

## XXII Congreso ACLU

Sesión: Exposición permanente de pósters

Sala: ; Día: exposición permanente; Hora:

### P-46: **QUIMIOHIPERTERMIA CON MMC EN EL CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASIVO: NUESTRA EXPERIENCIA.**

Ruano Mayo A; Calleja Escudero J; Lara Pérez F; Zamora Horcajada A; Natal Alvarez F; Cuellar L; Calvo González R; De Castro Olmedo C; Pascual Samaniego M; Bedate Núñez M; Pesquera Ortega L; Valsero Herguedas E; Cortiñas González JR

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

### P-47: **Minilaparoscopia como apoyo a la cirugía laparoscópica convencional ante la sospecha de adherencias peritoneales**

Miralles Ayuso, S.; Amón Sesmero, J.H.; Cepeda Delgado, M.; Manso Aparicio, C.; Poza del Val, M.; De la Cruz Martín, B.; González Montesinos, M.M.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.

*Hospital Universitario Río Hortega*

### P-48: **La uretritis vírica por VPH como etiopatogenia del síndrome uretral femenino**

Noya Mourullo, A.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Lossada, Alberto; Mena Ruiz, C.; Padilla Fernández, B.Y.; Herrera Criado, F.; Martínez Huélamo, M.; Márquez Sánchez, M.; Valverde Martínez, S.; Coderque Mejía, M.P.; Mirón Canelo, J.A.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

### P-49: **FACTORES QUE INFUYEN EN LA TOLERANCIA DE CATÉTERES URETERALES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA POR LITIASIS RENOURETERAL.**

Valverde-Martínez, S. 1,3; Martín-Hernández, M. 1,3; Prieto de Nogal, S. 1; Polo-López, C. 1; Grinard-de-León, E. 1; Gallego-Matey, A. 1; Rodríguez-Cruz, I. 1; Segovia-Blázquez, B. 2; Martín-López, M.R. 2; Lorenzo-Gómez, M.F. 3; Gómez-Tejeda, L.M. 1

*1. Servicio de Urología. 2 Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Ávila. 3 Grupo de Investigación Multidisciplinar Urológico Renal del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).*

### P-50: **Perfil de pacientes que precisan fisioterapia (FT) coadyuvante después de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria femenina (IUE) según la técnica utilizada.**

Hernández Sánchez, Teresa; Rocha de Losada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Lopez Domínguez, Esther María; López Marcos, Joaquin Francisco; Márquez Sánchez, 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 ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA*

### P-51: **Perfil de pacientes y resultados de la inyección de sustancia abultante intravesical (Bulkamid®) para corregir el reflujo vesicoureteral.**

Rocha de Lossada. A.; Hernandez Sanchez, T.; Noya Mourullo, A.; Gomez Garcia, F.; Heredero Zorzo, O.; Garcia Garcia, M.A.; Tinajas Saldaña, A.; Lorenzo Gomez, M.F.

*Complejo Universitario de Salamanca*

**P-52: FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DE LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA DESPUÉS DE LA RADIOTERAPIA TRAS PROSTATECTOMÍA**

Hernández Sánchez, Teresa; Rocha De Losada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Linares Mesa, Nuria Azahara; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea; Márquez Sanchez, Magaly Teresa; Valverde Martinez, Sebastian; Martin Hernandez, Mario; Padilla Fernandez, Barbara; García Cenador, María Begoña; García Gómez, Francisco; Lorenzo Gomez, Maria Fernanda.

*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA*

**P-53: Probabilidad de recidiva de la incontinencia urinaria después de la corrección con cinta suburetral transobturatriz.**

Noya Mourullo, A.; Hernández Sánchez, T.; García Gómez, F.; Flores Carbajal, J.A.; Padilla Fernández, B.Y.; Márquez Sánchez, M.T.; Valverde Martínez, S.; Coderque Mejía, M.P.; García García, M.A.; Mirón Canelo, J.A.; García Cenador, M.B.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

**P-54: Rentabilidad económica de diferentes estrategias de profilaxis frente a las infecciones urinarias de repetición.**

Rocha de Lossada. Andrea; Hernandez Sanchez, Teresa; Noya Mourullo, Andrea; Gomez Garcia, Francisco; Hernandez Sanchez, Emilio; Gonzalez Enguita, Carmen; Marquez Sanchez, Magaly Teresa; Valverde Martinez, Sebastián; Mirón Canelo, José Antonio; Padilla Fernandez, Bárbara; Garcia Cenador, Maria Begoña; Lorenzo Gomez María Fernanda.

