

## **XXII Congreso ACLU**

Sesión: Sesión 2 de comunicaciones (segunda parte: pósters más significativos)

Sala: ; Día: sábado 19 de octubre; Hora: 11:00-12:00

---

### **P-36: TRIPLE NEURECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA**

Gutiérrez Carrillo, G; de Arriba Alonso, M; Gutiérrez Fernández, A; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Molina Bravo, M; García Sanz, M; Hevia Suárez, M; Renedo Villar, T; Gracia Francis, C; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA

*Complejo Asistencial Universitario de León*

### **P-37: Análisis de las Cistectomías realizadas en el Hospital de Salamanca entre 2007-2019**

Noya Mourullo, A.; Marcos Asensio, S.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Losada, A.; García Gómez, F.; Coderque Mejía, M.P.; Virseda Rodríguez, A. J.; Heredero Zorzo, O.; Eguíluz Lumbreras, P.; Palacios Hernández, A.; Martín Parada, A.; Herrero Polo, M.; Herrera Puerto, J.; Cañada de Arriba, F.; García García, J.; Gómez Veiga, F.A.

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

### **P-38: Urgencias Uro-Andrológicas infrecuentes.**

Martínez Pinilla, Gerardo; Guinda Sevillano, Carlos; Marfil Peña, Carmen; Palacios Valencia, Luz; Miguelez Martínez, Leticia; Hernández Artus, Yamandú; Arnáiz Esteban, José; Marron Penon, Maria; Guinda Moreno, Jorge; Arnáiz Jiménez, Félix

*Complejo Hospitalario de Soria.*

### **P-39: SERIE HISTÓRICA DEL CÁNCER RENAL CON TROMBO EN CAVA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA**

MARTÍN HERNÁNDEZ, MARIO; POLO LÓPEZ, CARLOS; PRIETO NOGAL, SARA BELÉN; VALVERDE MARTÍNEZ, L.SEBASTIÁN; GRINARD DE LEÓN, EDWIN; RODRÍGUEZ CRUZ, MARIA ISABEL\*; GÓMEZ TEJEDA, LUIS MIGUEL

*COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA; \*HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN*

### **P-40: MILLIN LAPAROSCÓPICO VS MILLIN ABIERTO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR (LUTS)**

Montero Torres, J.; Lombardo, R.; Domínguez Fernández, M.H.; Blanco Martín, E.; González Dacal, J.A.; Rodríguez Núñez, H.; Plaza Alonso, C.; Vilchez Costas, A.I.; Barreiro Mallo, A.; Zarraonandia Andraca, A.; Ruibal Moldes, M.; Rivero Cardenas, A.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

### **P-41: Resultados del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina (IUE) con fisioterapia de primera intención (FT) frente a FT coadyuvante después de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria femenina (IUE) según la técnica utiliza**

García Gómez, Francisco; Hernández Sánchez, Teresa; Rocha De Losada, Alberto; Lopez Dominguez, Esther Maria; López Marcos, Joaquin Francisco; Márquez Sanchez, Magaly Teresa; Valverde Martínez, Sebastian; Garcia Garcia, Miguel Angel; Tinajas Saldaña, Antonio; Coderque Mejia ,Monica; Padilla Fernandez, Barbara; García Cenador, María Begoña; Lorenzo Gomez, Maria Fernanda

*COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA*

**P-42: FACTORES QUE RETRASAN LA REINCORPORACIÓN A LA VIDA RUTINARIA DESPUES DE LA CORRECCIÓN DEL CISTOCELE**

Rocha de Lossada, Alberto; Hernandez Sanchez, Teresa; Noya Mourullo, Andrea; Gomez Garcia, Francisco; Licameli Castelli, Pascual Romano; Sanchez Conde, Maria Pilar; Marquez Sanchez, Maria Teresa; Valverde Martinez, Sebastián; Coderque Mejía, Mónica Paola; Padilla Fernandez, Bárbara; Mirón Canelo, José Antonio; Garcia Cenador, María Begoña; Lorenzo Gomez María Fernanda.

