

Boletín de la ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

Año XXIX - Nº 31
MURCIA, febrero 2025



www.uromurcia.es



amu

Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU

PRESIDENTE:

Dr. Leandro Reina Alcaína

VICEPRESIDENTA:

Dra. Paula Samper Mateo

SECRETARIO:

Dr. Cristóbal Moreno Alarcón

TESORERO:

Dr. Manuel José Segura Sánchez

VOCAL CIENTÍFICO:

Dr. Carlos Sánchez Rodríguez

VOCAL:

Dra. Victoria Muñoz Guillermo

VOCAL DE RESIDENTES:

Dr. Gerardo Server Gómez

SEDE SOCIAL

ILTRE. COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda. Juan Carlos I. Murcia

www.uromurcia.es

info@uromurcia.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Gade Eventos

urologiamurcia@gadeeventos.es

Portada:

Pareja. Alberto Giacometti Borgonovo, Bergaglia, Suiza (1901-1966).

Foto Dr. Pérez Albacete. Exposición Caixabank, Zaragoza, 2024. Autorizada con permiso.

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime: Compobell, S.L. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial _____	3
Presentación del XXX Congreso de la AMU, Cartagena _____	5
Programa científico _____	7
Comunicaciones presentadas _____	11
Premios de la AMU en 2024: Server Falgás, Pérez Albacete y Mariano Tomás _____	29
XLVI Reunión de los médicos residentes de la Asociación Valenciana y Murciana de urología. Programa _____	31
Complejo Hospitalario de Cartagena, actividad urológica (2011-2025) _____	33
Incorporación femenina a la Urología. Región de Murcia _____	35

Queridos compañer@s:

La Asociación Murciana de Urología se constituye sin ánimo de lucro, de ámbito regional y capacidad plena de obrar. Los fines de esta Asociación son de interés general, exclusivamente científicos y comprende contribuir como órgano asesor, en base a su experiencia y conocimiento de la realidad urológica de la Comunidad Murciana, a la planificación y organización de la actividad asistencial hospitalaria y extrahospitalaria de la misma, fomentar y apoyar todas las manifestaciones científicas relacionadas con la Urología a la población, establecer y estimular las relaciones con la Asociación Española de Urología, así como con todas aquellas Asociaciones o Sociedades similares existentes o que se creen en el futuro en el Estado Español y en los distintos países del extranjero. También tiene como misión promover y defender el ejercicio profesional de sus miembros. Actualmente aglutina a 78 especialistas.

La creación de la Asociación Murciana de Urología se gestó durante la asamblea de la 6ª Reunión Regional de la Asociación Española de Urología, celebrada en Elche, en febrero de 1994, en la que se planteó la conveniencia de crear asociaciones urológicas por Comunidades Autónomas. La evolución de esta Asociación en nuestra Región ha sido constatada por un crecimiento en el número de socios agregados, el número de reuniones científicas, un implemento en el rigor científico de nuestro congreso anual y la concesión de ayudas a la formación de Médicos Internos Residentes de Urología de nuestra Región.

La línea de trabajo actual de la Asociación Murciana de Urología es hacer una asociación más cercana intentando que la mayoría de los Urólogos murcianos sean capaces de sentirse partícipes de ella, potenciar y favorecer las relaciones institucionales y con otras asociaciones urológicas o de otras especialidades, y especialmente con el Servicio Murciano de Salud y la Asociación Española de Urología. Trabajaremos en hacer una Asociación transparente y accesible, facilitando y apoyando iniciativas que tiendan a la formación o realización de estudios o proyectos multicéntricos y manteniendo una comunicación fluida con los asociados.

Desde la Junta Directiva, os saludamos en este año 2025 con motivo de nuestro XXX Congreso anual de la Asociación Murciana de Urología que, en esta ocasión, ha sido organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena. Esperamos con ilusión que el programa sea de vuestro agrado.

Dr. Leandro Reina

Presidente de la Asociación Murciana de Urología



Presentación Congreso AMU

Amigos y compañeros,

Este año corresponde organizar nuestra reunión anual, al servicio de urología del Complejo Hospitalario Sta. Lucía-Rosell de Cartagena; reunión que será la XXX edición, que tendrá lugar los días 28 febrero y 1 marzo en nuestra ciudad.

