIÓN ROBÓTICA DE FÍSTULA VESICO-UTERINA

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; Medina González, A.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J.; Plaza Alonso, C.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

Durante procedimientos ginecológicos pueden presentarse complicaciones urológicas. Lesiones ureterales o vesicales pueden suceder con cierta frecuencia durante cirugías uterinas, ováricas, o cesáreas.

El Urólogo debe tener conocimiento y recursos para resolver dichas lesiones tanto si se detectan en la propia cirugía como si se desarrollan más tardíamente.

Menos habituales son las lesiones vesicales durante los partos vaginales.

Presentamos el caso de una paciente que tras parto instrumental vaginal, comienza con importante pérdidas de orina siendo diagnosticada de fístula vesico-vaginal. No resolución del cuadro tras tratamiento conservador con sonda vesical.

En estudios de imagen posteriores se aprecia paso de contraste de vejiga a vagina y cavidad uterina.

Presentamos el vídeo de reparación robótica de una fistula vesico-uterina.

V26 - DIVERTICULECTOMIA VESICAL ASISTIDA POR ROBOT

Echeverría Cruz, C.; Fernández Baltar, C.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; Zarraonandía Andraca, A.; González Dacal, J. A.; 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 el caso, la técnica quirúrgica y los resultados clínicos de un caso de diverticulectomía vesical asistida por robot en un paciente diagnosticado de un divertículo de gran tamaño.

Material y Métodos

Varón de 57 años, derivado a consultas externas por hallazgo incidental de divertículo vesical. En el TAC se visualiza vejiga lateralizada con gran divertículo de 18 x 10cm. En EUD se evidencia RPM de 2 litros con obstrucción infravesical, detrusor contráctil y volumen prostático de 27cc, por lo que se decide realización de ITUP con diverticulectomía asistida por robot.

Resultados

La intervención tuvo una duración de 190 minutos. Se realizó tiempo endoscópico con ITUP y tutorización de divertículo con guía y de uréter derecho con catéter mono J. En el tiempo robótico, se localiza y disecciona el divertículo en su totalidad, con cierre de defecto posterior. El postoperatorio fue de 72 horas, sin incidencias. La flujometría a los 4 meses demostró una excelente calidad miccional.

Conclusiones

La diverticulectomía robótica es una alternativa segura y eficaz en el manejo del divertículo vesical de gran tamaño. Una adecuada valoración preoperatoria, que incluya el estudio urodinámico y las pruebas de imagen, resulta fundamental para identificar patología obstructiva asociada y planificar un tratamiento integral, permitiendo la realización concomitante de procedimientos desobstructivos.

Palabras clave

Cirugía robótica, diverticulectomía, estudio urodinámico, cirugía combinada.

V27 - LINFADENECTOMÍA ILIOBTURATRIZ BILATERAL DURANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: ESTANDARIZACIÓN DE UNA TÉCNICA ESENCIAL

Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Naveiro Flores, A.; Arnejo Pereiro, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Morillas de Diego, M.; Casas Nebra, F. J. Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario Lucus Augusti, Lugo

Objetivos

Mostrar de forma sistemática la técnica de linfadenectomía iliobturatriz bilateral durante la prostatectomía radical robótica, resaltando los límites anatómicos, los principios técnicos de la disección y los puntos críticos que permiten realizar una linfadenectomía completa, segura y reproducible. Asimismo, se pretende subrayar la importancia de ejecutar de forma rigurosa los pasos fundamentales de la cirugía oncológica, frecuentemente presentes en la práctica diaria pero a veces eclipsados por la atención a innovaciones técnicas.

Material y Métodos

Se presenta el vídeo de una prostatectomía radical asistida por robot con linfadenectomía iliobturatriz bilateral en un paciente con adenocarcinoma de próstata localizado y riesgo alto de afectación ganglionar. El procedimiento se realiza mediante abordaje transperitoneal. El vídeo ilustra de manera estructurada los pasos clave de la disección linfática, incluyendo la exposición de la vena ilíaca externa, la identificación y preservación del nervio obturador y la movilización completa del paquete linfático obturador. Se enfatizan los límites anatómicos clásicos de la linfadenectomía (arteria ilíaca común, ganglio de Cloquet, nervio genitofemoral, nervio obturador, arteria umbilical) y los aspectos técnicos que facilitan una disección precisa y hemostática.

Resultados

El vídeo pone de manifiesto los hitos anatómicos y los planos de disección necesarios para una linfadenectomía adecuada, destacando maniobras técnicas que permiten optimizar la seguridad del procedimiento y la integridad de las estructuras nobles. Se muestra una disección meticulosa y completa del territorio obturador, con adecuada identificación y preservación del nervio obturador.



VIDEOS

Conclusiones

La linfadenectomía iliobturatriz sigue siendo un componente fundamental de la prostatectomía radical robótica en pacientes seleccionados. La estandarización técnica y la atención a los principios básicos de la disección quirúrgica continúan siendo determinantes para una correcta estadificación ganglionar y para mantener altos estándares de calidad en cirugía urológica oncológica.

V28 - PRESERVACIÓN NEUROVASCULAR EN PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA: PASO A PASO

Fandiño Argibay, A.; Sendín Martín, R.; González Dacal, J.; Zarranonandía Andraca, A.; Medina González, M.; Ruibal Moldes, M.

SUTURO

La preservación de la potencia sexual representa un reto para los Urólogos, en los pacientes intervenidos de cáncer de próstata.

Actualmente se dan dos circunstancias que pueden mejorar estos resultados de potencia sexual. Por una lado el mejor conocimiento de las estructuras neurovasculares y su relación con la próstata. Por otro la precisión que nos permite alcanzar la cirugía robótica, incrementan las posibilidades de realizar una mejor preservación neurovascular.

Presentamos un vídeo de nuestra técnica de preservación neurovascular paso a paso durante una prostatectomía radical robótica.

V29 - URETERECTOMÍA DISTAL Y REIMPLANTE URETERAL DERECHO ROBÓTICO ASISTIDO PORENDOMETRIOSIS PROFUNDA

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

La endometriosis ureteral es una rara pero significativa manifestación de la endometriosis profunda. La exéresis quirúrgica del implante y la terapia hormonal son los pilares terapéuticos.

Caso clínico

Mujer de 31 años sin antecedentes médicos de interés ni hábitos tóxicos.

Consulta por episodios recurrentes de hematuria macroscópica monosintomática y autolimitada desde hace un año.

Se realiza estudio con cistoscopia, ecografía abdominal y citología, sin hallazgos relevantes. En UROTAC, leve dilatación pielocalicial y ureteral derecha hasta su entrada en pelvis secundaria a posible cruce con vasos ováricos, sin poder descartar lesión ureteral. Se realiza control radiológico a los 3 meses, presentando empeoramiento de la dilatación (30mm) con lesión en uréter distal de 23*12*17mm compatible con carcinoma urotelial localmente avanzado, endometrioma o carcinoma de ovario. Creatinina 1,19 mg/dL (FGe 63).

Se realiza ureteroscopia diagnóstica derecha con hallazgo de lesión sólida ocupando la luz ureteral. Citología uréter distal: insatisfactoria. Anatomía patológica: compatible con endometriosis ureteral.

Se propone ureterectomía distal derecha y reimplante ureteral robótico asistido como opción terapéutica.

Técnica

Docking robótico. Apertura de peritoneo e identificación de uréter derecho. Disección caudal hasta anillo Waldeyer muy dificultosa por intensa fibrosis y masa ureteral.

Uso de ecógrafo endocavitario para identificación de límite proximal y distal del implante. Liberación craneal ureteral y de cara lateral derecha y anterior vesical para mayor movilización.

Sección de masa ureteral tras colocación de hem-o-lock. Se realiza anastomosis sin tensión en cúpula con dos hemisuturas de Maxon 4/0 y colocación de catéter JJ 4,8Ch.

Mecanismo antireflujo con sutura continua Monocryl 3/0.

Se toma muestra de área con intensa fibrosis a nivel periovárico derecho.

Tiempo quirúrgico: 180 minutos. Sangrado estimado: 150ml

Anatomía patológica: endometriosis ureteral, márgenes libres. Tejido periovárico sin hallazgos patológicos relevantes.

Creatinina postquirúrgica: 1,01 mg/dL. Pendiente de control radiológico.

Conclusiones

La endometriosis ureteral es una causa infrecuente de obstrucción ureteral e hidronefrosis. Es necesario una alta sospecha clínica para no demorar el diagnóstico y evitar la potencial pérdida de la unidad renal. La cirugía robótica y la ecografía endocavitaria son herramientas útiles en el tratamiento quirúrgico del implante.

V30 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE URACO: ONFALECTOMÍA + CISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El adenocarcinoma de uraco es una neoplasia infrecuente y de comportamiento agresivo, habitualmente diagnosticada en estadios localmente avanzados. El tratamiento quirúrgico con intención curativa se basa en la resección en bloque del uraco, ombligo y vejiga adyacente, asociando linfadenectomía pélvica en casos seleccionados. El abordaje laparoscópico permite reproducir los principios oncológicos de la cirugía abierta con menor morbilidad.

Objetivos

Describir los aspectos técnicos y los resultados perioperatorios de una onfalectomía asociada a cistectomía parcial laparoscópica para el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de uraco.

Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 56 años, monorrena izquierda, con hallazgo incidental de masa supravesical en estudio ecográfico. El TC toracoabdominopélvico mostró una lesión quística con calcificaciones groseras, de 6,9 x 7 x 6,2 cm, localizada en la línea media anterior, sugestiva de adenocarcinoma de uraco. La RTU vesical confirmó la anatomía patológica. Se realizó onfalectomía asociada a cistectomía parcial laparoscópica.

Resultados

Tiempo quirúrgico total: 270 minutos. Estancia hospitalaria: 5 días. El postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones. Alta con sonda vesical y retirada al mes tras cistografía. El estudio anatomopatológico confirmó un adenocarcinoma uracal

subtipo mixto de 5,5 cm, con implante tumoral en plica vesical y afectación ganglionar bilateral clasificándose como pT3N2M0. El remanente umbilical fue negativo. En comité multidisciplinar se decide quimioterapia adyuvante con esquema FOLFOX.

Conclusiones

La onfalectomía combinada con cistectomía parcial laparoscópica constituye una alternativa mínimamente invasiva, segura y reproducible para el tratamiento del adenocarcinoma de uraco. Este abordaje permite una resección oncológica completa respetando los principios de la cirugía radical, reduce la morbilidad postoperatoria y facilita una recuperación precoz, siendo especialmente recomendable en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

Palabras clave: adenocarcinoma uraco, cistectomía parcial, onfalectomía, laparoscopia.

V31 - RESOLUCIÓN DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN CIRUGÍA PÉLVICA ASISTIDA POR ROBOT

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción

La cirugía robótica ha transformado el abordaje de la patología pélvica, ofreciendo ventajas en visión y precisión. Sin embargo, no está exenta de complicaciones intraoperatorias.

El objetivo de este vídeo es presentar la resolución paso a paso de cuatro incidentes durante procedimientos urológicos, destacando la versatilidad del sistema da Vinci para el rescate quirúrgico.