*Complejo Universitario de Salamanca*

**P-43: ANÁLISIS DE LA SERIE DE TUMORES VÍA URINARIA SUPERIOR EN EL ÁREA DE SALAMANCA EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS.**

GARCÍA GÓMEZ, FRANCISCO; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, TERESA; ROCHA DE LOSADA, ALBERTO; NOYA MOURULLO, ANDREA; VIRSEDA RODRÍGUEZ, ÁLVARO; MARCOS ASENSIO, SARA; GARCÍA GARCÍA, JAVIER; PALACIOS HERNÁNDEZ, ALBERTO; MARTIN PARADA, ALEJANDRO; HEREDERO ZORZO, OSCAR; EGUILUZ LUMBRERAS, PABLO; GOMEZ VEIGA, FRANCISCO  
*COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA*

**P-44: Necesidad de plantear medidas de prevención de traumatismos urológicos iatrogénicos.**

HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, TERESA; ROCHA DE LOSADA, ALBERTO; NOYA MOURULLO, ANDREA; GARCÍA GÓMEZ, FRANCISCO; VALVERDE MARTÍNEZ, SEBASTIAN; PADILLA FERNÁNDEZ, BÁRBARA; MÁRQUEZ SÁNCHEZ, MAGALY TERESA; MIRON CANELO, JOSE ANTONIO; GARCÍA CENADOR, MARIA BEGOÑA; LORENZO GÓMEZ, MARIA FERNANDA  
*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA*

**P-45: USO DE EXTENSORES EN LA CORRECCIÓN DEL PEYRONIE: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL**

Prieto Nogal, SB; Gallego Matey, A; Grinard de León, EA; Martín Hernández, M; Polo López, CA; Rodríguez Cruz, MI; Valverde Martínez, LS; Gómez Tejeda, LM  
*Complejo Hospitalario de Ávila*

### **TRIPLE NEURECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA**

Gutiérrez Carrillo, G; de Arriba Alonso, M; Gutiérrez Fernández, A; Farrés Rabanal, A; López Martínez, P; Fernández-Samos Fernández, D; Lombardía González de Lera, C; Molina Bravo, M; Garcia Sanz, M; Hevia Suárez, M; Renedo Villar, T; Gracia Francis, C; Sanz Ruiz, A; Casasola Chamorro, J; Alonso Prieto, MA  
*Complejo Asistencial Universitario de León*

#### **INTRODUCCIÓN**

El dolor inguinal crónico post hernioplastia, tiene una incidencia de 5%-15%, independientemente del tipo de abordaje. Es dolor de tipo neuropático, que puede ser muy incapacitante.

#### **OBJETIVO**

Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la inguinodinia post hernioplastia, resultados precoces y descripción de la técnica.

#### **MATERIAL Y METODOS**

Se describe tanto el diagnóstico y criterios de inclusión como la técnica quirúrgica mediante abordaje retroperitoneal en los tres casos realizados hasta el momento, dos laparoscópicas y una asistida por robot. Generalmente se busca realizar triple neurectomía de nervio iliohipogástrico, ilioinguinal y genitofemoral, aunque puede existir variaciones anatómicas. No tuvimos complicaciones en ningún caso, dados de alta en 24 horas, con disminución del EVA al primer día postoperatorio en todos los casos y al mes.

#### **DISCUSIÓN**

La neurectomía retroperitoneal mediante abordaje laparoscópico o asistido por robot, es un método seguro, que en los casos en los que ha habido respuesta en una ocasión a anestésico local, puede ser una buena alternativa para el tratamiento del dolor crónico en este tipo de pacientes

**Análisis de las Cistectomías realizadas en el Hospital de Salamanca entre 2007-2019**

Noya Mourullo, A.; Marcos Asensio, S.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Losada, A.; García Gómez, F.; Coderque Mejía, M.P.; Virseda Rodríguez, A. J.; Heredero Zorzo, O.; Eguíluz Lumbreras, P.; Palacios Hernández, A.; Martín Parada, A.; Herrero Polo, M.; Herrera Puerto, J.; Cañada de Arriba, F.; García García, J.; Gómez Veiga, F.A.  
*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer de vejiga es el segundo tumor urológico más frecuente. Con una frecuencia mayor en el sector masculino, su incidencia va en aumento en el sexo femenino a raíz del aumento del hábito tabáquico en mujeres. Su manejo inicial es la resección de la lesión por vía transuretral, pero cuando nos encontramos ante una enfermedad avanzada el tratamiento de elección es la cistectomía radical con derivación urinaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo observacional de carácter retrospectivo de 197 pacientes sometidos a cistectomía en nuestro servicio entre el 1 de Enero de 2007 y el 30 de Junio de 2019. Realizamos análisis estadístico descriptivo de las características demográficas, patología oncológica previa y hábito tabáquico, tipo de derivación urinaria y mortalidad cáncer específica con SPSS v25.