*Complejo Universitario de Salamanca*

**P-55: Características de las pacientes sometidas a rehabilitación del suelo pélvico**

Gallego Matey, Ángel; Moreno Mesón, Carmen; Prieto Nogal, Sara Belén; Grinard de León, Edwin Ariel; Valverde, Lauro Sebastián; Polo López, Carlos; Martín, Mario; Gómez Tejeda, Luis Miguel

*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila*

## **QUIMIOHIPERTERMIA CON MMC EN EL CÁNCER DE VEJIGA NO MÚSCULO INVASIVO: NUESTRA EXPERIENCIA.**

Ruano Mayo A; Calleja Escudero J; Lara Pérez F; Zamora Horcajada A; Natal Alvarez F; Cuellar L; Calvo González R; De Castro Olmedo C; Pascual Samaniego M; Bedate Núñez M; Pesquera Ortega L; Valsero Herguedas E; Cortiñas González JR

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid*

### **INTRODUCCIÓN**

Las tasas de recurrencia y progresión de tumor vesical no musculo invasivo tras el tratamiento mediante resección transuretral, pueden alcanzar hasta 51,7% y 19,8% respectivamente a pesar de las instilaciones con Bacilus Calmette-Guérin (BCG) y Mitomicina-C (MMC).

En un intento por disminuir estas cifras, la quimiohipertermia (QHT) con Mitomicina -C es una opción a tener en cuenta para pacientes en los que fracasa el tratamiento estándar o no desean someterse a una cistectomía.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza un análisis descriptivo retrospectivo de 14 pacientes sometidos a lavados intravesicales mediante QHT intravesical Combat en nuestro servicio desde octubre del 2017 hasta septiembre del 2019. En riesgo intermedio se realiza una instilación semanal durante 4 semanas seguida de una mensual durante 3 meses y en alto riesgo una semanal durante 6 semanas seguida de 6 mensuales.

### **RESULTADOS**

Evaluamos a 10 hombres y 4 mujeres, con una edad media de 68,2 años, 12 de los cuales son exfumadores y 2 no han sido fumadores.

La indicación de QHT en nuestros pacientes ha sido en 11 pacientes por tumores refractarios/no respondedores a BCG (4 pacientes menos de una recidiva al año y 7 pacientes más de una recidiva al año) y 3 por intolerancia a la BCG.

La anatomía patología obtenida tras la resección previa al inicio de las instilaciones fue la siguiente: 9 Ta (8 bajo grado, 1 alto grado), 3 T1 (1 bajo grado y 2 alto grado), y 2 cis.

En todos nuestros pacientes se realizaron instilaciones con MMC en el postoperatorio inmediato. Únicamente un paciente presentó un evento adverso: espasmos producidos por la sonda vesical durante el lavado, que se controlaron con oxibutinina.

Con un seguimiento medio de 6,4 meses (entre 1 y 23 meses.), 12 pacientes se encuentran libre de enfermedad, 1 ha progresado a T2 y ha sido sometido a cistectomía radical y un paciente ha fallecido por un cuadro diferente.

### **CONCLUSIONES**

En nuestra experiencia, la quimiohipertermia ha demostrado ser un tratamiento bien tolerado, en pacientes no respondedores o con intolerancia a la BCG aunque con un seguimiento medio todavía muy corto para valorar respuesta.

**Minilaparoscopia como apoyo a la cirugía laparoscópica convencional ante la sospecha de adherencias peritoneales**

Miralles Ayuso, S.; Amón Sesmero, J.H.; Cepeda Delgado, M.; Manso Aparicio, C.; Poza del Val, M.; De la Cruz Martín, B.; González Montesinos, M.M.; Polvorinos García, L.; Portilla Mediavilla, L.

*Hospital Universitario Río Hortega*

**INTRODUCCIÓN:** La cirugía abdominal previa puede suponer una limitación para la cirugía laparoscópica dada la elevada probabilidad de adherencias peritoneales. La cirugía minilaparoscópica (minilap) nace con el fin de minimizar la invasión quirúrgica reduciendo el tamaño del instrumental a un calibre de 3 mm. Presentamos nuestra experiencia en el uso de la cirugía minilaparoscópica como apoyo a la cirugía laparoscópica convencional ante la sospecha de adherencias peritoneales, para minimizar el riesgo de lesión de estructuras abdominales.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Analizamos de forma retrospectiva aquellas cirugías llevadas a cabo entre enero de 2014 y agosto de 2019 en las que el primer acceso se realizó con minilap ante la sospecha de acceso dificultoso. Todos los casos tenían antecedente de una o más cirugías abdominales abiertas (cistoprostatectomía, colectomía, nefrectomía, colecistectomía...). **Técnica quirúrgica:** Realizamos el neumoperitoneo con aguja de Veress. Colocamos un trocar inicial de 3 mm donde se inserta la cámara para colocar el resto bajo visión directa. Con minilap se retiran las adherencias peritoneales para la colocación segura de los trócares de laparoscopia convencional.