Material y Métodos

Se presentan cuatro casos clínicos seleccionados por su relevancia técnica:

1. Reparación neural: Sección accidental del nervio obturador durante una linfadenectomía ilioobturatriz.
2. Hemorragia vascular mayor: Sangrado de la arteria sacra media durante una linfadenectomía extendida en el contexto de una cistectomía radical.
3. Lesión visceral: Apertura vesical accidental durante la disección del espacio extraperitoneal mediante balón de Gaur.
4. Hemorragia de pedículo prostático: Sangrado activo de la bandeleta neurovascular durante una prostatectomía radical con preservación nerviosa.

Resultados

En el primer caso, se realizó una neurorrafia primaria con sutura monofilamento de 7-0 sin tensión, sin clínica motora en el postoperatorio.

En el segundo, se logró el control mediante liberación del vaso afectado, aplicación de clips hemostáticos y hemostasia bipolar.

El tercer caso se resolvió con cistorrafia con sutura barbada tras la identificación precoz de la lesión. Finalmente, en el cuarto caso, se realizó hemostasia selectiva mediante la colocación de clips hemostáticos y hemostasia con bipolar.



Todos los procedimientos finalizaron por vía robótica, sin necesidad de reconversión a cirugía abierta o por laparoscopia convencional y con una evolución postoperatoria favorable en todos los pacientes.

Conclusiones

La visión 3D magnificada y la destreza de los instrumentos articulados del sistema da Vinci permiten la resolución segura y eficaz de complicaciones intraoperatorias.

La identificación precoz, el conocimiento de la anatomía quirúrgica y la experiencia del cirujano, permiten la resolución de complicaciones de este tipo sin necesidad de conversión a vía abierta ni adición de trocares accesorios.

V32 - ENTEROCISTOPLASTIA DE AMPLIACIÓN ROBÓTICA ASOCIADA A REIMPLANTE URETERAL TIPO POLITANO-LEADBETTER EN PACIENTE PEDIÁTRICO CON VEJIGA NEURÓGENA

Wrzeszczynska, M.; Cortegoso Gonzalez, M.; Toucedo Caamaño, V.; Novás Castro, S.; Saavedra Golán, A.; Martínez Corral, R.; Fernandez Duque, A.; Rincón Gonzalez, L.; García Freire, C.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivo

Los avances en cirugía mínimamente invasiva han permitido ampliar las indicaciones de la cirugía reconstructiva vesical en pacientes complejos, reduciendo la morbilidad asociada. Presentamos un caso de enterocistoplastia de ampliación asistida por robot asociada a reimplante ureteral tipo Politano Leadbetter en un paciente pediátrico con vejiga neurógena y enfermedad renal crónica.

Material y Métodos

Varón de 12 años con antecedente de mielomeningocele intervenido en la infancia, vejiga e intestino neurógeno, agenesia renal derecha y enfermedad renal crónica estadio II. Presenta reflujo vesicoureteral izquierdo persistente a pesar de dos tratamientos endoscópicos con Deflux y reimplante ureteral tipo Cohen. Precisa sondaje vesical intermitente frecuente, tratamiento anticolinérgico y profilaxis antibiótica. Tras fracaso de tratamiento con toxina botulínica intravesical y ante el riesgo de progresión de la insuficiencia renal, para permitir eventual trasplante renal en el futuro, se indica ampliación vesical asistida por robot DaVinci.

Resultados

El 06/11/2025 se realizó enterocistoplastia de ampliación laparoscópica asistida por robot DaVinci asociada a reimplante ureteral izquierdo tipo Politano-Leadbetter. El abordaje fue transperitoneal, realizándose cistotomía longitudinal amplia, disección y reimplante intravesical del uréter izquierdo con tutorización mediante catéter doble J. Posteriormente se seleccionó un segmento ileal de 30 cm, se realizó destubulización y anastomosis entero-vesical mediante suturas continuas interrumpidas de V-lock 00. La intervención se completó íntegramente por vía robótica sin complicaciones intraoperatorias ni conversión. A pesar de la fibrosis secundaria a cirugía previa, la

disección ureteral fue satisfactoria. Se obtuvo una adecuada ampliación vesical con anastomosis estanca. En el control postoperatorio mediante cistografía no se evidenció fuga de contraste. Al 26^º día tras la intervención se retiraron sonda vesical y catéter doble J sin incidencias.

Conclusión

La enterocistoplastia de ampliación asistida por robot asociada a reimplante ureteral es una opción factible y segura en pacientes pediátricos con vejiga neurógena y patología renal compleja. El abordaje robótico facilita la cirugía reconstructiva en contextos de anatomía alterada, permitiendo preservar la función renal y optimizar el manejo vesical a largo plazo.

V33 - ABORDAJE COMBINADO MÍNIMAMENTE INVASIVO: EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE MASA INTERAORTOCAVA ASOCIADA A VIDEOINGUINOSCOPIA DERECHA.

Trujillo Marín, M.; Pérez Schoch, M.; Carballo Quintá, M.; Castro Jul, M.; Goiri Noguera, A; Moledo Lamela, M; Sánchez Ramos, J.; Cespón Outeda, E.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción y Objetivos:

El 25-30% de los pacientes con tumores de células germinales no seminomatosos presentan masas residuales tras el tratamiento con quimioterapia, siendo en mayor proporción de localización retroperitoneal. La linfadenectomía está indicada si existen uno o más ganglios mayores a 1cm.

Ilustramos un abordaje combinado mínimamente invasivo para la exéresis laparoscópica de masa residual interaortocava asociada a resección de adenopatía inguinal mediante videoinguinoscopia, destacando los pasos clave de la técnica quirúrgica.

Materiales y Métodos:

Presentamos a un paciente de 36 años con antecedente de un tumor mixto de células germinales no seminomatoso. Tras recibir tres ciclos de quimioterapia, se realiza PET-TC que evidencia una adenopatía retroperitoneal (interaortocava de 1.4cm) con hipermetabolismo intenso en relación con patología tumoral. Por otro lado, se visualiza una adenopatía inguinal derecha (0.7 cm) con leve captación.

Se comenta en comité de tumores y se decide realizar la exéresis de masa residual asociado a una videoinguinoscopia. Previo a la intervención, se realiza marcaje de la adenopatía inguinal mediante colocación de arpón.

El procedimiento se llevó a cabo en posición decúbito supino con piernas y Trendelenburg.

Se inicia con una minilaparotomía infraumbilical para la óptica y colocación de 4 trócares en abanico. Apertura del peritoneo posterior sobre promontorio y disección sobre aorta y vena cava hasta localizar masa residual. Se procede a su liberación respetando arteria mesentérica inferior y finalizando la exéresis a nivel de las arterias y venas renales.

Se continúa con la linfadenectomía inguinal, realizando una incisión sobre el cruce del músculo sartorio y aductor largo, disecando sobre cuádriceps para introducción de tres trocares. Se procede a la disección de la vena safena hasta su cayado, identificando la adenopatía referida con arpón, logrando la liberación de la misma así como de una adenopatía adyacente.

Resultados:

Tiempo quirúrgico de 4 horas, sin complicaciones post-operatorias y alta a las 72 horas. La patología reveló reacción histiocitaria sin infiltración neoplásica tanto en el conglomerado interaortocavo (10 ganglios), como en los dos inguinales marcados.

Conclusiones:

El abordaje combinado laparoscópico y videoinguinoscópico, nos permitió una exéresis completa de la enfermedad con buenos resultados oncológicos y baja morbilidad.

COMUNICACIONES ORALES



CO1 - FACTORES ASOCIADOS A FUNCIÓN DIFERIDA DEL INJERTO, COMPLICACIONES TEMPRANAS Y RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN TRASPLANTE RENAL

García del Arco, L.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Fernández Rosado, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Martins dos Santos, E.; Rodríguez Rivera, J.; Vazquez-Martul, D. Barbagelata López, I.; Gómez Veiga, F.; Suarez Pascual, G. A.; Delgado García, E.; González-Manso, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Objetivos

Analizar los factores clínicos y quirúrgicos asociados a la función diferida del injerto (DGF), complicaciones quirúrgicas tempranas, creatinina al alta y estancia postoperatoria en pacientes sometidos a trasplante renal, así como explorar el impacto de las anomalías del injerto y la duración del catéter doble J (DJ) en eventos tempranos.

Material y Métodos

Estudio observacional de cohorte (2023–2024). Se realizaron modelos multivariantes ajustados por variables clínicas relevantes (edad de donante y receptor, causa de donación, anomalías del injerto, lateralidad y primer trasplante). Se evaluó la asociación entre modalidad de diálisis (hemodiálisis vs diálisis peritoneal) y DGF, así como entre anomalías del injerto y complicaciones. La creatinina al alta se analizó mediante regresión lineal. La duración del DJ se dicotomizó en ≤ 21 vs > 21 días, comparándose mediante test exacto de Fisher.

Resultados

En el subgrupo en diálisis, la hemodiálisis se asoció de forma independiente con mayor riesgo de DGF frente a diálisis peritoneal (OR 2,86; IC95% 1,45–5,62; $p=0,002$), mientras que el primer trasplante se asoció con menor riesgo (OR 0,36; $p=0,011$). La lateralidad del injerto no mostró asociación.

Las anomalías del injerto se asociaron con mayor probabilidad de complicaciones tempranas (OR 1,78; $p=0,024$) y tendencia a mayor estancia ($p=0,095$). La edad del donante se relacionó con mayor creatinina al alta ($\beta +0,013$ mg/dL/año; $p=0,002$), mientras que la donación de vivo se asoció con valores menores ($\beta -0,589$ mg/dL; $p<0,001$).

El análisis por subtipos mostró que el defecto capsular concentró mayores tasas de reintervención (21,4%) y trasplantectomía (10,7%), así como una tendencia a mayor trombosis venosa (OR \approx 5; $p\approx 0,058$). Otros hallazgos estuvieron limitados por bajo tamaño muestral.

La duración del DJ no se asoció con reintervención temprana. Sin embargo, en 2024, un DJ ≤ 21 días se asoció a mayor tasa de ITU (53,8% vs 16,5%; $p=0,000184$).

Conclusiones

La hemodiálisis se asocia a mayor riesgo de DGF, mientras que el primer trasplante actúa como factor protector. Las anomalías del injerto incrementan las complicaciones tempranas, destacando el defecto capsular como fenotipo de interés por su posible asociación con trombosis venosa. La edad del donante y el tipo de donación influyen en la función renal inicial. La duración del DJ no impacta en reintervenciones, aunque su retirada precoz se asocia a mayor ITU, probablemente condicionada por sesgos clínicos.

CO2 - ABORDAJE MULTIMODAL DEL SÍNDROME MIOFASCIAL CON AFECTACIÓN DE NERVIPO PUDENDO EN VARÓN JOVEN INTERVENIDO DE PROSTATECTOMÍA RADICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fandiño Argibay, A. M.; Zarraonandia Andraca, A.; González Dacal, J.;
González Sevillano, M. (Fisioterapia SUTURO); Pazos Iglesias, B. (Fisioterapia SUTURO);
Ruibal Moldes, M.
Grupo SUTURO. Pontevedra.

Objetivos

Compartir la importancia del tratamiento multimodal y el papel de la fisioterapia en casos complejos tras cirugía pélvica.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 28 años sometido a prostatectomía radical laparoscópica por un cistoadenoma gigante de próstata. El paciente acude portando talla vesical durante más de 6 meses en relación con imposibilidad para la micción tras la cirugía.

La uretrocistoscopia descarta estenosis y el estudio urodinámico que aporta describe detrusor hipocontráctil. En RMN pélvica se descartan colecciones u otras lesiones objetivables por imagen. A la exploración física impresiona tono muscular muy aumentado en suelo pélvico.