Han pasado unos años, desde 2017, cuando se nos encomendó organizar la XXII edición, con un saldo muy positivo, que esperamos, al menos, mantener en esta ocasión.

Esta ciudad desde siempre ha sido tierra hospitalaria; ya conocéis la historia de la trimilenaria, y es por ello que queremos mantener esta línea de acogida, haciendo que vuestro paso por aquí, sea un tiempo de satisfacción tanto en lo científico como en lo social. Que podáis disfrutar, si así lo consideráis, de pasear por nuestras calles y plazas, de nuestra arquitectura modernista, museos... sin olvidar acercarse al mar, que tanta vida y carácter nos aporta.

Sin más, ser bienvenidos a esta ciudad, que os acoge con afecto y a este hospital, cuyo servicio de urología, espera estar a la altura y no defraudar.

Un fuerte abrazo a todos

Juan Moreno Avilés
Jefe del servicio de urología CHU Sta. Lucía-Rosell, Cartagena. Área 2 SMS

VIERNES 28 DE FEBRERO

- 15:30 h. Entrega de documentación.
- 15:50 h. Acto de Inauguración.
- 16:00-17:00 h. **MESA DE COMUNICACIONES ORALES 1.**
Moderadores:
Dr. Julián Oñate Celdrán
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.
Dr. Pedro Ángel López González
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.
- 17:00-18:15 h. **MESA DE EXPOSICIÓN DE VIDEOS 1.**
Moderadores:
Dr. Víctor Javier García Porcel
Hospital General Universitario Reina Sofía
Dra. Gloria Doñate Iñiguez
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor.
- 18:15-18:45 h. Pausa Café
- 18:45-19:15 h. **CONFERENCIA: Linfadenectomía en cáncer de próstata**
Moderador:
Dr. Antonio Rosino Sánchez
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

Ponente: **Dr. Karim Touijer**
Memorial Sloan Kettering Cancer Center de New York.
- 19:15-20:15 h. **PANEL CIENTÍFICO 1**
ACTUALIZACIÓN DEL PAPEL DE LA LINFADENECTOMÍA EN LOS DISTINTOS CÁNCERES UROLÓGICOS.
Moderador:
Dr. Antonio Rosino Sánchez
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE PENE.
Dr. Antonio S. Salinas Sánchez
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE TUS.
Dr. Bogdan Pietricica
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE TESTÍCULO.
Dr. Cristóbal Moreno Alarcón
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

SÁBADO 1 DE MARZO

09:00-09:45 h. Examen de residentes

09:30-09:45 h. **INCORPORACIÓN FEMENINA A LA UROLOGÍA. REGIÓN DE MURCIA.**

Dr. Mariano Pérez Albacete

Urólogo sénior. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

09:45-10:45 h. **MESA DE COMUNICACIONES ORALES 2.**

Moderadores:

Dra. Miriam Artes Artes

Hospital General Universitario Santa Lucía Cartagena.

Dr. Leando Reina Alcaina

Hospital General Universitario Rafael Méndez Lorca.

10:45-11:15 h. Descanso

11:15-12:00 h. **MESA DE EXPOSICIÓN DE VIDEOS 2.**

Moderadores:

Dr. José Carlos Ruiz Morcillo

Hospital General Universitario Rafael Méndez Lorca.

Dr. Lucas Asencio Egea

Hospital de La Vega Lorenzo Guirao Cieza.

12:00-12:30 h. **CONFERENCIA: PAPEL DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA EN HBP.**

Dr. Ignacio Moncada Iribarren

Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid.

12:30-13:30 h. **PANEL CIENTÍFICO 2:**

TIPS AND TRICKS EN CIRUGÍA ASISTIDA POR ROBOT.

Moderador: Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

TIPS AND TRICKS EN CIRUGÍA ROBÓTICA DE PRÓSTATA.

Dr. Leandro Sala Lafuente

Hospital General Universitario Santa Lucía.