**RESULTADOS:** Se empleó esta maniobra en 26 pacientes sometidos a diversas cirugías urológicas (suprarrenalectomía, nefrectomía, linfadenectomía retroperitoneal, pieloplastia, reimplante ureteral...). No se encontraron complicaciones intraoperatorias ni lesiones de órganos abdominales. El tiempo medio invertido en dicha maniobra fue de 15,40 (+/-7,08) min.

**CONCLUSIÓN:** El apoyo de la cirugía minilaparoscópica en pacientes con sospecha de un acceso laparoscópico complejo permite realizar éste de forma segura minimizando el riesgo de lesión de estructuras adyacentes y permitiendo la correcta colocación de los trócares definitivos.

**La uretritis vírica por VPH como etiopatogenia del síndrome uretral femenino**

Noya Mourullo, A.; Hernández Sánchez, T.; Rocha De Lossada, Alberto; Mena Ruiz, C.; Padilla Fernández, B.Y.; Herrera Criado, F.; Martínez Huélamo, M.; Márquez Sánchez, M.; Valverde Martínez, S.; Coderque Mejía, M.P.; Mirón Canelo, J.A.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCION:** Aunque se ha considerado al VPH una enfermedad de transmisión sexual (ETS), en muchos casos no se llega a determinar el origen exacto. Desde hace varios años en el síndrome uretral femenino, después de descartar infección bacteriana y fúngica, se realiza la toma para VPH.

**OBJETIVOS:** Determinar el impacto de la detección del Virus del Papiloma Humano (VPH) como factor etiopatogénico del síndrome uretral femenino.

**MATERIAL Y METODO:** En una muestra de 888 mujeres investigadas por ITUR, en 41 mujeres, después de descartar infección bacteriana y fúngica en orina y en vagina, y por la persistencia de los síntomas se realiza investigación de virus uretral.

El motivo de consulta se codificó como: 1: ITUR; 2: dolor uretral aislado; 3: otros/varios (IU, microhematuria, parestesias perineales, dificultad miccional). Si identifican grupos de estudio según el motivo de consulta: GA:2(n=22), GB:3(n=4), GC:12(n=8), GD:23(n=2), GE:123(n=5).

Variables estudiadas: Edad, tiempo de seguimiento después del diagnóstico de uretritis vírica (en meses), relación con coito (si=1, no=2), tratamiento recibido, datos del procedimiento, diagnósticos secundarios (DDSS: se codificaron como: ninguno=1, DM=2, vejiga hiperactiva=3, IUE=4, HTA=5, ansiedad=6), resultados: serotipos más frecuentes. Se utilizó estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** La edad fue inferior en GA y más elevada en GD y GE ( $p=0.00044$ ). No hubo diferencias en el tiempo de seguimiento ( $p=0.2382$ ). Lo más frecuente fue que las pacientes no presentaran otro DDSS (60.97%), seguido de tabaquismo (19.51%) y el enfoque diagnóstico clínico de vejiga hiperactiva (9.75%).

**CONCLUSIONES:** La uretritis vírica por VPH es una etiología a investigar de forma obligatoria en el síndrome uretral femenino. Los hallazgos del presente estudio demuestran que los conceptos tradicionales de ETS han de ser revisados en esta entidad para un correcto manejo urológico.

Palabras clave: VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, URETRITIS VÍRICA FEMENINA.

**FACTORES QUE INFUYEN EN LA TOLERANCIA DE CATÉTERES URETERALES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA POR LITIASIS RENOURTERAL.**

Valverde-Martínez, S. 1,3; Martín-Hernández, M. 1,3; Prieto de Nogal, S. 1; Polo-López, C. 1; Grinard-de-León, E. 1; Gallego-Matey, A. 1; Rodríguez-Cruz, I. 1; Segovia-Blázquez, B. 2; Martín-López, M.R. 2; Lorenzo-Gómez, M.F. 3; Gómez-Tejeda, L.M. 1

1. Servicio de Urología. 2 Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Asistencial de Ávila. 3 Grupo de Investigación Multidisciplinar Urológico Renal del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL).