Ante la sospecha de Síndrome Miofascial con afectación de Nervio Pudendo, se remite a Unidad de Fisioterapia de SUTURO para evaluación y tratamiento.

Resultados

Actualmente, el paciente presenta micción espontánea, se ha retirado la talla vesical y continúa en tratamiento con mejoría progresiva de su calidad miccional.

Conclusiones

Agresiones sobre el suelo pélvico como pueden ser cirugías previas pueden simular patologías urológicas que a menudo encontramos como refractarias a tratamientos. En el contexto adecuado, el trabajo coordinado con una unidad de Fisioterapia especializada en suelo pélvico es de gran ayuda para mejorar e incluso resolver los problemas de nuestros pacientes.

CO3 - ANÁLISIS COMPARATIVO: ADENOMECTOMÍA LAPAROSCÓPICA VS. ROBÓTICA.

Antequera Granados, A.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Requeijo Cendán, A.; Iglesias Fresco, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Montero Fabuena, 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 adenomectomía de próstata laparoscópica (AL) y robot-asistida (ARa) son técnicas mínimamente invasivas indicadas para pacientes con síntomas de tracto urinario inferior (STUI) refractarios a tratamiento médico que presentan buenos resultados en eficacia y seguridad. La incorporación de la cirugía robótica nos ha planteado si existe impacto de esta técnica sobre los resultados perioperatorios.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo con 221 pacientes con AL y ARa seleccionando únicamente aquellos casos intervenidos por cirujanos que realizasen ambos procedimientos desde 2021 para reducir sesgos. Se analizaron las variables demográficas y clínicas de ambos grupos y se compararon con la prueba U de Mann-Whitney, Chi-cuadrado y test de Fisher los resultados, tanto complicaciones como grado de satisfacción.

Resultados

De los 221 casos, el 58,8% fue AL frente a un 41,2% ARa. La mediana de edad fue de 72 años [53-86] con un IMC de 28,10 [19,5-41,5] y una mediana en volumen prostático de 103 cc [63-275], con lóbulo medio en el 37,6% de casos. Las principales indicaciones de cirugía fueron STUI refractarios (55,9%) y retenciones de orina o sonda vesical permanente [24,5%]. La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 días en ambos grupos. La tasa global de complicaciones fue de un 22% observando mayor proporción en el grupo de laparoscopia (17%) frente al de robótica (5%) obteniendo significación estadística mediante el test de Fisher ($p < 0,05$). No se detectaron diferencias en la probabilidad de complicaciones de grado Clavien-Dindo \geq III. La tasa de transfusión (6,3%) y de reingreso ($< 5\%$) fue similar en ambos grupos. Un 89% de los pacientes se mostraron muy satisfechos sin demostrar diferencias significativas en el grado o las causas de insatisfacción entre los grupos.

Conclusiones

La AL y ARa son dos técnicas con buenos resultados perioperatorios y postoperatorios que se traducen en seguridad y eficacia. Si bien es cierto que en la cirugía robótica se observó una menor tasa de complicaciones de manera significativa lo que se puede traducir en un beneficio adicional de esta técnica.

Palabras clave

Adenomectomía, laparoscopia, robot.

CO4 - CURVA DE APRENDIZAJE EN LA ADENOMECTOMÍA DE PRÓSTATA LAPAROSCÓPICA.

Antequera Granados, A.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Requeijo Cendán, A.; Iglesias Fresco, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Montero Fabuena, 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 adenomectomía laparoscópica (AL) es una cirugía ampliamente utilizada por su seguridad y eficacia para el tratamiento de los síntomas de tracto urinario inferior (STUI) en próstatas de gran volumen. El objetivo de este trabajo fue estudiar la conveniencia de esta cirugía para la iniciación de laparoscopia durante la formación MIR analizando la evolución de distintos cirujanos.

Material y Métodos

Realizamos un estudio retrospectivo de 309 pacientes intervenidos mediante AL por 9 cirujanos desde 2016 hasta la actualidad. Se analizó la relación entre el número de cirugías realizadas y el tiempo de neumoperitoneo mediante una correlación Spearman y regresión lineal ajustada por cirujano. De manera secundaria, se evaluaron las complicaciones con regresión ordinal y binaria, así como el grado de satisfacción mediante la correlación de Spearman y la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

La mediana de edad fue de 72 años (53-89). El IMC medio de los pacientes era de 28,60. Presentaron una mediana de volumen prostático de 100 (40-293). La indicación quirúrgica mayoritaria fue por STUI refractarios. Respecto a la cirugía, el tiempo quirúrgico medio fue de 126 (40-330). Se observó una correlación inversa significativa entre el número de cirugías realizadas y el tiempo quirúrgico ($\rho = -0,295$; $p < 0,001$). En el análisis de regresión lineal, se observó que cada intervención se asocia a una reducción de 1,76 minutos respecto a la previa ($p < 0,001$) con independencia del cirujano que realizase el procedimiento. Un 22,4% de las intervenciones presentaron alguna complicación. De estas, solo un 2,2% fueron complicaciones graves (Clavien-Dindo \geq III) sin observarse asociación significativa con la experiencia. Un 88,3% de los pacientes se mostraron satisfechos sin observar diferencias significativas entre fases iniciales y tardías del aprendizaje.

Conclusiones

La AL muestra una curva de aprendizaje favorable con reducción del tiempo quirúrgico conforme aumenta el número de cirugías realizadas. Además, podemos observar que se mantienen bajas tasas de complicación y alto grado de satisfacción lo que apoya la idoneidad de la técnica para la iniciación de residentes en laparoscopia manteniendo buenos resultados.

Palabras clave

Adenomectomía, laparoscopia, formación.

CO5 - CIRUGÍA CONSERVADORA FRENTE A RADICAL EN TUMORES DEL URÉTER DISTAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

El tratamiento estándar del carcinoma urotelial del tracto urinario superior ha sido la nefroureterectomía radical (NFU). No obstante, en tumores localizados en el uréter distal, la ureterectomía segmentaria se ha propuesto como una opción conservadora en pacientes seleccionados. El objetivo de este estudio es comparar los resultados oncológicos de ambas técnicas en tumores del uréter pélvico.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó pacientes intervenidos por carcinoma urotelial del uréter distal entre 1993 y 2025 en nuestro centro. Se establecieron dos grupos según el tratamiento quirúrgico realizado: ureterectomía distal (n=18) y nefroureterectomía (n=21). Se analizaron variables clínico-patológicas pre y postoperatorias. La supervivencia global(SG), cáncer-específica(SCE) y libre de progresión(SLP) se estimaron mediante curvas de Kaplan–Meier y se compararon con el test de log-rank.

Resultados

Las características basales fueron comparables entre ambos grupos (NFU vs Ureterectomía), con media de edad de 67,9 vs 70,3 años y predominio de varones (66,7% vs 72,2%), respectivamente. No se observaron diferencias en tabaquismo, citología urinaria positiva, uropatía obstructiva, insuficiencia renal preoperatoria ni antecedentes de neoplasia vesical. La ureteroscopia diagnóstica fue más frecuente en el grupo de ureterectomía (44,4% vs 0%). El tamaño tumoral medio fue de 3,0 vs 2,6cm. No hubo diferencias en la proporción de tumores de alto riesgo, estadio patológico, grado histológico ni en la tasa de márgenes positivos. La creatinina postoperatoria fue mayor en el grupo de NFU (1,51 vs 1,14mg/dL). La recidiva oncológica fue similar en ambos grupos (38,1% vs 35,3%) (p≥0,05).

En el grupo NFU, la SG y SCR a 1, 2 y 5 años fueron del 81,0%, 52,4% y 47,6%; y la SLP 76,2%, 52,4% y 47,6%, respectivamente.

En el grupo de ureterectomía, la SG y SCR a 1, 2 y 5 años fueron del 58,8%, 52,9% y 41,8%, y la SLP del 55,6%, 50,0% y 41,1%.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en SG($p=0,653$), SCR($p=0,311$) ni SLP($p=0,282$).

Conclusiones

En nuestra serie, la ureterectomía distal presenta resultados oncológicos comparables a la nefroureterectomía en tumores del uréter distal.

En pacientes seleccionados, constituye una alternativa válida que permite preservar la función renal sin comprometer el resultado oncológico.

Palabras clave

Carcinoma urotelial del tracto urinario superior, ureterectomía, nefroureterectomía.

CO6 - PROGRESIÓN ONCOLÓGICA TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN TUMORES DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR: FACTORES PRONÓSTICOS DE SUPERVIVENCIA.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo

Analizar los factores clínicos, patológicos y evolutivos asociados a la supervivencia global(SG) y a la supervivencia cáncer-relacionada(SCR) en pacientes con neoplasia del tracto urinario superior (neoTUS) tratados quirúrgicamente y que presentaron progresión oncológica documentada (recidiva local, a distancia y/o desarrollo de metástasis) durante el seguimiento.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes que incluyó 82 pacientes intervenidos mediante nefroureterectomía radical o ureterectomía por neoTUS entre 1993 y 2025 de una serie de 194 pacientes que presentaron progresión oncológica.

Se analizaron la SG y la SCR mediante curvas de Kaplan–Meier. Se realiza un análisis univariado para identificar variables asociadas a la supervivencia.

Resultados

El 75,6% fueron varones, la media de edad 71,1±9,2años(45–86), y el 63,4% eran fumadores. Entre las características preoperatorias destacaron: citología urinaria positiva en el 56,3 %, presencia de uropatía obstructiva (UO) en el 60,3%, insuficiencia renal (IR) en el 26,3 % y antecedentes de neoplasia vesical en el 42,7%. El tamaño tumoral medio fue de 3,6±2,0cm, con localización en pelvis renal y/o cálices en el 56,8 % (multifocales el 17,1%).

Desde el punto de vista patológico, el 62,2% presentaron estadio ≥pT2 y el 79,3% alto grado histológico. La morfología macroscópica fue sólido o sólido-papilar en el 46,3 %, la microscópica fue también sólido o sólido-papilar en el 63,7%. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en el 80,2%. Durante el seguimiento, el 80% desarrollaron recidiva vesical y el 47,6% metástasis.

La SG a 1, 2 y 5 años fue del 80,2%, 63,2% y 43,2%, respectivamente. La SCR a los mismos intervalos fue del 86,4%, 67,9% y 46,2%.

Existe asociación estadísticamente significativa tanto con la SG como con SCR para la presencia IR preoperatoria ($p=0,012$ y $p=0,2$; respectivamente), morfología macroscópica tumoral ($p=0,005$; $p=0,001$) y morfología microscópica ($p=0,01$; $p=0,001$), y el tipo de recidiva ($p=0.01$; $p=0.001$). Además, la SCR se asoció significativamente con el tamaño tumoral ($p=0.0001$).

Conclusiones

En pacientes con neTUS que presentan progresión oncológica tras tratamiento quirúrgico, la SG y la SCR se asocian de forma significativa con la IR preoperatoria, las características morfológicas del tumor, tanto macroscópicas como microscópicas, y el tipo de recidiva.

Palabras clave

Tumores del tracto urinario superior, progresión oncológica, supervivencia.

CO7 - SUPRARRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA TRATAMIENTO DE METÁSTASIS EN LA GLÁNDULA SUPRARRENAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo

La suprarrenalectomía laparoscópica (SLap) es la técnica quirúrgica de elección para la exéresis de las glándulas suprarrenales. Se analizan resultados oncológicos de metástasis intervenidas en esta localización.