TIPS AND TRICKS EN CIRUGÍA ROBÓTICA DE VEJIGA.

Dr. Gregorio Hita Villaplana

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

TIPS AND TRICKS EN CIRUGÍA ROBÓTICA DE RIÑÓN.

Dr. Damián García Escudero

Hospital General Universitario Reina Sofía.

13:35-14:05 h. **Asamblea de socios de la AMU**

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente:

Dr. Juan Moreno Avilés

Secretario:

Dr. Carlos García Espona

Vocales:

Dra. Almudena Rodríguez Tardido

Dr. Leandro Sala Lafuente

Dr. Eugenio Hita Rosino

Dr. Max Cachay Ayala

Dra. Arancha Pardo Martínez

Dr. Florencio Manuel Marín Martínez

Dra. Miriam Artés Artés

Dra. Natalia Vidal Crespo

Dra. Laura Aznar Martínez

Dra. Iris Guardiola Ruiz

Dr. Oleg Santamaría Fernández

RESIDENTES

Dr. Gerardo Server Gómez

Dra. María Valor Pérez

Dra. Olga García García

Dra. Sonsoles Ponti Aguirre

COMITÉ CIENTÍFICO:

Presidente:

Dr. Carlos Sánchez Rodríguez

Secretario:

Dra. Victoria Muñoz Guillermo

Vocales:

Dra. Gloria Martínez Gómez

Dra. Natalia Vidal Crespo

Dra. Beatriz La Iglesia Lozano



Comunicaciones. Mesa 1

C-1.1. RESULTADOS INICIALES DE ENZALUTAMIDA EN PROTOCOLO EMBARK: PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA NO METASTÁSICO Y RECIDIVA BIOQUÍMICA DE ALTO RIESGO.

Flores Hernández C., Cívico Sánchez C., Rosino Sánchez A., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Ipiens Sáez M., Salinas C.; Muñoz Guillermo V., Barceló Bayona I., Carrillo George C., Montoya R., Izquierdo E., Pietricica B., Cruces F., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Zafra M., Fernández Aparicio T.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: A raíz de los resultados del ensayo EMBARK, se aprobó la utilización de Enzalutamida en un subgrupo de pacientes con recidiva bioquímica de alto riesgo M0. En nuestro centro, se utiliza Enzalutamida en esta indicación desde 2023. Dado que es importante evaluar los resultados de estas moléculas dentro de la práctica clínica diaria, proponemos analizar los resultados oncológicos de nuestros pacientes bajo protocolo EMBARK.

MATERIAL Y MÉTODOS: Trabajo retrospectivo observacional y analítico, se incluyeron pacientes CPnm con recidiva bioquímica de alto riesgo que han recibido Enzalutamida desde abril 2023 hasta diciembre 2024. Se evaluó características basales de los pacientes, respuesta de PSA y progresión.

RESULTADOS: Se incluyeron 8 pacientes. La media de PSA al diagnóstico fue 7,25 ng/dl (RIQ 4,83-8,86). En 87,5% (7 pacientes) de los pacientes se hizo PR como tratamiento inicial y en un 12,5% (1) RT + TDA. El 50% de los pacientes recibió RT de rescate durante la evolución de su CaP. En cuanto al ISUP de la pieza, 28,5% (2) fueron ISUP 2, 42,8% (3) ISUP 3 y 28,5% ISUP 5. En cuanto al estadio T tras PR, 42,8% (3) presentó un estadio <3 y 57,15% un estadio ≥3 (3 fueron T3a y 1 T3b). Ninguno de los pacientes en los que se realizó linfadenectomía (71,4%) presentó afectación ganglionar. Al inicio del EC, la media de edad fue de 69 años (RIQ 61-78) y la mediana de PSA 1,79 ng/dl (RIQ 1,18-2,78). La media del PSA_{dt} fue de 5,64 meses (RIQ 2,67-8,74). Todos los pacientes fueron N0 y M0 no solo en TC y GGO si no también en PET-PSMA/Colina. En cuanto a la tolerancia al tratamiento, ningún paciente presentó toxicidad ≥3. Todos los pacientes tuvieron una reducción del 90% del PSA inicial en una media de 1,5 meses (RIQ 0,25-1,75). Además, todos los pacientes del estudio consiguen un PSA<0.50 ng/dl. No se evidencia progresión clínica, serológica ni radiológica en ninguno de los pacientes y 5 pacientes (62,5%) se encuentran actualmente en fase off del EC. La media de seguimiento fue de 8,5 meses.