**Introducción y objetivo:**

Las técnicas mínimamente invasivas como tratamiento de la litiasis renourteral, en ocasiones implica la colocación de un stent para permitir la cicatrización ureteral y/o expulsión de restos litíasicos. El hecho de portar un catéter ureteral supone en un grupo de pacientes un sufrimiento, que obliga en ocasiones a retirar de forma precoz dicho catéter.

Presentamos las variables clínicas asociadas a la tolerancia de los catéteres ureterales.

**Material y métodos:**

Estudio experimental, prospectivo y aleatorizado según tipo de doble jota (de corta y larga duración) en 70 pacientes intervenidos desde mayo 2016 hasta septiembre 2018 de litiasis y con necesidad de catéter postoperatorio. El abordaje es multidisciplinar. Entre las variables estudiadas se valoró el cuestionario validado de tolerancia del catéter (USSQ-E).

**Resultados:**

Edad media 56 años (25-84), IMC media 27(20-37). El 60%(42) fueron varones, El 53%(37) fue por ureterorenoscopia flexible y el 47%(33) por ureteroscopia semirrígida, en esta última la litiasis estaba localizada en el 21%(15) en uréter proximal, 37%(25) uréter medio y en el 42%(30) en el uréter distal.

Para el análisis se dividió la muestra en dos grupos de acuerdo a su tolerancia (G1=buena tolerancia 73%(51) y G2=mala tolerancia 27%(19)), valorando para ello el cuestionario USSQ-E, si acude a Urgencias por los síntomas y si hubo retirada precoz del catéter.

En un primer análisis de las variables clínicas y quirúrgicas no se han encontrado diferencias estadísticas entre ambos grupos, excepto al valorar el desgarro del orificio ureteral en el momento de la cirugía, observando peor tolerancia al pig tail en aquellos casos donde existió un desgarro ( $p=0,002$ ).

**Conclusiones:**

En el análisis inicial de este proyecto no se han encontrado diferencias importantes en los grupos estudiados. Pendientes del análisis anatomopatológico de las biopsias periorificiales y del estudio de biomateriales por parte del equipo de biólogos participantes, esperamos que los resultados nos puedan dar premisas hacia actuaciones de prevención y reducción de complicaciones, mejora de la calidad asistencial y reducción de costes.

**Perfil de pacientes que precisan fisioterapia (FT) coadyuvante después de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria femenina (IUE) según la técnica utilizada.**

Hernández Sánchez, Teresa; Rocha de Losada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Lopez Domínguez, Esther María; López Marcos, Joaquín Francisco; Márquez Sánchez, Magaly Teresa; Valverde Martínez, Sebastian; García García, Miguel Ángel; Tinajas Saldaña, Antonio; Coderque Mejía, Monica; Padilla Fernández, Barbara; García Cenador, María Begoña; Lorenzo Gomez, María Fernanda

**COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA**

**INTRODUCCION/OBJETIVOS:** A.-Identificar el perfil clínico de las pacientes que precisan fisioterapia de suelo pélvico con biofeedback con electrodos de superficie sin electroestimulación coadyuvante (FT) después del implante de biomateriales para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) según el dispositivo implantado. B.-Determinar los factores que influyen en el resultado de la FT.

**MATERIAL Y METODO:** Estudio retrospectivo de 160 mujeres tratadas con FT después de la corrección quirúrgica de la IUE. **Grupos:** 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. **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:** Edad media 61,63 años(38-92). No hubo diferencias entre grupos, ni en TOT, Remeex<sup>□</sup> ni en cistocele éxito, mejoría parcial y fracaso.IMC no hubo diferencias.

Número de sesiones medio 17,79(4-40), menor en la mejoría parcial. En TOT menor número en resultado parcial, pero no diferencias en Remeex ni cistocele.

Más ASA I en GA1 que en GA2, no diferencia entre GA2 Y GA3. NO diferencia de ASA en Remeex éxito o fracaso, pero más ASA III en cistocele fracaso.