Material y Métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de 21 pacientes intervenidos en nuestro centro de SLap por metástasis en la glándula suprarrenal entre 2011-2025. Se analiza supervivencia global (SG), cáncer-relacionada (SCR) y libre de progresión (SLP) y factores asociados de manera independiente a éstas mediante análisis univariado de Kaplan Meier y multivariado de regresión de Cox.

Resultados

El 66,7% fueron varones. La media de edad de $61,6 \pm 11,7$ (40-78) años. El 47,6% de las lesiones se localizaron en la glándula suprarrenal derecha (9,5% bilaterales), con un tamaño medio de $4,78 \pm 3,72$ (1-15) cm. El 71,4% se diagnosticaron mediante TC, siendo sintomáticas el 4,5%. Un 66,6% de los pacientes presentan otras metástasis.

En el 85% de los casos la cirugía fue laparoscópica y en ningún caso se realizó linfadenectomía. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en el 85%. El 23,8% de los pacientes presentaron complicaciones: el 19% tipo 2 y el 4,8% tipo 1, según la clasificación de Clavien-Dindo. El descenso postquirúrgico de hemoglobina fue $1,98 \pm 1,84$ (0-6,5) g/dL.

En cuanto al tumor primario: 42,9% neoplasia pulmonar, 33,3% neoplasia renal, 4,8% melanoma, 4,8% carcinoma urotelial, 4,8% carcinoma colorrectal y 4,8% linfoma testicular.

El 78,3% de los pacientes presentaron progresión oncológica.

La SG a los 1, 2 y 5 años fue 68,3%, 59,5% y 28,1% respectivamente; la SCR fue 68,3%, 59,5% y 40,2% y la SLP fue 51,8%, 51,8% y 12,9%.

Existe asociación estadísticamente significativa en SG y SCR con el tamaño de la lesión($p=0,042$)($p=0,001$) y el origen del tumor primario($p=0,038$)($p=0,001$); respectivamente.

Realizando un análisis multivariado ajustado por edad, origen del tumor primario, otras metástasis al diagnóstico y márgenes quirúrgicos: la edad se asocia de manera independiente con SG($p=0,047$); y el origen del tumor primario con SG y SCR ($p=0,014$)($p=0,021$) respectivamente.

Conclusiones

La SLap es una técnica segura para tratamiento de metástasis en esta localización, quirúrgicamente equiparable a la intervención de otras lesiones a dicho nivel.

El origen del tumor primario se asocia de manera estadísticamente significativa con SG y SCR.

Palabras clave

Suprarrenalectomía, laparoscopia, metástasis.

CO8 - EXPERIENCIA DE CÁNCER DE PENE EN NUESTRO CENTRO EN COMPARACIÓN CON EL REGISTRO NACIONAL ESPAÑOL

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense.

Objetivos

El cáncer de pene es una neoplasia poco frecuente con elevada morbimortalidad cuando es diagnosticada en estadios tardíos. El objetivo del estudio es comparar las características de nuestra serie con las del Registro Nacional.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los últimos 5 años en nuestro centro (2020–2025), incluyendo 26 pacientes con diagnóstico de cáncer de pene. Se analizaron variables demográficas, factores de riesgo, localización tumoral, estadio y estrategias primarias. Los resultados se compararon con el Registro Nacional Multicéntrico Español.

Resultados

En nuestro centro se registró una mayor edad media (76,3 vs 72). La fimosis fue más frecuente (52% vs 45%) y la circuncisión previa mostró escasa diferencia (32% vs 30,7%). El 40% son o fueron fumadores frente al 27,6% del registro nacional.

En ambos registros la localización más frecuente fue el glande (65% y 64%) y el subtipo predominante el carcinoma escamoso (84,62% vs 95,2%).

En nuestra serie, el 56% presentó enfermedad \geq pT2, mayormente pT2a (29,7%), similar al registro nacional (51%). Asimismo, el porcentaje de estadios localmente avanzados (pT3–pT4) fue mayor en nuestro centro (21,6% vs 18,7%).

El tratamiento quirúrgico primario consistió en penectomía parcial o radical en el 57,1% de los casos, comparable al 58,6% nacional, con ligero aumento de cirugía radical (11,9% vs 11,4%). Los márgenes quirúrgicos positivos fueron más frecuentes en nuestro centro (18,4% vs 11,8%), con reintervención.

Se registraron adenopatías clínicamente palpables en el 11,54% frente al 18% nacional, y enfermedad metastásica al diagnóstico en proporciones similares (5%).

Conclusiones

Nuestra serie reproduce las características epidemiológicas nacionales, pero muestra pacientes de mayor edad y mayor agresividad clínica, con mayor necesidad de cirugía radical. Estos hallazgos podrían reflejar diagnóstico más tardío o diferencias asistenciales locales, reforzando la importancia de centralizar el manejo en centros de referencia y promover estrategias de detección precoz.

CO9 - PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA CON NEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

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

Objetivos

Análisis del manejo de la pielonefritis enfisematosa y descriptivo del neumomediastino como complicación poco frecuente.

Material y Métodos

Varón de 45 años a seguimiento en Consultas Externas por litiasis renales bilaterales. Es traído al servicio de urgencias por mal estado general, con dolor abdominal, fiebre y vómitos; a su llegada, paciente inestable hemodinámicamente, con mala perfusión distal y acidosis metabólica con hiperglucemia por lo que se avisa a UCI para valoración; se solicita TC con diagnóstico de pielonefritis enfisematosa izquierda, con total desestructuración del riñón. Se realiza de manera urgente nefrectomía radical izquierda para control del foco infeccioso.

En postoperatorio inmediato, necesidad de transfusión por anemia severa, por lo que se solicita TC urgente, en el que se descarta sangrado activo, pero se evidencia significativo neumomediastino.

Resultados

La pielonefritis enfisematosa es una infección necrotizante del riñón, que resulta de la presencia de gas en el parénquima renal, el sistema colector o los tejidos perirrenales; se presenta habitualmente en pacientes diabéticos y se trata de una condición severa con altas tasas de mortalidad.

Su manejo inicial se basa en fluidoterapia intensiva y antibioterapia, asociando un adecuado control glucémico; el manejo definitivo puede realizarse mediante tratamiento médico exclusivo o con drenaje percutáneo, drenaje abierto o nefrectomía.

El neumomediastino es una forma de presentación o complicación extremadamente infrecuente, pero que puede estar presente y condicionar la evolución del paciente.

Conclusión

La pielonefritis enfisematosa es una infección severa del riñón, con altas tasas de mortalidad, que requiere un tratamiento intensivo desde un inicio, tanto de la infección como de sus complicaciones, para favorecer una adecuada evolución y un mejor pronóstico del paciente.



P1 - EVALUACIÓN DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y FUNCIONALES DE UNA VARIANTE TÉCNICA DE HOLEP EN BLOQUE: ABORDAJE APICAL ANTERIOR PRECOZ

Fernández Rodríguez, E.; Altez Fernández, C.A.; Orosa Andrada, A.; Aller Rodríguez, M.; Bohórquez Cruz, M.; Novoa Martín, R.; Mosquera Seoane, T.; García del Arco, L.; Martins Dos Santos, E.; Díaz Pedrouzo, A.; Mata Pose, L.; León, N.; Núñez Serrano, C.; Delgado García, E.; González Manso, A.; Ponce Díaz-Reixa, J.; Chantada Abal, V.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

Introducción y Objetivos

La optimización del láser holmium (HoLEP) busca la máxima preservación de la calidad de vida postoperatoria. Este estudio presenta los resultados de una variante de HoLEP en bloque que modifica su fase inicial: tras el marcaje anatómico de la "línea blanca", se profundiza selectivamente en el ápex anterior hasta identificar la cápsula prostática. Este acceso temprano facilita la disección del plano capsular y asegura la liberación precoz del esfínter, minimizando su tracción mecánica.

Materiales y Métodos

Estudio bicéntrico descriptivo y retrospectivo de 49 pacientes intervenidos por el mismo cirujano. Se evaluaron variables demográficas, quirúrgicas y funcionales. Estadísticamente, se empleó la media \pm desviación estándar (DE) para edad, volumen prostático, seguimiento, IPSS y Qmax; y la mediana con rango intercuartílico (RIC) para PSA, tiempo operatorio, días de sonda, estancia y tejido enucleado. Las complicaciones se graduaron según Clavien-Dindo.

Resultados

La edad media fue 70.5 ± 7.6 años, el volumen prostático 86.1 ± 30.0 cc y la mediana de PSA 3.32 ng/ml (RIC: 2.08-5.6). El seguimiento medio fue 5.0 ± 2.8 meses. La mediana del tiempo operatorio fue 120.0 min (RIC: 90.0-150.0), con un tejido enucleado de 58.4 g (20.6-155.0). La mediana de permanencia de sonda vesical fue 2.0 días (RIC: 2.0-3.0) y

la estancia hospitalaria de 24.0 horas (RIC: 24.0-24.0). El 89.8% de los pacientes no presentó morbilidad. Las complicaciones tempranas (10.2%) incluyeron: Clavien-Dindo I (hematuria, n=2), II (bacteriemia, n=2) y IVa (acidosis e IAM, n=1). A medio plazo hubo una estenosis de uretra y una esclerosis de cuello. El IPSS medio se redujo drásticamente de 19.3 ± 4.8 a 5.0 ± 4.5 , y el Qmax mejoró de 9.2 ± 2.9 a 20.3 ± 6.5 ml/s. Solo el 8.16% (4/49) sufrió incontinencia transitoria temprana. Un 87.2% reportó estar "muy satisfecho" o "encantado".

Conclusiones

El HoLEP en bloque con abordaje apical temprano de la cápsula anterior es seguro y reproducible. Ofrece una excelente desobstrucción y satisfacción. La liberación precoz del esfínter favorece una rápida recuperación funcional, minimizando la incontinencia transitoria.

P2 - HALLAZGOS DEL ESTUDIO GENÉTICO EN LÍNEA SOMÁTICA Y/O GERMINAL EN VARONES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO TRATADOS CON APALUTAMIDA.

Díaz Pedrouzo, A.; Altez Fernández, C.; Mata Pose, L.; León, N.; 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

Introducción

Las alteraciones patogénicas en los genes de reparación del daño del ADN, tanto en línea germinal como mutaciones somáticas, tienen un valor pronóstico significativo en cáncer de próstata. Sin embargo, hasta hace poco no había terapias dirigidas para pacientes portadores de estas mutaciones, por lo que el uso del testing en esta fase de la enfermedad está muy poco extendido.

El estudio CAPTURE demuestra la prevalencia de estas mutaciones hasta en un 28% de pacientes con cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm), así como su asociación con peor supervivencia libre de progresión y supervivencia global (especialmente en mutaciones en BRCA), lo que motivó el análisis de nuestra propia cohorte.

Objetivos

Evaluar la prevalencia de mutaciones, tanto germinales como somáticas, en pacientes con CPHSm tratados con Apalutamida. Analizar las características basales de estos pacientes.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de los resultados del análisis en línea germinal y somática a pacientes diagnosticados de CPHSm, tratados con Apalutamida en nuestro centro desde marzo de 2021 hasta octubre de 2025.

Resultados

De los 141 pacientes con CPHSm tratados con Apalutamida, se solicitó el test genético a 92 (65%). De estas 92 solicitudes, 61 fueron en línea germinal exclusivamente (66%), 30 en línea somática y germinal (33%) y 1 caso en línea somática exclusivamente (1%).