**RESULTADOS:** En nuestros pacientes la media de edad ha sido 69,76 años (mínima 36 y máximo 86). De todos ellos 167 eran hombres (84,8%) y 30 mujeres (15,2%). Un 27,92% de nuestros paciente presentaban una neoplasia previa al cáncer de vejiga y el 65,99 % del total eran fumadores, siendo este porcentaje mayor entre los hombres que las mujeres. De un total de 197 cistectomías, 186 han sido radicales (94,4%) y 10 parciales (5,1%) y una de ellas no realizada por hallazgo intraquirúrgico de pelvis congelada, de todas ellas el 95,94 % fueron cirugías oncológicas. La derivación urinaria más realizada ha sido la ureteroileostomía cutánea ( Bricker ). La anatomía más frecuente ha sido en el 82,23 % carcinoma urotelial, suponiendo un 16% estirpe no urotelial y otro 16% no tumoral. Hasta la fecha actual el 44,16% de los pacientes siguen vivos mientras que un 51,27 % han fallecido.

**CONCLUSIONES:** El cáncer de vejiga es una patología frecuente, que consume una parte importante de los recursos sanitarios por su inherente recurrencia. Un porcentaje importante de pacientes son varones fumadores. Cuando la cirugía endoscópica ya no es efectiva, la cistectomía pasa a ocupar el pilar fundamental del tratamiento. Es una cirugía agresiva y no exenta de riesgos. La derivación más utilizada en nuestro centro es la ureteroileostomía cutánea. Nos encontramos con una patología con alta mortalidad superando el 50% en nuestro centro.

**Urgencias Uro-Andrológicas infrecuentes.**

Martínez Pinilla, Gerardo; Guinda Sevillano, Carlos; Marfil Peña, Carmen; Palacios Valencia, Luz; Miguelez Martínez, Leticia; Hernández Artus, Yamandú; Arnáiz Esteban, José; Marron Penon, Maria; Guinda Moreno, Jorge; Arnáiz Jiménez, Félix

*Complejo Hospitalario de Soria.*

Introducción

La luxación testicular traumática bilateral y la fractura de cuerpos cavernosos con lesión uretral asociada son urgencias urológicas infrecuentes, que requieren diagnóstico y tratamiento oportuno para evitar secuelas.

Objetivo:

Aportar dos nuevos casos de patología uro-andrológica urgente infrecuente.

Métodos:

Caso clínico 1: Conductor de motocicleta de 46 años, con traumatismo contuso directo en región pélvica, dolor inguinal bilateral irradiado a hipogastrio, bolsas escrotales vacías, hematoma perineo escrotal, palpándose testículos en región inguinal bilateral, se realiza tratamiento quirúrgico y seguimiento.

Caso clínico 2: Paciente de 47 años presenta traumatismo sobre pene erecto durante el coito. La exploración evidencia fractura de cuerpo cavernoso izquierdo y uretra, se procede a intervención quirúrgica de urgencia. Se realiza seguimiento evidenciando buenos resultados estéticos y funcionales.

Discusión:

La luxación testicular bilateral es sumamente infrecuente. Tras una búsqueda bibliográfica se encuentran publicados 27 casos de luxación unilateral y 2 de luxación bilateral, la mayoría son unilaterales (90%). El tipo de trauma debe tener una fuerza traumática menor de 50 Kg, para no lesionar la albugínea, la dirección debe impulsar el testículo contra los tejidos blandos, esquivando el pubis. El diagnóstico es clínico. Las pruebas de imagen proporcionan localización precisa y daños asociados. El tratamiento de elección es quirúrgico precoz.

La fractura de cuerpos cavernosos es infrecuente, se asocia generalmente a traumatismo directo sobre el pene erecto. Según revisiones sistemáticas, se referencian alrededor de 438 casos, la lesión uretral asociada ocurre en el 20-30%. El diagnóstico inicialmente es clínico. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica inmediata, el tratamiento conservador se puede utilizar en casos leves de lesión única de cuerpo cavernoso.

Conclusión

La luxación testicular traumática bilateral es una lesión infrecuente, generalmente asociada a accidentes de tránsito y traumas deportivos, que requiere reducción oportuna para evitar secuelas, generalmente intervención quirúrgica.