El 22,22% de Remeex<sup>□</sup> éxito tiene un ASA III frente a cistocele éxito 0% de ASA III. El estreñimiento es más frecuente en GA3(13%) que en GA1.Más partos eutócicos en TOT éxito(30.36%) que GA3 éxito, más histerectomía en GA3 éxito (34.62%) frente a GA1 éxito. Ausencia completa de antecedentes ginecológicos y obstétricos, 55% de GA1 frente a 36% de GA3. No hubo diferencias en la antecedentes ginecológicos-obstétricos entre GA2 y GA3. Ausencia de hábitos tóxicos más habitual en GA1 95% frente a GA2 81%. Alcoholismo más frecuente en GA2(9%) que en GA1(0%).Fumador activo más frecuente en GA2 que en GA1. No tener ningún hábito tóxico en el 92% de los casos es más frecuente en el grupo de GA éxito en comparación con GA fracaso ( $p=0,0376$ ).

**CONCLUSIONES:** 1.-Reciben FT coadyuvante después de la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria con TOT mujeres más jóvenes, con ASA más bajo y menos antecedentes ginecológicos-obstétricos que las intervenidas con Remeex® o en las que se corrige el cistocele al tiempo que la IUE. 2.-Las pacientes que FT coadyuvante después del Remeex® tienen el mismo rango de edad, ASA y antecedentes ginecológicos-obstétricos, que las que precisan la corrección del cistocele al mismo tiempo que la IUE.

**Perfil de pacientes y resultados de la inyección de sustancia abultante intravesical (Bulkamid®) para corregir el reflujo vesicoureteral.**

Rocha de Lossada, A.; Hernandez Sanchez, T.; Noya Mourullo, A.; Gomez Garcia, F.; Heredero Zorzo, O.; Garcia Garcia, M.A.; Tinajas Saldaña, A.; Lorenzo Gomez, M.F.

*Complejo Universitario de Salamanca*

Abstract 1 AVILA 2019 BULKAMID

Perfil de pacientes y resultados de la inyección de sustancia abultante intravesical (Bulkamid®) para corregir el reflujo vesicoureteral.

Rocha de Lossada, A. Hernandez Sanchez, T. Noya Mourullo, A. Gomez Garcia, F. Garcia Garcia, M.A. Heredero Zorzo, O. Tinajas Saldaña, A. Lorenzo Gomez, M. F.

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

**INTRODUCCION:** Bulkamid® es un hidrogel homogéneo no particulado que compuesto por un 97.5% de agua y un 2.5% de poliacrilamida. Más de 60.000 pacientes en el mundo han recibido tratamiento en el tracto urinario inferior con la inyección de Bulkamid® con un 75% de mejora en el caso de la incontinencia urinaria femenina, así como se ha demostrado su utilidad en las fístulas vesicovaginales. Actualmente se está empleando con éxito para corregir el reflujo vésico-ureteral (RVU).

**OBJETIVOS:** Describir el perfil de pacientes y los resultados de la inyección de sustancia abultante intravesical (Bulkamid®) para corregir el reflujo vesicoureteral.

**MATERIAL Y METODO:** Muestra retrospectiva sucesiva exhaustiva de 27 pacientes tratados con Bulkamid® como sustancia abultante inyectado con las agujas de Urotech® para corregir el reflujo vésico-ureteral.

**Grupos de estudio:** según la etiopatogenia del RVU, se distinguen: G1: idiopático, G2: asociado a cistopatía intersticial, G3: asociado a vejiga neurogénica, G4 asociado al antecedente de radioterapia pelviana, G5: asociado al antecedente de TBC.

Variables estudiadas: Edad, sexo, IMC, motivo de consulta, lateralidad, procedimiento, resultados, diagnósticos secundarios (DDSS). Se utilizó estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** La edad fue superior en las pacientes que tenían antecedentes de radioterapia pelviana (G4) e inferior en los pacientes con vejiga neurogénica (G3) ( $p = 0.0058$ ).

El motivo de consulta más frecuente fue dolor abdominal (44.44%), seguido de ITUR (40.74%). Fue más frecuente el RVUI (48.14%) seguido de bilateral (33.33%). En ningún caso hubo empeoramiento, 24 pacientes (88.88%) se corrige (48.14% al 100%, en 40.74% más del 50% del reflujo). Los DDSS más prevalentes fueron HTA y depresión. En las mujeres además la IU y las ITUR, en los varones el antecedente de adenocarcinoma de próstata tratado con cirugía y RT.

El Bulkamid® se aplica en jeringas tabuladas precargadas, para la inyección yuxtaureteral se utilizan diversas agujas. En nuestro caso utilizamos las agujas de Urotech®. La dificultad del manejo por la dureza del preparado está en relación inversa al riesgo de migración. No se han descrito casos de migración del hidrogel con Bulkamid®, a diferencia de otras sustancias abultantes más fluidas.