De las 92 solicitudes, 27 aún están pendiente de informe (29%), se obtuvieron 49 resultados no informativos (53%), 10 resultados patogénicos (11%) y 6 resultados de variantes de significado incierto, VUS, (7%).

De los 10 resultados patogénicos, la alteración en ATM fue la más frecuente (4, 40%), seguido de BRCA1/2 (3, 30%), CHEK2 (1,10%), PALB2 (1,10%) y RAD51B (1, 10%).

Conclusiones

La identificación de alteraciones patogénicas en genes de reparación del ADN aporta información pronóstica y potencialmente predictora de respuesta terapéutica, con implicaciones no solo para el paciente sino también para su entorno familiar. Es necesario mejorar la tasa de solicitud en esta fase de la enfermedad, así como el tiempo de espera hasta el resultado, para poder ofrecer terapias dirigidas y tener disponibles los resultados a tiempo en caso de progresión a terapias previas.

P3 - RESECCIÓN TRANSURETRAL VESICAL EN BLOQUE FRENTE A RESECCIÓN CONVENCIONAL: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS

García del Arco, L.; Vázquez-Martul, D.; Díaz Pedrouzo, A.; Bohórquez Cruz, M.; Freire Calvo, J.; Martins dos Santos, E.; Fernández Rodríguez, E.; Chantada Abal, V.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

Introducción

La resección transuretral convencional de tumor vesical (TURBT) se realiza típicamente en múltiples fragmentos, mientras que la resección en bloc (ERBT) se ha propuesto como alternativa potencialmente más segura. Sin embargo, su superioridad frente a la técnica convencional sigue siendo objeto de debate.

Objetivo

Comparar los resultados perioperatorios y oncológicos de la resección transuretral en bloc frente a la resección convencional no en bloc en pacientes con tumores vesicales únicos <3 cm.

Material y Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo, unicéntrico, que incluyó 57 pacientes consecutivos sometidos a TURBT por el mismo cirujano (31 en bloc; 26 convencional). Se analizaron como variables principales las complicaciones quirúrgicas (perforación vesical, reflejo obturador), las complicaciones perioperatorias precoces (hematuria, infección urinaria) y el tiempo de sondaje uretral. Como variables secundarias se evaluaron el tiempo quirúrgico, horas hasta el alta, presencia de músculo detrusor en la muestra y recurrencia/progresión tumoral a 3, 12 y 24 meses. Se emplearon pruebas de Mann-Whitney U para variables continuas y test exacto de Fisher para variables categóricas.

Resultados

Los pacientes del grupo en bloque eran algo más jóvenes (66,3±8,3 vs 72,5±11,6 años; $p=0,012$) y presentaban menos antecedentes de cáncer vesical (19,4% vs 46,2%; $p=0,045$), con tamaño tumoral similar entre grupos. La ERBT se asoció con: Ausencia de complicaciones quirúrgicas frente al 15,4% en la resección convencional ($p=0,038$).

Menos complicaciones perioperatorias (9,7% vs 38,5%; $p=0,013$). Menor tiempo de sondaje vesical (23,8±12,1 vs 52,5±54,0 horas; $p=0,031$). El tiempo quirúrgico fue comparable (26,3±13,3 vs 30,8±12,4 min; $p=0,090$) y el tiempo hasta el alta mostró solo una tendencia a ser menor en el grupo en bloque (25,2±12,2 vs 35,4±34,0 h; $p=0,170$). La presencia de músculo detrusor en la muestra fue elevada en ambos grupos (67,7% en en bloc vs 86,4% en convencional; $p=0,050$) y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en recurrencia a 3, 12 o 24 meses ni en progresión tumoral ($p>0,05$), si bien el estudio carece de potencia para estos desenlaces.

Conclusiones

En esta cohorte retrospectiva de pacientes con tumores vesicales únicos <3 cm, la resección transuretral en bloque se asoció con menos complicaciones quirúrgicas y perioperatorias y con un menor tiempo de sondaje vesical, sin diferencias significativas en los resultados oncológicos a corto y medio plazo. Las limitaciones principales incluyen el pequeño tamaño muestral, el diseño retrospectivo y la potencia insuficiente para evaluar de forma concluyente los desenlaces oncológicos, por lo que se requieren estudios prospectivos de mayor tamaño.

P4 - ANÁLISIS DE UNA SERIE DE CASOS DE ADENOMECTOMÍA PROSTÁTICA.

Antequera Granados, A.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Requeijo Cendán, A.; Iglesias Fresco, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Montero Fabuena, 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 adenomectomía de próstata laparoscópica (AL) y robot-asistida (ARa) es el tratamiento de elección en casos de síntomas de tracto urinario inferior (STUI) con alto volumen prostático (VP) por ser una técnica segura y eficaz. El objetivo de este trabajo es describir los resultados perioperatorios y funcionales de estos pacientes.

Material y Métodos

Se realiza un estudio observacional retrospectivo de 513 pacientes intervenidos de AL/ARa. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de resultados. Se realizó una comparación de los casos realizados por residentes y adjuntos respecto a complicaciones y resultados perioperatorios mediante Chi-cuadrado con significación para $p < 0,05$.

Resultados

La media de edad fue de 70 años (49-89) y el VP medio fue de 110,5 cc (40-293) con un PSA medio al diagnóstico de 5,3 ng/ml. El 16,4% de los pacientes portaban sondaje vesical permanente previo a la intervención. Las principales indicaciones fueron STUI refractarios (56,1%) y retención aguda de orina (27,0%). El 79,9% de los casos fueron AL y el 20,1% ARa. El 30,8% de las laparoscópicas fueron realizadas por residentes. El tiempo quirúrgico medio fue de 115,9 minutos (40-330). La media de estancia hospitalaria fue de 2 días, y el tiempo medio de sondaje vesical al alta fue de 7 días. La tasa de complicaciones fue del 21,2% siendo únicamente un 2% graves (Clavien-Dindo \geq III). Ningún caso precisó reconversión a cirugía abierta. Solo 20 pacientes reingresaron por alguna complicación. Un 87,3% de los pacientes se mostraron muy satisfechos. Las principales causas de insatisfacción de toda la muestra fueron STUI de llenado (6,45%) y estenosis uretral (0,98%). En la comparación entre cirugías realizadas por residentes y adjuntos no se observaron diferencias significativas en complicaciones o satisfacción.

Conclusiones

La AL/ARa presenta buenos resultados funcionales y quirúrgicos con una baja tasa de complicaciones y alto grado de satisfacción. Además, no existe diferencia significativa en estos parámetros en casos realizados por residentes respecto aquellos realizados por adjuntos lo que la hace una técnica ideal para la formación sin afectar los resultados.

Palabras clave

Adenomectomía, resultados, complicaciones.

P5 - COLPOSACROPEXIA: EXPERIENCIA A PARTIR DE UNA SERIE DE CASOS EN NUESTRO CENTRO.

Antequera Granados, A.; Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goicoechea Rey, M.; Requeijo Cendán, A.; Iglesias Fresco, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Montero Fabuena, 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 colposacropexia tanto laparoscópica (CSPL) como robot-asistida (CSPRa) es la técnica de referencia para la corrección del prolapso de órganos pélvicos (POP), con buenos resultados de eficacia y seguridad a largo plazo y baja tasa de recurrencia posterior. El objetivo de este estudio es la descripción de una serie de casos en nuestro centro.

Material y Métodos

Se realiza un análisis descriptivo de 257 pacientes intervenidas de CSPL/CSPRa (2014-2025). Se utilizó Chi-cuadrado para valorar la asociación de complicaciones con la colocación de cabestrillo suburetral (TOT) simultáneo.

Resultados

La mediana de edad de la muestra fue de 64 años [37-86] con un IMC medio de 28,53. En cuanto a características preoperatorias, el 51% tenía incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y un 25,7% de urgencia. El 75,5% de las pacientes presentaban sensación de bulto vaginal, dolor suprapúbico en un 29,3% y disfunción del vaciado en el 21,1%. El 82,6% presentaban problemas urinarios, en su mayoría infecciones urinarias de repetición. Un 98,8% de las pacientes tenían cistocele (54,9% con grado III en clasificación de POPq), el 63,42% rectocele y el 22,57% histerocele. La técnica quirúrgica fue principalmente CSPL (95,7%). En el 81,3% se colocó malla en compartimentos anterior y posterior. Además, en un 21,4% se colocó de manera simultánea TOT (2014-2018). El 89% de las pacientes se mostraron satisfechas consiguiendo corrección de POP en el 94% y un 7% recidivó. Un 35,8% presentó IUE posterior, de las cuales, el 14,8% era de novo (IUE oculta). La tasa global de complicaciones fue del 11,7% siendo significativamente mayor en casos con TOT simultánea (23,6%) que en los casos que no llevaron TOT (8,5%) ($p < 0,05$).

Conclusiones

La CPSL/CPSPRa son técnicas seguras y eficaces para la corrección de POP, con una baja tasa de complicaciones y gran éxito funcional y anatómico. La aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo oculta es un hallazgo relevante que debe ser considerado en la evaluación preoperatoria. De manera significativa, se demostró como la colocación de TOT simultánea supone un mayor riesgo de complicaciones.

Palabras clave

Colposacropexia, prolapso, complicaciones.

P6 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS TUMORES TESTICULARES DIAGNOSTICADOS EN NUESTRO ÁREA SANITARIA EN LOS 10 ÚLTIMOS AÑOS

Rodríguez-Rivera Sánchez, J.; Ruibal Gago, L.; Sousa Iglesias, Á.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Otero Núñez, J.; Chaves Santamaria, M.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

El cáncer testicular es una neoplasia poco frecuente. Representa el 1% de todas las neoplasias sólidas en varones y el 5% de neoplasias de origen urológico. Es la neoplasia sólida más frecuente en varones jóvenes entre 20-40 años. Con una incidencia creciente en las últimas décadas, presenta unas tasas de curación elevadas.

Material y Métodos

Análisis retrospectivo descriptivo de los tumores testiculares diagnosticados en nuestro centro entre enero 2016 y diciembre 2025 en el Hospital Montecelo de Pontevedra y el Hospital Salnés. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS [v31.0.2.0].

Resultados

De las 185 orquiectomías realizadas en nuestro centro en dicho periodo, presentaron un cáncer testicular un total de 81 pacientes. (43.78%). La edad media de los pacientes fue de 40 años (Min. 7 - Max. 80 años). El 18.5% de los pacientes (15) presentaron algún factor de riesgo (atrofia, criptorquidia, infertilidad, cancer testicular previo y cirugía testicular previa). El síntoma más frecuente por el que se consultó en un primer momento fue la masa testicular indolora en 28 pacientes (34.56%). Los marcadores tumorales fueron negativos en 44 pacientes (54.32%). El tipo histológico más diagnosticado fueron los tumores seminomatosos (43.2% - 35 pacientes), seguidos de los no seminomatosos (38.27% - 31 pacientes). Un 22.22% (18 pacientes) presentó invasión linfocelular y un 8.64% (7 pacientes) invasión de la rete testis. El 11.11% (9 pacientes) mostraron metástasis al diagnóstico. 41 pacientes (50.6%) recibieron quimioterapia adyuvante tras la cirugía y solamente 4 de ellos radioterapia. Con una mediana de seguimiento de 5.2 años, la supervivencia global estimada a 5 años en nuestra muestra fue del 96.3%.