CONCLUSIONES: Aunque nuestra serie es todavía limitada en número y tiempo de seguimiento, es importante destacar la buena tolerancia al tratamiento y la importante respuesta clínica, analítica y radiológica en estos pacientes con tratamiento según protocolo EMBARK.

C-1.2. RESULTADOS INICIALES DE APALUTAMIDA EN PROTOCOLO TITAN: PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO M1a.

Flores Hernández C., Cívico Sánchez C., Rosino Sánchez A., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Ipiens Sáez M., Salinas C.; Muñoz Guillermo V., Barceló Bayona I., Carrillo George C., Montoya R., Izquierdo E., Pietricica B., Cruces F., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Zafra M., Fernández Aparicio T.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: A pesar de que la Apalutamida está indicada en cáncer de próstata metastásico, el ensayo TITAN excluyó los pacientes M1a (se requería al menos una metástasis ósea). Es por ello que nos disponemos a analizar los resultados en nuestro centro en este subgrupo de pacientes (CPHS M1a) desde 2020.

MATERIAL Y MÉTODOS: Trabajo retrospectivo observacional y analítico, se incluyeron pacientes CPHSm M1a que han recibido Apalutamida + Deprivación Androgénica desde enero 2020 hasta diciembre 2024. Se evaluó características basales de los pacientes, respuesta de PSA y progresión.

RESULTADOS: Se incluyeron en total 6 pacientes. La media de PSA al diagnóstico fue de 97,21 ng/dl (RIQ 24,42-179,87). Al inicio del ensayo, la media de edad fue de 71 años (RIQ 55,7-85,5) y la media de PSA al inicio fue de 97,95 ng/dl (RIQ 25,5-179,8). 5 de los pacientes (83,3%) fueron metastásicos de debut (de uno de los pacientes no disponemos de informes del diagnóstico). 3 de los pacientes (50%) recibieron IMRT. En cuanto a la tolerancia al tratamiento, ningún paciente presentó toxicidad grado ≥3. Todos los pacientes presentaron una reducción al 90% PSA inicial, con una mediana de tiempo de 1,5 meses desde el inicio. 5 de los pacientes (83,3%) alcanzaron un PSA <0.5 ng/dl. La mediana de seguimiento fue de 10 meses. 1 de los pacientes (16,6%) presentó progresión radiológica durante el seguimiento precisando cambio de tratamiento.

CONCLUSIONES: Aunque nuestra serie es todavía limitada en número y tiempo de seguimiento, es importante destacar la buena tolerancia al tratamiento y la importante respuesta bioquímica de estos pacientes con tratamiento según protocolo TITAN.

C-1.3. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON APALUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO.

Sánchez Almería, L.; Alcón Cerro, P.; Moreno Sánchez, P.; López García G.; Esparcia López J.; García Porcel, V.J.; Molina Hernández, O.; Velázquez Gomariz I.; García Escudero, D.; Sánchez Rodríguez, C.; Oñate Celdrán, J.; Abad López A.; Jiménez Penick, J.F.; Jiménez Parra J.D.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.; Valdelvira Nadal, P. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El cáncer de próstata hormonosensible metastásico (CPHSm) presenta un comportamiento heterogéneo, influido por características clínicas como el tiempo de aparición metastásica y la respuesta de PSA. Este estudio tiene como objetivo evaluar la supervivencia global (SG) y libre de progresión (SLP) en pacientes tratados con TDA y Apalutamida, analizando subgrupos según el momento de aparición metastásica (sincrónico vs. metacrónico) y los valores de PSA durante el seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis retrospectivo unicéntrico de 46 pacientes con CPHSm tratados entre 2020 y 2024. Se calcularon medias, medianas y curvas de Kaplan-Meier para SG y SLP, comparando subgrupos mediante la prueba de log-rank. Los valores de PSA se categorizaron como ≤ 0.02 , entre 0.02-0.2 y > 0.2 ng/ml.