**CONCLUSIONES:** Pacientes con ITUR o dolor abdominal inespecífico con antecedentes de radioterapia pueden presentar RVU. El Bulkamid® presenta altas tasas de curación y buen perfil de seguridad.



## **FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS RESULTADOS DE LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA MASCULINA DESPUÉS DE LA RADIOTERAPIA TRAS PROSTATECTOMÍA**

Hernández Sánchez, Teresa; Rocha De Losada, Alberto; Noya Mourullo, Andrea; Linares Mesa, Nuria Azahara; Alvarez-Ossorio Rodal, Andrea; Márquez Sanchez, Magaly Teresa; Valverde Martinez, Sebastian; Martin Hernandez, Mario; Padilla Fernandez, Barbara; García Cenador, María Begoña; García Gómez, Francisco; Lorenzo Gomez, María Fernanda.

*COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA*

**INTRODUCCION:** La radioterapia (RT) es considerada un riesgo de fracaso del tratamiento de la incontinencia urinaria masculina (IUM). Factores relacionados con el paciente, la enfermedad y el dispositivo utilizado podrían influir en los resultados del tratamiento de la IUM.

**OBJETIVOS:** Conocer los resultados del tratamiento de la IUM en pacientes que han recibido radioterapia tras prostatectomía (PR) para el tratamiento del cáncer de próstata y los factores que influyen en los mismos.

**MATERIAL Y METODO:** Muestra multicéntrica retrospectiva exhaustiva sucesiva de 226 varones intervenidos mediante prostatectomía radical por cáncer de próstata órganoconfinado seguida de RT a los que se les implanta un dispositivo para corregir la IUM. Grupos: GA(n=137): resultado exitoso=total continencia. GB(n=89): resultado de fracaso=incontinencia. Subgrupos: "e"("éxito": al año continúa con continencia urinaria o la consiguen; Subgrupo "f"("fracaso"): al año continúan con IUM o recidiva. Variables: Edad, IMC, PSA, TNM, Gleason, volumen prostático, tiempo de control evolutivo, diagnósticos secundarios (DDSS), antecedentes, tratamientos concomitantes, tipo de dispositivo utilizado: Cinta suburetral transobturatriz (TOT), cinta suburetral regulable a nivel infrauretral (ATOMS® O PHORBAS®), o cinta suburetral regulable a nivel suprapúbico (REMEEX®), gradación de IUM. Se utilizó estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher, análisis multivariante,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** Edad media 69ª(59-82). Edad inferior en GA. No diferencias en IMC entre GA y GB(media 26.88kg/m<sup>2</sup>-rango 20.2-31.99). No diferencia en volumen prostático (media 60.59cc, rango 35-80cc).Tiempo de seguimiento desde el diagnóstico de la IU hasta la cirugía correctora: media de 7 años, mediana de 6 años(3-13): tiempo en GA inferior a GB ( $p=0.0006$ ). En GA, GAe fue inferior a GAf; GAe inferior que GBe. DDSS médicos en GA mayor comorbilidad en GAf frente a GAe. En GA hubo mayor incidencia de antecedentes quirúrgicos en GAf frente a GAe. En GB hubo más HTA, DM2, ansiedad y depresión en GBf respecto a GBe. Hubo más trastornos digestivos y dislipemia en GBe frente a GBf. Antecedente de adenomectomía prostática por STUI más en GAf(83%) frente a GBf(5%). Entre los tres dispositivos utilizados no hay diferencias entre TOT y REMEEX® en GA. Las cintas suburetrales ajustables (ATOMS® o PHORBAS®): más casos en GAf (tabla1).

Resultados(%) TOT REMEEX ATOMS/PHORBAS

GAa	91.84	98.1	75
GAf	8.16	1.19	25

Muchos pacientes intervenidos mediante ATOMS/PHORBAS que fracasaron inicialmente fueron rescatados en un segundo tiempo. Sin embargo, si utilizamos un dispositivo REMEEX® y falla de inicio, es mejor cambiar a otro tipo de dispositivo como podría ser la colocación de un esfínter urinario artificial.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento de la IUM después de PR+RT con dispositivos antiincontinencia suburetrales regulables o no, presentan una tasa de éxito en un primer tiempo del 60.66% y en un segundo tiempo suman un 82.74%. Los distintos modelos exhiben distinta capacidad de corrección que aconsejan elegir un biomaterial u otro. Pacientes más jóvenes presentan mejor pronóstico. IMC, PSA o el volumen prostático no influyen en el resultado, al contrario que el Gleason, tiempo de evolución de la IUM más prolongado, STUI pre-PR y más DDSS, que se asocian con fracaso.