La fractura de cuerpos cavernosos con lesión uretral asociada es una situación clínica urológica infrecuente, con un cuadro clínico muy característico que permite un diagnóstico clínico. El tratamiento de elección es la exploración y reparación quirúrgica inmediata para garantizar mejores resultados y evitar complicaciones.

**SERIE HISTÓRICA DEL CÁNCER RENAL CON TROMBO EN CAVA EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA**  
MARTÍN HERNÁNDEZ, MARIO; POLO LÓPEZ, CARLOS; PRIETO NOGAL, SARA BELÉN; VALVERDE MARTÍNEZ,  
L.SEBASTIÁN; GRINARD DE LEÓN, EDWIN; RODRÍGUEZ CRUZ, MARIA ISABEL\*; GÓMEZ TEJEDA, LUIS MIGUEL  
*COMPLEJO ASISTENCIAL DE ÁVILA; \*HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREJÓN*

**INTRODUCCIÓN.**

Los tumores renales suponen el 2-3% de las enfermedades malignas diagnosticadas. La cirugía renal con trombo en cava es de las más exigentes en urología. A menudo se requiere de un equipo multidisciplinar para su realización. Supone del 4 al 10% de todos los tumores renales y el tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células renales.

**MATERIAL Y MÉTODOS.**

Presentamos nuestra serie desde Septiembre del 2003 hasta septiembre del 2018 de cáncer renal con trombo en cava. Son un total 14 pacientes con el trombo en diferente localización. La recogida de datos ha sido a través de la Historia Clínica. Analizamos técnica, complicaciones, anatomía patológica y mortalidad.

**CONCLUSIONES.**

La cirugía del cáncer renal con trombo en cava es una técnica compleja que debe ser seleccionada muy bien. A pesar de la morbilidad esta cirugía puede ofrecer control local de la enfermedad e incremento de la supervivencia. En centros de segundo nivel como el nuestro sólo se deben llevar a cabo aquellos casos con el trombo infradiafragmático y por cirujanos con gran experiencia.

**MILLIN LAPAROSCÓPICO VS MILLIN ABIERTO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA Y SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR (LUTS)**

Montero Torres, J.; Lombardo, R.; Domínguez Fernández, M.H.; Blanco Martín, E.; González Dacal, J.A.; Rodríguez Núñez, H.; Plaza Alonso, C.; Vilchez Costas, A.I.; Barreiro Mallo, A.; Zarraonandia Andraca, A.; Ruibal Moldes, M.; Rivero Cardenas, A.; Gutiérrez Mínguez, E.

*Hospital Universitario de Burgos*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El manejo de los síntomas del tracto urinario inferior secundarios a la hiperplasia benigna prostática van desde el tratamiento médico al tratamiento quirúrgico cuando el primero ha fallado.

El objetivo de este estudio es comparar los resultados y seguridad del millin abierto y laparoscópico en pacientes con hiperplasia benigna de próstata y LUTS en dos centros diferentes.

**MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio retrospectivo comparando los resultados de las dos intervenciones quirúrgicas en ambos centros. Los datos revisados y recogidos fueron la anamnesis, exploración física, síntomas, flujometría y volumen prostático entre otros. Además recogimos las complicaciones ocurridas en los tres primeros meses de seguimiento tras la intervención quirúrgica.

**RESULTADOS**

En el estudio se revisaron un total de 281 pacientes. De todos ellos: a 87/281(31%) se les realizó millin abierto y a 194/281 (69%) laparoscópico.

Los pacientes del grupo de millin laparoscópico eran más jóvenes, mientras que ambos grupos presentaron valores similares de PSA preoperatorio, volumen prostático, Q<sub>máx</sub> e IPSS.

La mediana de tiempo quirúrgico fue más elevada en el grupo de laparoscopia(105 vs 90 min, p<0,001) mientras que el tiempo de ingreso fue más corto (3 vs 5 días; p<0,001) y el descenso de las cifras de hemoglobina tras la cirugía fue menor (2,1 vs 2,8 g/dl; p<0,001).

En términos de complicaciones postquirúrgicas no hubo grandes diferencias entre ambos grupos(16% vs 18%, p>0,05). Un paciente tuvo que ser reintervenido en el grupo de laparoscopia frente a 3 en el grupo de cirugía abierta.