Conclusiones

El diagnóstico precoz, el abordaje multidisciplinar y los protocolos de tratamiento oncológico actuales, proporcionan mejor pronóstico y altas tasas de curación incluso en estadios avanzados convirtiendo los tumores de testículo en un modelo de cáncer curable.

Palabras clave

Cáncer, testicular, descriptivo.

P7 - DE TUMOR TESTICULAR A SARCOIDOSIS GENITOURINARIA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Tarrío Vecino, M.; Garrido Darriba, A.; Rincón González, L.; Wrzeczczynska, M.;
Fernández Duque, A.; Martínez Corral, R.; Garcia Freire, C.; Saavedra Golan, A.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción

La sarcoidosis es una enfermedad sistémica que comúnmente afecta al sistema linfático y a los pulmones. Aunque es muy poco frecuente (<0,2%), también puede afectar al sistema genitourinario, siendo el epidídimo la localización más común. En estos casos, el diagnóstico diferencial es principalmente con procesos neoplásicos (tumor testicular o linfoma), así como procesos granulomatosos infecciosos (tuberculosis o brucelosis).

Objetivo

Presentar el caso de paciente con sarcoidosis con afectación testicular, micronódulos pulmonares, adenopatías mediastínicas, abdominales y probable afectación esplénica diagnosticado mediante biopsia epididimaria.

Material y Métodos

Se presenta el caso de un varón de 34 años, sin antecedentes relevantes, derivado a consultas de Urología por dolor testicular y aumento de volumen e induración a nivel de ambos testículos desde hace 8 meses. En la ecografía escrotal, se describen múltiples lesiones hipocogénicas vascularizadas en ambos testículos, los cuales se encuentran aumentados de tamaño y con ecogenicidad heterogénea. Ante dichos hallazgos, se completa el estudio con marcadores tumorales (alfa-fetoproteína, b-HCG y LDH) que son negativos. El TC tóraco-abdomino-pélvico muestra hallazgos sugestivos de enfermedad granulomatosa en parénquima pulmonar bilateral y en bazo con lesiones con cavitación central, así como adenomegalias hiliomediastínicas y en hilio hepático, retroperitoneales y en cadenas ilíacas externas. La resonancia magnética testicular describe las mismas lesiones en ambas cabezas de los epidídimos que en la ecografía, bilaterales y con realce de contraste, sugestivas de sarcoidosis como primera posibilidad. Los resultados microbiológicos son negativos para *Mycoplasma genitalium* y BK. Se decide realizar biopsia de epidídimos para completar el diagnóstico.

Resultados

Se intentó biopsia de lesiones mediastínicas mediante EBUS, pero no se obtuvo adecuado material para el estudio por las calcificaciones.

Se toman con aguja de biopsias 1 cilindro para microbiología, y 3 cilindros para Anatomía Patológica, con la confirmación histopatológica de inflamación granulomatosa no necrotizante compatible con sarcoidosis. Con las técnicas de histoquímica [Tinciones de PAS, Warthin-Starry y Ziehl-Neelsen] no se han demostrado microorganismos.

Conclusión

En pacientes jóvenes con afectación testicular bilateral se debe incluir, dentro del diagnóstico diferencial, la sarcoidosis genitourinaria. Un diagnóstico precoz mediante biopsia permite un manejo conservador evitando la orquiectomía y las consecuencias asociadas.

P8 - ENUCLEACIÓN PROSTÁTICA MEDIANTE LASER DE HOLMIO VS ADENOMECTOMIA LAPAROSCÓPICA EN PRÓSTATAS DE GRAN TAMAÑO: PRACTICA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Introducción

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una patología muy frecuente en nuestro medio. En casos de próstatas de gran volumen, el tratamiento quirúrgico se presenta como la opción más efectiva, utilizando técnicas como la enucleación mediante láser de holmio (HoLEP) o la adenomectomía laparoscópica

Objetivos

Realizar un estudio comparativo sobre los resultados peri y postoperatorios en paciente con próstatas de alto volumen (>100cc), intervenidos mediante enucleación por láser vs adenomectomía laparoscópica, en nuestro centro.

Material y Métodos

Se realiza un estudio comparativo retrospectivo, incluyendo a 129 pacientes, intervenidos entre enero de 2021 y junio de 2025. De estos, 37 fueron sometidos a HoLEP y 92 a adenomectomía laparoscópica. Los grupos fueron comparables en características basales como edad, grupo ASA y tratamiento con anticoagulantes.

Resultados

Los resultados mostraron que los pacientes sometidos a enucleación mediante laser tuvieron un tiempo quirúrgico significativamente menor (90 minutos frente a 165 minutos; $p < 0,001$), así como una reducción en los días de ingreso (2 vs. 3 días; $p < 0,015$) y los días de sonda (3 vs. 7 días; $p < 0,001$). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a complicaciones postquirúrgicas (19% en HoLEP vs. 25% en adenomectomía laparoscópica; $p = 0,460$), reingresos (2,7% en HoLEP vs. 6,5% en adenomectomía laparoscópica; $p = 0,402$) ni asistencias a urgencias (16,2% en HoLEP vs 15,2% en adenomectomía laparoscópica; $p = 0,906$).

Conclusiones

Actualmente, la enucleación mediante laser de Holmio se considera el gold estándar para el tratamiento quirúrgico de la HBP, incluso en próstatas de alto volumen. Nuestros resultados confirman las ventajas de esta técnica y múltiples aspectos perioperatorios.

Palabras clave

HBP, Adenomectomía laparoscópica, HoLEP.

P9 - ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO ENTRE NEUROMODULACIÓN DEL TIBIAL POSTERIOR DE MANERA UNILATERAL VS BILATERAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA

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

Objetivos

Comparar la eficacia de la NMTP unilateral frente a la bilateral en mujeres con VH idiopática.

Material y Métodos

Se compararon 2 cohortes de manera retrospectiva de 51 mujeres con VH idiopática. El grupo 1 (n=25) recibió NMTP unilateral y el grupo 2 (n=26) recibió NMTP bilateral. Ambos grupos recibieron 1 sesión semanal durante un total de 12 semanas. Los pacientes fueron evaluados mediante diario miccional de 3 días (frecuencia miccional diurna-FMD- y nocturna-FMN-, episodios diarios de incontinencia), uso de cuestionarios validados como el OABV8 y CAVC, así como grado de satisfacción con el tratamiento (escala Likert).

Resultados

Ambos grupos fueron homogéneos, no encontrándose diferencias significativas entre ellos. Los resultados encontrados son congruentes con los publicados previamente. No se encontraron diferencias significativas entre ambos tratamientos, en cuanto a la FMD o FMN tras el tratamiento, ni tampoco en la tasa de respuesta al tratamiento mediante los cuestionarios validados.

Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grado de satisfacción de los pacientes y en el número de episodios de incontinencia diaria, con una mayor satisfacción de los pacientes tratados con NMTP bilateral (3,88 para el grupo 1 frente a 4,35 para el grupo 2, $p < 0,021$) y una mayor reducción en el número de episodios de incontinencia para los pacientes tratados con NMTP bilateral (1,5 para el grupo 1 frente a 0,5 para el grupo 2, $p < 0,0001$).

Conclusiones

Tanto la NMTP unilateral como la bilateral demostraron una eficacia clínica similar para el tratamiento de las mujeres con vejiga hiperactiva idiopática, siendo la terapia bilateral más eficaz en cuanto al grado de satisfacción y a la reducción en el número de episodios de incontinencia diaria.

P10 - IMPACTO DEL VOLUMEN TUMORAL Y DEL TIEMPO HASTA CIRUGÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA DE ALTO RIESGO TRATADOS MEDIANTE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo

Evaluar el impacto del volumen tumoral y del tiempo hasta la cirugía en los resultados oncológicos tras prostatectomía radical (PR) en pacientes con cáncer de próstata de alto riesgo (CPAR).

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de cohortes. Seleccionamos 285 pacientes con CPAR según criterios EAU (ISUP ≥ 4 , PSA ≥ 20 ng/mL y/o $\geq cT2c$) tratados mediante PR entre 2000-2025. Análisis univariante (Kaplan-Meier) y multivariante (regresión de Cox y logística).

Resultados

La mediana de seguimiento fue 70 meses.

La media de edad fue 66,4 años (46-77) y el PSA medio 20,5 ng/mL (2,5-1309). El 29,4% presentaron $cT \geq 2c$ e ISUP ≥ 4 el 56%. El porcentaje medio de cilindros afectados fue del 50,8% (DE 30,9). La mediana de tiempo hasta PR fue de 4 meses.

El 25% mostró supraestadiaje de ISUP en pieza. El 36% y 60% presentaron persistencia y recidiva bioquímica (RB), respectivamente. El 20% desarrollaron metástasis (M) y el 11% CPRC.

Análisis de supervivencia a 5 años: cáncer-específica 95,6%, libre de RB 30%, libre de M 83,3%.

Los pacientes con $\leq 50\%$ de cilindros positivos presentaron mejor supervivencia libre de RB ($p < 0,001$), sin diferencias según demora > 4 meses ($p=0,074$).

Análisis multivariante de Cox ajustado por cT, ISUP y PSA: el porcentaje de cilindros positivos se asoció de forma independiente con mayor riesgo de M (HR 1,013 por cada 1%; IC95% 1,007–1,019; $p < 0,001$). La espera quirúrgica > 4 meses no influyó en el desarrollo de M (HR 1,20; IC95% 0,85–1,70; $p = 0,31$).

Regresión logística, la espera > 4 meses no se asoció a surpaestadiaje (OR 1,48; IC95% 0,74–2,36; $p = 0,27$) tras ajustar por PSA, ISUP en biopsia, % de cilindros y cT.

Conclusiones

El CPAR es una entidad heterogénea con elevada probabilidad de progresión y recidiva, la PR es parte de un enfoque multimodal.

La carga tumoral en biopsia se asocia de forma independiente con mayor riesgo de RB y M. La espera quirúrgica > 4 meses no influye en los resultados oncológicos en nuestra serie.

Palabras clave

Próstata, demora quirúrgica, carga tumoral.

P11 - MODELO RADIOLÓGICO PREOPERATORIO PARA IDENTIFICAR ENFERMEDAD NO ÓRGANO CONFINADA EN CÁNCER VESICAL

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

La estadificación precisa de pacientes con cáncer de vejiga músculo invasivo es fundamental en la planificación del tratamiento perioperatorio. El TAC aporta información sobre afectación ganglionar, extensión extravesical y uropatía obstructiva. Evaluar el valor predictivo combinado de estos hallazgos puede ayudar a identificar enfermedad no órgano confinada antes de la cistectomía radical.

Objetivos

Objetivo principal: evaluar un modelo preoperatorio basado en hallazgos de TAC para predecir enfermedad no órgano confinada (NOC), definida como $\geq pT3$ y/o $pN+$ en pacientes sometidos a cistectomía radical (CR).

Objetivo secundario: evaluar el impacto del tiempo desde la última RTU vesical al estudio de extensión en los hallazgos radiológicos.

Métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico: Seleccionamos pacientes intervenidos de CR por neoplasia vesical en los últimos 10 años con TAC de extensión preoperatorio. Se excluyeron los pacientes que recibieron neoadyuvancia.

Se construyó un modelo logístico con variables del TAC: uropatía obstructiva, sospecha ganglionar (cN+) y afectación de grasa perivesical. Se evaluó discriminación mediante AUC-ROC. El tiempo RTU-TAC se categorizó en <30 días y >30 días, comparándose hallazgos radiológicos con χ^2 /Fisher.