**Probabilidad de recidiva de la incontinencia urinaria después de la corrección con cinta suburetral transobturatriz.**

Noya Mourullo, A.; Hernández Sánchez, T.; García Gómez, F.; Flores Carbajal, J.A.; Padilla Fernández, B.Y.; Márquez Sánchez, M.T.; Valverde Martínez, S.; Coderque Mejía, M.P.; García García, M.A.; Mirón Canelo, J.A.; García Cenador, M.B.; Lorenzo Gómez, M.F.

*Complejo Asistencial Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCION:** La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) deteriora la calidad de vida. La recidiva es una amenaza para el éxito del tratamiento.

**OBJETIVOS:** Conocer la probabilidad de presentar recidiva después de la corrección quirúrgica de IUE y los factores relacionados con la eficacia de las cintas suburetrales transobturatrices (TOT) a largo plazo.

**MATERIAL Y METODO:** Muestra multicéntrica prospectiva de 1000 mujeres intervenidas entre 1/3/2007-1/3/2017 mediante TOT tipo Contasure Kim System® (Neomedic®). Grupos: GA(n=870): intervenidas con resultado de continencia/éxito. GB(n=130): intervenidas con resultado de incontinencia/fracaso. Subgrupos en GA: GA1: mantienen continencia; GA2: presentan alguna complicación en el tracto urinario tras haber conseguido continencia. En este grupo, se distingue subgrupo GA2i cuya complicación es la recidiva de la incontinencia urinaria, bien de esfuerzo o urgencia.

**Variables:** edad, IMC, tiempo de evolución de la IUE, diagnósticos secundarios (DDSS), tratamientos concomitantes, antecedentes obstétrico-ginecológicos, resultados ICIQ-SF. Se utilizó estadística descriptiva, análisis ANOVA, t de Student, test exacto de Fisher, análisis multivariante,  $p < 0.05$  se consideró significativo.

**RESULTADOS:** Edad media 60,092a(20-87), inferior en GA. GA1:844 CASOS=97.01%. GA2i=26 CASOS 2.98% . Erosiones uretrales 3 casos en la serie, no analizables por el bajo número (en el grupo de fracasos). Extrusión a vagina 4 casos, (en el grupo GA2), volvieron a la incontinencia cuando se explantaron las cintas. Hubo 3% de casos de infección: todos en pacientes de riesgo: a.-alergia a antibióticos que impidió la profilaxis óptima (alergia a penicilina y sulfamidas), b.-diabetes de tipo 1 de larga evolución, c.-fumadoras de más de 20 cigarrillos diarios. No hubo ninguna infección en pacientes sin factores de riesgo. Todos los casos de infección se produjeron en GB. Dolor crónico significativo en postoperatorio diferido (más de un mes postquirúrgico) apareció en el 4% de las pacientes: 10 casos de pacientes de GA1, 12 CASOS de GA2 y 14 CASOS de GB. 10,6% de IUU de novo. 0% en GA1 = 0 casos. 23.07% en GA2: 6 casos = 0.68% de las pacientes de GA. En GB (n=130) hay 100 casos no de IUU de novo si no 100 casos de IU mixta, que no podemos considerar IUU de novo estrictamente= 76.92%. lo que ocurre que en el 50% de estos casos ya las pacientes tenían IU mixta, por lo tanto solo sería 38.46% de IUU de novo.

**CONCLUSIONES:** La aparición de IU de urgencia de novo después de TOT tipo Kim System® (Neomedic®) es del 10.6%. Tras conseguir continencia, la probabilidad de IU de urgencia como recidiva de IU es del 0.68%.

La probabilidad de recidiva de la IUE tras corrección con TOT Kim System® es del 2.98% en 2657días, mediana 2555(1460-5575). La recidiva de la IU se relaciona con extirpación de malla extruida. La recidiva relacionada con infección aparece en pacientes de riesgo (alergias, diabetes, tabaquismo).

**Rentabilidad económica de diferentes estrategias de profilaxis frente a las infecciones urinarias de repetición.**

Rocha de Lossada, Andrea; Hernandez Sanchez, Teresa; Noya Mourullo, Andrea; Gomez Garcia, Francisco; Hernandez Sanchez, Emilio; Gonzalez Enguita, Carmen; Marquez Sanchez, Magaly Teresa; Valverde Martinez, Sebastián; Mirón Canelo, José Antonio; Padilla Fernandez, Bárbara; Garcia Cenador, Maria Begoña; Lorenzo Gomez María Fernanda.