Ambas técnicas quirúrgicas fueron comparables en términos de IPSS postoperatorio, Q<sub>máx</sub> y cifras de PSA.

**CONCLUSIONES**

La adenomectomía retropúbica abierta y la laparoscópica según la técnica de Millin son igualmente efectivas en el tratamiento de los LUTS secundarios a la hiperplasia benigna de próstata.

La técnica laparoscópica está asociada a menor estancia hospitalaria y menores tasas de sangrado pero con un tiempo quirúrgico más elevado.

**PALABRAS CLAVE**

Millin abierto. Millin laparoscópico. Hiperplasia benigna de próstata.

**Resultados del tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina (IUE) con fisioterapia de primera intención (FT) frente a FT coadyuvante después de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria femenina (IUE) según la técnica utilizada**

García Gómez, Francisco; Hernández Sánchez, Teresa; Rocha De Losada, Alberto; Lopez Dominguez, Esther Maria; López Marcos, Joaquin Francisco; Márquez Sanchez, Magaly Teresa; Valverde Martínez, Sebastian; Garcia Garcia, Miguel Angel; Tinajas Saldaña, Antonio; Coderque Mejia ,Monica; Padilla Fernandez, Barbara; García Cenador, María Begoña; Lorenzo Gomez, María Fernanda

COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA

**INTRODUCCION.**

La fisioterapia de suelo pelviano con biofeedback con electrodos de superficie sin electroestimulación puede ser el tratamiento de primera elección (FT) de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina (IUE) o puede indicarse como coadyuvante después de la implantación de biomateriales en la cirugía correctora (FTC).

**OBJETIVOS**

Conocer la distribución de indicación del tratamiento de IUE y resultados del mismo.

**MATERIAL Y METODO:** Muestra multicéntrica retrospectiva exhaustiva sucesiva de 2839 mujeres tratadas por IUE anteriormente al 1.3.2017. Grupos: GA(n=160):intervenidas quirúrgicamente más FTC. Subgrupos:

GA1(n=94):intervenidas mediante cinta suburetral transobturatriz (TOT). GA2(n=22): intervenidas quirúrgicamente mediante cinta suburetral reajutable tipo REMEEX®. GA3 (n=44):intervenidas con TOT a la vez que se realiza la corrección de cistocele igual o superior a grado 3. GB(n=52):reciben de inicio FT.

Variables: Edad, IMC, eficacia del tratamiento (éxito completo, mejoría parcial, fracaso), ASA, nº de sesiones de FT, diagnósticos secundarios, hábitos tóxicos, tratamientos concomitantes, antecedentes quirúrgicos obstétricos y ginecológicos. Se utilizó estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** 2498 mujeres fueron operadas. 52 aceptaron FT como tratamiento de primera elección. En 289 solo se indicaron medidas higiénico dietéticas e indicaciones de cambios del comportamiento. Se implantaron: 1847 TOT, 311 Remeex®, y en 340 se corrigió el cistocele de grado igual o superior a 3, a la vez que se colocó TOT. Se indicó FTC en 160 casos (6.4051%): 94 TOT (5.089%), 22 Remeex® (7.073%) y en 44 correcciones de cistocele más TOT (4.40%). Mejoría en el 90% después de la implantación de biomateriales (62.5% completa curación, 27.5% mejoría parcial), con 10% de fracaso. Mejoría en el 84.61 con la FT de primera elección para la IUE (38.46 completa curación, 46.15% mejoría parcial), con 15.38% de fracaso. Mejoría en el 90.43% después de TOT (59.57% completa curación, 30.85% mejoría parcial), con 9.57% de fracaso. Mejoría en el 95.45% después de Remeex® (81.82% completa curación, 13.64% mejoría parcial), con 4.55% de fracaso. Mejoría en el 84.09% después de la corrección del cistocele más TOT (59.09% completa curación, 25.00% mejoría parcial), con 15.91% de fracaso. No diferencias en edad, IMC ni en el protocolo ni en el número de sesiones de fisioterapia entre GA y GB.