RESULTADOS: La edad media fue de 75.7 años (60-92) y el seguimiento medio de 15.5 meses (1-44). El porcentaje de Gleason ≥ 8 fue del 69%, distribuidos según aparición metastásica en sincrónicos (63%) y metacrónicos (37%).

La SG media fue de 33.8 meses (IC 95%: 28.8-38.8). En subgrupos, fue de 34.5 (IC 95%: 26.7-42.3) para metacrónicos y 33.2 (IC 95%: 26.8-39.5) para sincrónicos ($p=0.91$).

La SLP global fue de 35.8 meses (IC 95%: 30.9-40.6). Para sincrónicos fue de 33.8 meses (IC 95%: 27.2-40.4) y para metacrónicos 38.8 meses (IC 95%: 32.4-45.3), con mejores resultados en metacrónicos ($p=0.364$).

A los 12 meses, la SG media según PSA fue de 38.3 meses (≤ 0.02), 33.3 meses (0.02-0.2) y 24.6 meses (> 0.2), $p=0.073$. A los dos años, fue de 38.4 meses (≤ 0.02), 32.7 meses (0.02-0.2) y 25.4 meses (> 0.2), $p=0.126$.

CONCLUSIONES: Este estudio evidencia una SG y SLP favorable en pacientes tratados con TDA y Apalutamida. Aunque no se alcanzó significación estadística, el PSA al año muestra una tendencia como indicador clínico relevante, destacando mejores resultados en PSA ≤ 0.02 ng/ml. La aparición metastásica y la respuesta al PSA deben seguir evaluándose como marcadores pronósticos clave.

C-1.4. RESULTADOS INICIALES DE DAROLUTAMIDA EN PROTOCOLO ARASENS: PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA HORMONOSENSIBLE METASTÁSICO (CPHSm).

Cívico Sánchez C., Flores Hernández C., Rosino Sánchez A., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Ipiens Sáez M., Salinas C.; Muñoz Guillermo V., Barceló Bayona I., Carrillo George C., Montoya R., Izquierdo E., Pietricica B., Cruces F., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Zafra M., Fernández Aparicio T. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: A raíz de los datos publicados en el año 2023 del ARASENS se aprobó la utilización del triplete con Darolutamida, Docetaxel y TDA. En nuestro centro, se utiliza Darolutamida en esta indicación desde 2023. Dado que es importante evaluar los resultados de estas moléculas dentro de la práctica clínica diaria nos proponemos analizar los resultados oncológicos de nuestros pacientes bajo protocolo ARASENS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Trabajo retrospectivo observacional y analítico, se incluyeron pacientes CPHSm que han recibido Darolutamida + Deprivación Androgénica + Docetaxel desde enero 2023 hasta diciembre 2024. Se evaluó características basales de los pacientes, respuesta de PSA y progresión.

RESULTADOS: Se incluyeron en total 7 pacientes. Al inicio de tratamiento la media de edad fue de 60,43 años y la media de PSA de 96,41 ng/dl. 3 pacientes (42,9%) presentaron metástasis ganglionares no regionales, 5 (71,4%) metástasis óseas y 2 (28,6%) metástasis viscerales. En cuanto a la tolerancia al tratamiento, ningún paciente presentó toxicidad grado ≥ 3 . Todos los pacientes completaron 6 ciclos de Docetaxel.

Todos los pacientes tuvieron una reducción al 50% del PSA inicial y un 85,7% (6 pacientes) presentó una reducción del PSA de inicio al 90% en una media de tiempo de 2,33 meses. 2 de los pacientes (28,57%) alcanzaron un

PSA<0,5 ng/dl. La mediana de seguimiento fue de 6 meses. Durante este tiempo únicamente un paciente progresó al tratamiento a los 14 meses y su tratamiento de rescate fue Cabazitaxel.