*Complejo Universitario de Salamanca*

**INTRODUCCION:** La profilaxis no antibiótica podría ser más rentable en las infecciones del tracto urinario de repetición.

**OBJETIVO:** 1.-Evaluar los costes de la profilaxis de las infecciones del tracto urinario de repetición (ITUR) con antibióticos y los costes de la profilaxis con estrategias diferentes a los antibióticos. 2.-Comparar la rentabilidad de las medidas profilácticas durante un año de seguimiento.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio multicéntrico prospectivo no concurrente observacional en 1614 mujeres >18 años que reciben profilaxis contra ITUR. Grupos: GA: profilaxis con antibiótico en pauta supresiva convencional. GB:profilaxis con vacuna bacteriana polivalente Uromune®. GC: estrategias coadyuvantes diferentes a antibiótico o a vacuna bacteriana polivalente: en nuestro medio se utilizan como adyuvantes sintomáticos: biofeedback de suelo pélvico, manosa, toxina botulínica endovesical, colpotrofin tópico vaginal. Variables: edad, IMC, antecedentes personales, diagnósticos secundarios (DDSS), hábitos tóxicos, tratamientos concomitantes, tiempo libre de enfermedad, urocultivos, estudios complementarios, gastos directos e indirectos atribuidos al padecimiento de las ITUR. Controles al mes, 3, 6 y 12 meses. Estadística descriptiva, T de Student, test exacto de Fisher, ANOVA, análisis multivariante, análisis de supervivencia mediante Kaplan Meier.  $p < 0.05$  se considera significativo.

**RESULTADOS:** Edad media 59.17años(18-93), inferior en GB. IMC medio 28.84(19.53-41.91), inferior en GA. Gasto por profilaxis medio de 268.58 (76.25-960) euros, superior en GC. Precio primera consulta especializada pública:225.63 euros. El gasto promedio en consultas sucesivas, de urgencias, en Atención Primaria fue inferior en GB. El gasto en tratamientos por episodios de ITU en un año de seguimiento, consumo de analgésicos, bajas laborales fue inferior en GB respecto a GA y GC. El gasto en tratamientos por episodios de ITU en un año de seguimiento, consumo de analgésicos, bajas laborales fue inferior en GC respecto a GA.

**CONCLUSION:** La profilaxis de las ITUR con vacuna polibacteriana Uromune® aporta un ahorro significativo sobre estrategias convencionales (antibióticos) o alternativas, en términos de menos consumo de antibióticos, analgésicos, visitas médicas, pruebas complementarias y bajas laborales.

**Características de las pacientes sometidas a rehabilitación del suelo pélvico**

Gallego Matey, Ángel; Moreno Mesón, Carmen; Prieto Nogal, Sara Belén; Grinard de León, Edwin Ariel; Valverde, Lauro Sebastián; Polo López, Carlos; Martín, Mario; Gómez Tejeda, Luis Miguel  
*Hospital Nuestra Señora de Sonsoles de Ávila*

La rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico constituye el primer escalón del tratamiento de la IUE femenina. Se diseña un estudio retrospectivo observacional de corte con 20 pacientes en el que se analiza la relación entre las variables: edad, IMC, urgencia miccional, números de embarazos y partos, severidad y tiempo de evolución de la incontinencia con la mejoría tras rehabilitación medida en mejoría subjetiva y curación observada por el médico. La edad media fueron 56,05 años (DE 13,05); IMC 28,6 (DE 2), mediana de gestación y partos 2(IQ 0-4); tiempo de evolución 3,9 años (DE4) y seguimiento medio de 13,40 meses (DE 5,3). La tasa de curación fue del 100% en incontinencia leve, del 78,6% en IUE moderada y del 0% en IUE grave ( $p < 0,05$ ). La existencia de urgencia no presentó diferencias en la tasa de curación pero sí en la sensación subjetiva de mejoría (mejoría completa no urgencia/sí urgencia 66,7/21,4%), si bien no alcanzó significación estadística, al igual que presentar un IMC  $> 30$  (curación 75% vs 25%,  $p > 0.05$ ). Tampoco existieron diferencias en las variables cuantitativas (edad, número de embarazos y partos, IMC y tiempo de evolución). Conclusión: La severidad de la incontinencia y la coexistencia de urgencia en el momento de la valoración puede disminuir la eficacia de la rehabilitación del suelo pélvico, pudiendo optarse por otras alternativas