**CONCLUSIONES:** 1.-Después del implante de biomateriales para corregir la IUE, en un 6.4051% de pacientes se indica fisioterapia complementaria. 2.-Después del implante de biomateriales para corregir la IUE, la fisioterapia coadyuvante es beneficiosa en el 90% de los casos, resultado en éxito completo en el 62.5% y mejoría parcial en el 27.5% de las pacientes. 3.-Los resultados de la fisioterapia son mejores cuando se aplica de forma coadyuvante después de la corrección quirúrgica de la IU, independientemente del biomaterial implantado, frente a la fisioterapia aislada. Sin embargo, las pacientes no operadas padecen más HTA, artrosis, ansiedad, hábitos tóxicos y tienen historia de más antecedentes obstétrico - ginecológicos.



## **FACTORES QUE RETRASAN LA REINCORPORACIÓN A LA VIDA RUTINARIA DESPUES DE LA CORRECCIÓN DEL CISTOCELE**

Rocha de Lossada, Alberto; Hernandez Sanchez, Teresa; Noya Mourullo, Andrea; Gomez Garcia, Francisco; Licameli Castelli, Pascual Romano; Sanchez Conde, Maria Pilar; Marquez Sanchez, Maria Teresa; Valverde Martinez, Sebastián; Coderque Mejía, Mónica Paola; Padilla Fernandez, Bárbara; Mirón Canelo, José Antonio; Garcia Cenador, María Begoña; Lorenzo Gomez María Fernanda.

*Complejo Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCION:** El cistocele es una condición que habitualmente no supone riesgo vital pero sí deteriora la calidad de vida.

**OBJETIVOS:** Conocer los factores que influyen en la recuperación funcional y reincorporación a la vida rutinaria después de la corrección quirúrgica del cistocele.

**MATERIAL Y METODO:** Muestra multicéntrica retrospectiva de 1000 mujeres intervenidas de cistocele previamente a marzo 2016. **Grupos:** GA(n=324): ASA-I, GB(n=534): ASA-II, GC(n=142): ASA-III. **Variables:** edad, IMC, diagnósticos secundarios (DDSS), hábitos tóxicos, tratamientos concomitantes, antecedentes quirúrgicos y obstétrico-ginecológicos, complicaciones que influyen en la recuperación funcional después de la intervención quirúrgica: sangrado, dolor e infección. Se utilizó estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher, análisis multivariante,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** Edad media 63a(30-87). Edad inferior en ASA-I(58a) y más avanzada en ASA-III(70a). Relación edad-recuperación +(casi plana) en ASAI, y (-) en ASAIL y ASA-III. **IMC** medio 27,16(20,2-41,91). Relación IMC-tiempo de recuperación funcional (+) en ASA-I, II y III. DDSS: ASA-I no presenta salvo gastritis y cefaleas; ASA-II: hay más HTA(26,2%), Diabetes Mellitus tipo2 (6,56%), gastritis(10,29%), Dislipidemia(17,79%), hipotiroidismo(10,29%) y depresión (8,42%). En ASA-III, hay más cardiopatías isquémicas (3,52%) y ansiedad(21,12%).

ASA-II tuvo más antecedentes de intervenciones abdominales, suelo pelviano y pélvicas, así como histerectomías, partos eutócicos, distócicos y abortos. Mayor número de DDSS en ASA-III.

Con respecto a la recuperación funcional sin complicación, fue: ASA-I de 5,31 días. ASA-II de 6,05 días y el ASA-III de 6,09 días.

**Complicaciones principales:** Sangrado: ASA-I recuperó en 6 días, antes que ASA-II(10,38) ó ASA-III(14 días). Dolor: ASA-II tardó más en recuperación funcional(62,76 días) frente a ASA-I(13,6) o ASA-III(50 días). Infección: ASA-III tardó más en recuperar (10,66 días) seguido de ASA-II (9,76) y ASA-I (7,2).

**CONCLUSIONES:** 10% de pacientes intervenidas de cistocele presentan una complicación relacionada con la intervención (sangrado, dolor o infección) que retrasa la reincorporación a la vida laboral ordinaria. En caso de complicaciones, la edad no se relaciona con el tiempo a la recuperación, mientras que el IMC sí. Tiempo medio que tardan en reincorporarse a su actividad habitual si hay complicaciones son 8.93 días, superior a si no las hay (5.8 días). El factor que más produce demora en la recuperación funcional es el dolor, siendo de peor control en pacientes de ASA-II respecto a ASA-III o ASA-I.