Resultados

Se incluyeron 163 pacientes; 76 (46,2%) presentaron NOC.

En el TAC preoperatorio, 63 presentaron uropatía obstructiva, 19 cN+, y 36 afectación de grasa perivesical. En el modelo multivariable, la uropatía obstructiva (OR 2,99;

IC95% 1,50–5,99; $p=0,002$) y cN+ (OR 3,62; IC95% 2,29–32,26; $p=0,001$) se asociaron de forma independiente con NOC. El modelo mostró un área bajo la curva (AUC) de 0,773 (IC95% 0,698–0,847; $p<0,001$).

Para la detección de NOC, la uropatía obstructiva fue más sensible que la afectación de grasa perivesical (52,6% vs 28,9%), mientras que la afectación de grasa perivesical presentó mayor especificidad (83,9% vs 73,6%).

En el subanálisis, el TAC <30 días tras RTU se asoció con mayor frecuencia de cN+ (20,7% vs 5,8%; $p=0,024$), sin diferencias significativas en falsos positivos ganglionares ($p=0,229$).

Conclusión

Un modelo basado en TAC preoperatorio identifica pacientes con mayor riesgo de NOC tras CR. La uropatía obstructiva presenta mayor sensibilidad que la afectación de la grasa perivesical. El tiempo entre RTU y TAC no se asoció a mayores tasas de falsos positivos ganglionares.

P12 - RESULTADOS EN CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON DERIVACIÓN EXTRACORPÓREA VS ROBÓTICA INTRACORPÓREA EN PACIENTES CON PROTOCOLO FAST TRACK

Montero Gómez, E.; Bianchi Stilman, R.; Goiecochea Rey, M.; Antequera Granados, A.; Requeijo Cendán, A.; Fresco Iglesias, L.; da Cruz Soage, N.; Molinos Mayo, J.; Diz Gil, R.; Abeijón Piñeiro, C.; Montero Fabuena, R.; Pereira Beceiro, J.P.; González Blanco, A.A.; Rodríguez Alonso, A.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Objetivo

Evaluar el impacto del abordaje robótico con derivación intracorpórea frente al laparoscópico con derivación extracorpórea en pacientes optimizados con protocolo FAST TRACK en las complicaciones precoces (CP) y tardías (CT).

Métodos

Estudio retrospectivo unicentrico: seleccionamos a 83 pacientes sometidos a cistectomía radical con protocolo de FAST-TRACK realizadas desde 2019.

G1: n= 39 cistectomía laparoscópica con derivación extracorpórea (CLDE);

G2: n=44 cistectomía robótica con derivación intracorpórea (CRDI).

Resultados

La mediana de seguimiento fue 14 meses.

La media de edad fue 68,44 vs 69,6 años. No hubo diferencias entre grupos en sexo, ASA, IMC, cT >2, cN, neoadyuvancia y uropatía obstructiva al diagnóstico.

El tiempo quirúrgico medio fue 251 vs 246 minutos, el tiempo hasta reinicio de tránsito digestivo fue de 4 vs 3 días. Hubo diferencias significativas en la estancia hospitalaria media entre G1 16,30 vs G2 11,79 días. Derivación tipo Bricker: G1= 29 vs G2= 32.

El 28,2% de los pacientes presentaron CP (< 90 días) Clavien-Dindo ≥ III tras CLDE vs el 18,6% tras CRDI. El 49,5% CT (≥ 90 días) tras CLDE vs el 29,9% tras CRDI.

Regresión logística para CP Clavien–Dindo ≥ III ajustado por edad, FGe prequirúrgico, tipo de derivación, ASA y técnica: no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la probabilidad de complicaciones mayores según la vía de abordaje (OR 1,94 IC95% 0,44–8,50; p=0,378).

Regresión logística para transfusión durante el ingreso ajustada por edad, FGe, tipo de derivación, ASA y abordaje: la CLDE mostró una tendencia a mayor probabilidad de

transfusión (OR 2,95 IC95% 0,84–10,32; $p=0,091$) respecto a CRDI. Los pacientes con FGe >90 presentaron una reducción significativa de la transfusión (OR 0,14; IC95% 0,03–0,75; $p=0,021$).

Regresión de Cox para CT ajustado por edad, uropatía obstructiva, tipo de derivación y vía de abordaje: la CLDE se asoció de forma significativa con mayor riesgo de complicaciones tardías (HR 2,39; IC95% 1,12–5,12; $p=0,025$).

Conclusiones

En nuestra serie, la CRDI se asocia a menor estancia hospitalaria y menor riesgo de complicaciones tardías. No existen diferencias significativas entre técnicas y complicaciones precoces. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento.

P13 - OPTIMIZACIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS EN UROLOGÍA MEDIANTE INTELIGENCIA ARTIFICIAL GENERATIVA: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA

Hernández Calama, E.; Arnejo Pereiro, C., Rodriguez Molina, D.; Vilariño Sobrado, A.; Morillas de Diego, M.; Iglesias Alvarado, J. R.; Casas Nebra, F. J.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

Objetivos

Definir un protocolo metodológico riguroso para la producción de revisiones sistemáticas de literatura (SLR) en urología, integrando herramientas de Inteligencia Artificial (IA) para optimizar la eficiencia del investigador y mejorar la calidad de la síntesis de evidencia clínica.

Material y Métodos

Se adaptó el marco PICOS (Población, Intervención, Comparador, Resultado y Diseño de estudio) a la práctica clínica urológica para estructurar búsquedas bibliográficas replicables. El protocolo integra la metodología PRISMA 2020 y emplea herramientas de IA en fases secuenciales: 1) Consensus y Elicit para la identificación de términos MeSH y literatura indexada en PubMed y Scopus; 2) Rayyan para el cribado asistido por IA; y 3) NotebookLM para la extracción de datos clínicos y métricas oncológicas mediante su mecanismo de source grounding, que vincula cada dato a la página exacta del estudio original para evitar alucinaciones. Se incluyeron escalas de evaluación de sesgo como RoB 2 y GRADE para juzgar la fiabilidad de los hallazgos.

Resultados

La implementación de este flujo de trabajo permite gestionar el crecimiento exponencial de la literatura urológica, optimizando procesos que tradicionalmente requieren meses de ejecución. El uso de asistentes de IA acelera la síntesis de resultados y la identificación de vacíos de investigación, reduciendo potencialmente el tiempo de redacción de un artículo de revisión de alta calidad. La verificación mediante NotebookLM garantiza que parámetros críticos (como tasas de supervivencia o niveles de PSA) mantengan la máxima precisión factual al estar anclados exclusivamente en los documentos subidos por el investigador.

Conclusiones

La integración de herramientas de IA en la investigación urológica constituye un avance significativo para la síntesis de evidencia, siempre que se utilice como asistente y no como autor. Es fundamental que el investigador mantenga el juicio clínico final y declare con transparencia el uso de estas tecnologías en la metodología para cumplir con los estándares éticos actuales.

P14 - PERFIL DE TOLERABILIDAD AL TRATAMIENTO CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO-INVASIVO (CVNMI) DE ALTO RIESGO EN NUESTRO CENTRO

Morillas de Diego, M.; Arnejo Pereira, C.; Rodríguez Molina, D; Hernández Calama, E; Vilariño Sobrado, A; Iglesias Alvarado, J. R.; Casas Nebra, J.

Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

Objetivos

- Analizar las principales toxicidades e intolerancias que ocasionan la interrupción del tratamiento con BCG.
- Comparar nuestros resultados con los datos publicados en los últimos ensayos clínicos internacionales (CREST y POTOMAC).

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de cohorte única de pacientes con CVNMI de alto riesgo tratados con BCG intravesical en el Hospital Universitario Lucus Augusti entre los años 2022 y 2026. El análisis de perfil de seguridad incluyó la valoración de los efectos adversos durante las fases de inducción y mantenimiento, así como la tasa de discontinuación atribuible a toxicidad.

Resultados

En cuanto a las toxicidades, de los 99 pacientes que iniciaron el protocolo con BCG, un 47,5% presentó algún evento adverso durante el tratamiento. La incidencia fue similar entre las fases de inducción (30,3%) y mantenimiento (29,3%), sin diferencias significativas. Las infecciones urinarias/cistitis fueron el evento más frecuente (39,4%), seguidas de fiebre (10,1%), hematuria (5,1%) y sepsis (6,1%), malestar general (3%) y epididimitis (1%). La tasa de interrupción del tratamiento por toxicidad fue del 6,1%, equivalente a la descrita en los ensayos clínicos internacionales usados como comparación.

Conclusiones

Por tanto, aunque la incidencia de sepsis post BCG que obtuvimos fue superior a la referida en series clásicas (EORTC), el resto del perfil de tolerabilidad resultó comparable al publicado.



PÓSTERS

En conjunto, nuestra serie muestra una aceptable seguridad en la práctica clínica real, con tasas de toxicidad y discontinuación similares a los grandes ensayos internacionales.

Además cabe destacar que nuestra población a estudio presentaban de media mayor edad y mayor incidencia de comorbilidades que la población de los estudios empleados en la comparación, lo cual puede influir en el aumento de interacciones y efectos adversos.

P15 - RESULTADOS ONCOLÓGICOS AL TRATAMIENTO CON BCG EN PACIENTES CON CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO-INVASIVO (CVNMI) DE ALTO RIESGO EN NUESTRO CENTRO.

Morillas de Diego, M.; Arnejo Pereira, C.; Rodríguez Molina, D.; Hernández Calama, E.; Vilariño Sobrado, A.; Iglesias Alvarado, J. R.; Casas Nebra, J.
Servicio de Urología, Hospital Universitario Lucus Augusti (HULA). Lugo.

Objetivos

- Analizar los resultados del tratamiento con BCG en pacientes con CVNMI de alto riesgo en nuestro hospital.
- Evaluar el impacto de la adecuación del tratamiento sobre la supervivencia libre de evento (EFS).
- Comparar nuestros resultados con los ensayos clínicos internacionales (CREST y POTOMAC).

Material y Métodos

Se incluyeron un total de 99 pacientes con CVNMI de alto riesgo tratados con BCG intravesical en el HULA entre 2022 y 2026. Se recogieron características basales del paciente, tumorales, y realizamos un estudio observacional retrospectivo de cohorte única, obteniendo datos sobre EFS y recurrencias.

Resultados

Con una mediana de seguimiento de 17 meses, la EFS a 12 meses fue del 87,2%, comparable a los brazos de control de los ensayos clínicos internacionales.

Al estratificar por adecuación al tratamiento, la EFS a 12 meses fue del 98,2% en el grupo BCG adecuada frente al 82,6% en el grupo BCG inadecuada (HR=0.22) lo que supone una reducción del riesgo de recaída del 78%. En cuanto al perfil de toxicidades, no se observaron diferencias significativas en eventos adversos globales, salvo una mayor tasa de ITU durante el mantenimiento en el grupo BCG adecuado, esperable dado el mayor número de instilaciones recibidas.

Cabe destacar que en ninguna de las recurrencias se objetivó invasión linfovascular ni variante agresiva en hasta el 90% de los casos.

Conclusiones

Por tanto, podemos afirmar que la serie HULA presenta una eficacia comparable a los principales ensayos internacionales. La adecuación del tratamiento con BCG se asocia de forma significativa a una mayor EFS, con un perfil de toxicidad asumible. Esto permite identificar dos grupos diferenciados entre los no respondedores: pacientes con fracaso verdadero a BCG adecuada y aquellos con fallo relacionado con un tratamiento incompleto, con implicaciones pronósticas y terapéuticas relevantes.

P16 - RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA CITOLOGÍA URINARIA PREOPERATORIA EN EL CARCINOMA UROTELIAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR.

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

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol

Introducción

La citología urinaria (CU) forma parte del estudio preoperatorio habitual del carcinoma urotelial del tracto urinario superior (CUTUS), aunque su utilidad para predecir la invasividad tumoral y la agresividad histológica continúa siendo controvertida. El objetivo de este estudio fue evaluar el rendimiento diagnóstico de la CU preoperatoria para la detección de enfermedad invasiva (\geq pT2) y analizar su asociación con el grado histológico definitivo en la pieza quirúrgica.

Material y Métodos

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó 194 pacientes intervenidos mediante nefroureterectomía radical o ureterectomía distal por CUTUS en nuestro centro entre 1993-2025. Se analizó la capacidad de la CU preoperatoria para predecir enfermedad invasiva mediante el cálculo de sensibilidad, especificidad y curvas ROC. Asimismo, se evaluó la asociación entre citología preoperatoria y grado histológico final (bajo frente a alto grado) mediante el test exacto de Fisher, estimándose la magnitud de la asociación mediante odds ratio (OR).

Resultados

La media de edad fue 71.41 años; 69.5% varones; 58.4% fumadores. 32.8% presentaron insuficiencia renal preoperatoria. 61,7% de los tumores se localizaron en pelvis renal/cálices. Se realizaron reno-ureteroscopias diagnósticas en un 15.2% de los casos. 47% de las citologías preoperatorias fueron positivas. El 41.1% de los TUS eran categoría <pT2, 12.7% con afectación ganglionar regional. El 30.7% presentó cáncer vesical previo a CUTUS y 29.7% posteriormente (72.9%<T2).

La CU mostró una sensibilidad del 56 % y una especificidad del 59,7 % para la identificación de enfermedad invasiva (\geq pT2). La capacidad discriminativa global fue

baja, con un área bajo la curva ROC de 0,578 (IC 95%: 0,488–0,668). No se observó una asociación estadísticamente significativa entre la citología preoperatoria y el grado histológico en la pieza quirúrgica (test exacto de Fisher, $p=0,216$), aunque se evidenció una tendencia no significativa hacia una mayor probabilidad de tumores de alto grado en pacientes con citología positiva (OR 1,58).

Conclusiones

En nuestra serie, la CU preoperatoria mostró una baja capacidad para predecir invasividad y grado histológico en el carcinoma urotelial del tracto urinario superior, por lo que su utilidad aislada es limitada y debe considerarse complementaria dentro de una evaluación clínica integral.

Palabras clave

Citología, carcinoma de tracto urinario superior, invasividad.

P17 - RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y FUNCIONALES DE LA NEFRECTOMÍA PARCIAL EN NUESTRO CENTRO: ANÁLISIS DE TRIFECTA, PENTAFECTA Y EVOLUCIÓN TEMPORAL

Sousa Iglesias, Á.; Rodríguez- Rivera Sánchez, J.; Ruibal Gago, L.; Siles Hinojosa, P.; Echeverría Cruz, C.; Chaves Santamaría, M.; Núñez Otero, J. J.; González Dacal, J. A.; Zarraonandía Andraca, A.; Fernández Baltar, C.; Rodríguez Núñez, H.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

Objetivos

Analizar los resultados perioperatorios, funcionales y la tasa de trifecta y pentafecta en pacientes sometidos a nefrectomía parcial en nuestro centro entre 2019 y 2025.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo unicéntrico de 165 pacientes intervenidos de nefrectomía parcial entre 2019 y 2025. Se recogieron variables demográficas, tumorales, quirúrgicas y funcionales. Se analizaron complicaciones, clasificadas según la Clavien-Dindo classification, así como cambios en creatinina, filtrado glomerular estimado (eGFR) y consecución de trifecta y pentafecta.

Resultados

La edad media fue de $62,2 \pm 12,5$ años, con predominio masculino (66,1%). El índice de masa corporal medio fue de $28,7 \pm 4,7$ kg/m². El 50,3% de los pacientes presentaba hipertensión arterial, el 53,9% dislipemia y el 18,2% diabetes mellitus, con cirugía abdominal previa en el 41,2%.

El 72,7% de las lesiones fueron malignas, presentando el 34,2% un estadio patológico superior a pT1a. El RENAL score medio fue de $7,0 \pm 1,9$, con un 10,4% de tumores de alta complejidad.

El abordaje fue predominantemente transperitoneal (84,2%). El tiempo quirúrgico medio fue de $138,6 \pm 45,2$ minutos y el tiempo de isquemia de $14,9 \pm 11,0$ minutos, realizándose isquemia cero en el 28% de los pacientes. La estancia mediana fue de 3 días.

La tasa de complicaciones intraoperatorias fue del 15% y las postoperatorias del 23%, siendo la tasa de complicaciones mayores (Clavien \geq III) del 8,5%.

En relación con los resultados funcionales, la hemoglobina descendió significativamente en el postoperatorio inmediato ($13,9 \pm 1,4$ g/dL vs $12,2 \pm 1,8$ g/dL; p

< 0,001). El eGFR descendió levemente tras la cirugía (89,6 vs 86,5 mL/min/1,73 m²; p=0,017), con preservación \geq 90% en el 78,5% de los pacientes a los 3 meses y en el 76,2% a los 12 meses.

La trifecta se alcanzó en el 61,7% de los pacientes y la pentafecta en el 45,7% a 3 meses y en el 44,6% a los 12 meses.

Conclusiones

La nefrectomía parcial en nuestro centro presenta un adecuado perfil de seguridad y preservación funcional. Las tasas de trifecta y pentafecta reflejan una alta calidad quirúrgica, con resultados mantenidos en el tiempo y comparables a la literatura.

P18 - TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA MEDIANTE BALÓN RECUBIERTO DE PACLITAXEL (OPTILUME): EXPERIENCIA INICIAL Y RESULTADOS A CORTO PLAZO EN NUESTRO CENTRO

Rincón González, L. F.; Martínez Corral, R.; Fernandez Duque, A.; Wrzeszczynska, M.; Garrido Darriba, A.; Tarrío Vecino, M.; Garcia Freire, C.; Saavedra Golan, A.; Tato Rodríguez, J.

Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Introducción

La estenosis de uretra es una patología con una incidencia elevada y en aumento, debido a las técnicas transuretrales para el tratamiento de patologías urológicas. Asimismo, presenta una alta tasa de recurrencia. El balón de dilatación recubierto de Paclitaxel (Optilume) permite una dilatación mecánica con liberación local de un agente antiproliferativo que inhibe la fibrosis para evitar la recurrencia de la estenosis.

Objetivo

Análisis retrospectivo de 32 pacientes tratados con dilatación con balón Optilume. Se analizaron variables como la longitud y localización de la estenosis, intervenciones previas y estudios pre- y post-intervención con flujometría (Qmax y RPM) así como clínica asociada mediante cuestionarios validados (IPSS; PROMS).

Resultados

Edad media de los pacientes de 69 años. El 97% eran varones, de los cuales 74% presentaban algún factor de riesgo cardiovascular. Aproximadamente el 50% de los pacientes no tenía antecedente de cirugía uretral ni próstata y el 90% no había sido intervenido de RTU vesical. El 50% precisó de dilataciones uretrales. El 23% de los pacientes portaban sonda permanente, con una media de 44,4 meses.

Las localizaciones más frecuentes de la estenosis fueron a nivel de uretra bulbar (60%), uretra membranosa (10%) y a nivel del injerto de uretroplastia previa (10%). El 69% presentaban una única estenosis con una longitud media de 10mm [10-16,5].

El tiempo quirúrgico medio fue de 32,4 min, en todos los casos con anestesia raquídea y en posición decúbito supino en un 67%. Se utilizó control radiológico en el 30% de las intervenciones. Todos los balones de dilatación Optilume eran de 30Fr de diámetro y 5cm de longitud; utilizándose 10 atm de presión y 10 min de inflado.

Los resultados a corto plazo mostraron un Q_{max} de 19 mL/s al mes y 13,5 mL/s a los 3 meses de mediana, con un RPM de 13,5ml y 20ml respectivamente. La presencia de STUI, medido a través del cuestionario PROMS, fue de 3 puntos, con una mejoría subjetiva en el 80% de los casos. Solo se objetivo recidiva de estenosis en 1 paciente.

Conclusión

El uso del balón de dilatación uretral Optilume ha demostrado ser una técnica segura y mínimamente invasiva con resultados que, a corto y medio plazo, muestran una mejoría significativa tanto funcional como sintomática.

P19 - TROMBOSIS DE VENA ESPERMÁTICA: EL DIAGNÓSTICO DESCONOCIDO EN EL DOLOR ESCROTAL AGUDO.

Garrido Darriba, A.; Tarrío Vecino, M.; Rincón González, L.; Wrzeczynska, M.;
Fernández Duque, A.; Martínez Corral, R.; García Freire, C.; Saavedra Golan, A.
Servicio de Urología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela

Objetivo

Estudio de la trombosis de vena espermática, desde el proceso diagnóstico hasta el manejo terapéutico, a partir de un caso clínico. La importancia de la ecografía en la patología escrotal.

Material y Métodos

Revisión del caso clínico de un varón de 35 años, con antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal, valorado en Urgencias por Urología por dolor testicular de semanas de evolución. Tratado con antibioterapia por sospecha de orquiepididimitis aguda con nula mejoría. A la exploración física, destaca un aumento de volumen e induración a nivel de cabeza del epidídimo izquierdo, menor a 2cm, doloroso a la palpación. Analítica sanguínea con parámetros en rango. Se solicita ecografía escrotal donde no se observan signos de epididimitis, pero describen una imagen compatible con trombosis de vena espermática. Se realiza una revisión bibliográfica de dicha patología sobre diagnóstico y manejo de esta.

Resultados

La ecografía Doppler describe varicocele bilateral, discreto derecho y moderado izquierdo, así como una imagen quística con componente sólido en su interior e indeterminada de aproximadamente 6mm en la región inferior del cordón espermático izquierdo. Dichos hallazgos son compatibles con trombosis de vena espermática izquierda. Se solicita TC abdomino-pélvico para descartar patología neoplásica subyacente y es valorado por Hematología para estudio de trastornos de la coagulación. Se indicó tratamiento con AINEs y enoxaparina dosis terapéuticas (120UI cada 25 horas) durante 1 mes y corticoterapia en dosis descendentes durante 15 días. Se realiza ecografía escrotal de control a las 5 semanas con resolución completa de la patología tanto clínica como radiológica.

Conclusión

La trombosis de vena espermática es una entidad poco frecuente e infradiagnosticada que puede simular cuadros como la orquiepididimitis, retrasando su diagnóstico. Debe considerarse en casos de mala evolución clínica y requiere un estudio etiológico dirigido. La ecografía Doppler es clave para su identificación y permite un manejo conservador eficaz, evitando intervenciones innecesarias.



Nuestro más sincero agradecimiento a las

EMPRESAS PATROCINADORAS



EMPRESAS COLABORADORAS





SOCIEDAD GALLEGA DE UROLOGÍA



Imágenes cedidas por Dr. Venancio Chantada Abal



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