## **ANÁLISIS DE LA SERIE DE TUMORES VÍA URINARIA SUPERIOR EN EL ÁREA DE SALAMANCA EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS.**

GARCÍA GÓMEZ, FRANCISCO; HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, TERESA; ROCHA DE LOSADA, ALBERTO; NOYA MOURULLO, ANDREA; VIRSEDA RODRÍGUEZ, ÁLVARO; MARCOS ASENSIO, SARA; GARCÍA GARCÍA, JAVIER; PALACIOS HERNÁNDEZ, ALBERTO; MARTIN PARADA, ALEJANDRO; HEREDERO ZORZO, OSCAR; EGUILUZ LUMBRERAS, PABLO; GOMEZ VEIGA, FRANCISCO

*COMPLEJO UNIVERSITARIO ASISTENCIAL DE SALAMANCA*

### **INTRODUCCIÓN**

El tumor del tracto urinario superior (TMTUS) supone el 5-10% de los carcinomas uroteliales, Aproximadamente el 60 % son infiltrantes en el momento del diagnóstico con una recurrencia del 22-27% en vejiga y 2-6% en TUS contralateral. La nefroureterectomía radical con manejo de uréter distal y rodete vesical es el tratamiento de elección.

### **OBJETIVOS**

Analizar los resultados oncológicos en cuanto a recurrencia y supervivencia comparando abordajes quirúrgicos (abierto y laparoscópico) y técnicas de manejo del uréter distal (abierto o endoscópica).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de una serie de 38 pacientes intervenidos por TMTUS en el período de 2015-2019. Variables analizadas: cualitativas (sexo, clínica, localización, QT , tipo de abordaje quirúrgico y manejo de uréter distal, AP, márgenes, recidiva, localización de la misma y supervivencia). Cuantitativas (edad y parámetros analíticos).

Se ha utilizado estadística descriptiva con SPSS v25.

### **RESULTADOS**

Edad media de la muestra 67,59 años, siendo 76,3% varones. La clínica de debut más frecuente fue hematuria monosintomática (55,3%). En cuanto al estadio T: pTa 28,9%(11), pTx 7,9%(3), pT1 10,5%(4), pT2 13,2%,(5),pT3 21,1%(8), pT4 18,4%(7), mayoritariamente alto grado. 89,5% recibióabordaje laparoscópico frente 7,9% abierto con manejo de uréter distal abierto en 60,5%.

Recidivóel 28,9% con un tiempo medio de 314,36 días, más común y tardía en varones y más frecuente a distancia que en el lecho quirúrgico. La mortalidad cáncer específica fue 23,7%(9) con una supervivencia media de 748,47 días.

### **CONCLUSIONES**

Nuestra área de Salud presenta baja incidencia de tumores uroteliales de vía urinaria superior, diagnosticándose un elevado porcentaje de casos en estadios avanzados con mortalidad cáncer específica asociada. No se pueden inferir resultados oncológicos diferentes según el abordaje quirúrgico y técnica de manejo uréter distal.

**Necesidad de plantear medidas de prevención de traumatismos urológicos iatrogénicos.**

HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, TERESA; ROCHA DE LOSADA, ALBERTO; NOYA MOURULLO, ANDREA; GARCÍA GÓMEZ, FRANCISCO; VALVERDE MARTÍNEZ, SEBASTIAN; PADILLA FERNÁNDEZ, BÁRBARA; MÁRQUEZ SÁNCHEZ, MAGALY TERESA; MIRON CANELO, JOSE ANTONIO; GARCÍA CENADOR, MARIA BEGOÑA; LORENZO GÓMEZ, MARIA FERNANDA

COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

**INTRODUCCION:** Investigación de tendencias del perfil y manejo de traumatismos urológicos a través de una serie histórica a lo largo de un periodo de seguimiento de 18 años en la asistencia hospitalaria puede orientar medidas de mejora en su manejo.

**OBJETIVO:** Evaluar factores relacionados con cambios en el manejo de traumatismos urológicos a lo largo de un periodo de seguimiento de 18 años en la asistencia hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio experimental observacional retrospectivo de 509 pacientes que han sufrido un traumatismo urológico en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca desde el año 2000 hasta el año 2017.

Grupos de estudio (G):

G1 (n=51) Traumatismos en los años 2000-2001

G2 (n=71) Traumatismos en los años 2002-2003

G3 (n=67) Traumatismos en los años 2004-2005

G4 (n=46) Traumatismos en los años 2006-2007

G5 (n=46) Traumatismos en los años 2008-2009

G6 (n=46) Traumatismos en los años 2010-2011

G7 (n=61) Traumatismos en los años 2012-2013

G8 (n=69) Traumatismos en los años 2014-2015

G9 (n=52) Traumatismos en los años 2016-2017

Estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher,  $p < 0.05$  se considera significativo.

**RESULTADOS:** Edad media 55.94a, mediana 60(1-99), inferior en G1. Estancia media 14.42días, mediana 10(1-160) sin diferencia entre grupos. Hubo aumento de la edad en la que ocurren los traumatismos. Los varones tuvieron más traumatismos (73.47%) que las mujeres, excepto en los años 2004-2005 donde las mujeres duplican a los varones.

**Tendencia de a mayor edad,** mayor probabilidad de sufrir traumatismo, hallazgo asociado a DDSS relacionados con la edad: HBP más frecuente en G9, HTA más en G8 y DM más en G7 y G8.

**Más traumatismos de uretra (39.34%) y vejiga (37.70%) en el periodo 2012-2013 (G7) sobre etapas anteriores, siendo una posible causa el hecho de que ese grupo de pacientes presentaban más traumatismos de riñón. A lo largo del periodo investigado disminuyó la codificación de los traumatismos iatrogénicos sobre los espontáneos.**

Se realizaron más cirugías urgentes en G3 sobre etapas anteriores, con regresión a actitud conservadora en G9. Edades más avanzada se relacionaron con más secuelas, con peor pronóstico en los varones en el 66% de los casos. El traumatismo renal se maneja de inicio más en Urología, mientras que en otras especialidades recayó el diagnóstico de inicio de los traumatismos genitales y uretrales.

**CONCLUSIÓN:** La tendencia al envejecimiento de la población, al aumento de la no codificación de traumatismos iatrogénicos, el manejo conservador, la mayor probabilidad de secuelas y el difícil manejo de las mismas, alertan sobre la necesidad de replantearse medidas preventivas de traumatismos urológicos distintos a los espontáneos renales.

**USO DE EXTENSORES EN LA CORRECCIÓN DEL PEYRONIE: NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL**

Prieto Nogal, SB; Gallego Matey, A; Grinard de León, EA; Martín Hernández, M; Polo López, CA; Rodríguez Cruz, MI; Valverde Martínez, LS; Gómez Tejeda, LM  
*Complejo Hospitalario de Ávila*

**Introducción:** El uso de extensores de pene es un complemento al tratamiento de la incurvación de pene cada vez más utilizado, con resultados muy variables. Su uso está orientado a disminuir la incurvación y la pérdida de tamaño del pene.

**Objetivos:** Revisar nuestra serie inicial de pacientes con incurvación de pene que utilizan los extensores, centrándonos en el resultado de la corrección de la incurvación y no en el cambio en el tamaño del pene

**Material y Métodos:** Revisión de las historias de los pacientes que utilizan el extensor, desde su inicio en 2016 hasta Marzo del 2019

**Resultados:** Desde Enero del 2016 a Marzo del 2019 han sido 15 pacientes los que han utilizado el extensor de pene como complemento al tratamiento de la incurvación peneana. De ellos, 3 han dejado de venir a las consultas por lo que no han recibido seguimiento. El uso habitual ha sido antes de la cirugía, excepto un paciente que lo utilizó después de la misma. Tan sólo un paciente ya venía usándolo cuando acudió a nuestra consulta, el resto lo han hecho por recomendación nuestra. La media de edad es de 54.06 años (rango 23-63 años). La media de uso es de 6.6 meses (rango 2-12 meses). El rango de horas de uso es de 1 a 6h al día, de 3 a 5 días por semana. Un 57,14% lo han utilizado cuando aún no estaba estable. Con su empleo no ha empeorado ninguno, dos pacientes se han perdido, dos tienen dudas, 3 no han variado, 3 han tenido una corrección completa y 5 han mejorado parcialmente, de estos últimos 3 han mejorado lo suficiente como para evitar la cirugía por permitir la penetración que antes era imposible. La satisfacción de los pacientes alcanza el 75%.

**Conclusiones:** Aunque nuestra experiencia no es muy amplia, los resultados son prometedores y los pacientes están satisfechos, por lo que recomendamos su uso en la corrección de la incurvación de pene. Deberíamos ampliar nuestra serie de casos e incluir la variación del tamaño en la recogida de datos para complementar el estudio