CONCLUSIONES: Aunque nuestra serie es todavía limitada en número y tiempo de seguimiento, es importante destacar la buena tolerancia al tratamiento combinado de Darolutamida + Docetaxel y que todos los pacientes completaron todos los ciclos de Docetaxel.

C-1.5. EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE DAROLUTAMIDA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO, EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE MURCIA.

*Moreno Sánchez, P.; Alcón Cerro, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Esparcia López, J.; Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; Valdevira Nadal, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

INTRODUCCIÓN: Darolutamida es un inhibidor no esteroideo del receptor androgénico (RA), aprobado en Europa, para cáncer de próstata (CP) resistente a castración no metastásico (CPRCnm) junto a terapia de privación androgénica (TDA), y para CP hormonosensible metastásico, junto a TDA y docetaxel. Presenta una estructura química con un anillo de pirazol sustituido que se une con alta afinidad al RA. Su penetración de la barrera hematoencefálica es muy limitada, presentando menos efectos adversos en sistema nervioso central.

OBJETIVO: describir nuestra experiencia inicial en el Hospital Reina Sofía de Murcia (HGURS) en el uso de darolutamida para pacientes CPRCnm.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo que incluyó a todo paciente del HGURS con CPRCnm que inició darolutamida del 11 de mayo de 2023 hasta diciembre de 2024. Registramos edad, riesgo, tratamiento previo, PSA pre-tratamiento, PSA doubling-time (PSADT), tiempo en reducir el PSA inicial un 50% (PSA50), 90% (PSA90), PSA ultra-bajo (<0,02 ng/mL), adherencia terapéutica, interacciones farmacológicas, efectos adversos y gravedad, progresión (incluyendo tiempo y tipo). Comparamos los datos con la literatura.

RESULTADOS: Incluimos 11 pacientes, todos de alto riesgo, con edad media de 80 años. La mediana de PSA pre-tratamiento fue 5,4 ng/mL. Como tratamiento previo, cinco pacientes recibieron solo TDA, 3 pacientes, TDA y radioterapia, y 3 pacientes prostatectomía radical, radioterapia y TDA. El PSADT fue menor o igual a 6 meses en nueve pacientes y solo un paciente presentó un PSADT entre 6 y 10 meses.

Todos alcanzaron PSA50 (mediana: 1 mes), seis pacientes alcanzaron PSA90 (mediana: 3,8 meses) y 2 pacientes lograron además PSA ultra-bajo (mediana: 4,5 meses)

Hubo adherencia terapéutica completa. No encontramos interacciones farmacológicas. Tres pacientes presentaron progresión serológica (8, 9 y 12 meses), ninguno radiológica ni clínica. Dos pacientes presentaron efectos adversos leves (astenia, elevación de enzimas hepáticas)

CONCLUSIÓN: La mayoría de pacientes presentó una reducción significativa del PSA y adherencia terapéutica. Únicamente dos pacientes tuvieron efectos adversos leves, sin precisar suspensión del fármaco o modificar la dosis. Nuestros resultados son similares a la literatura. Darolutamida parece ser eficaz y seguro, aunque nuestra muestra fue reducida y recomendamos ampliar el tamaño muestral y tiempo de seguimiento.

C-1.6. ABIRATERONA GENÉRICA VS ZYTIGA EN CÁNCER DE PROSTATA METASTÁSICO: ESTUDIO COMPARATIVO DE EFECTOS SECUNDARIOS Y TIEMPO MEDIO DE PROGRESIÓN.

*López García, G.; Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; Alcón Cerro, P.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; Esparcia López, J.; Valdevira Nadal, P.
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El manejo del cáncer de próstata metastásico ha evolucionado significativamente, con terapias dirigidas a reducir los niveles de andrógenos, como la abiraterona, desempeñando un papel central. El objetivo de este estudio es analizar el perfil de efectos secundarios y la progresión de la enfermedad en pacientes tratados con abiraterona en las áreas sanitarias VII y IV de la Región de Murcia, diferenciando entre Zytiga y Abiraterona genérica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional de 96 pacientes consecutivos con diagnóstico de cáncer de próstata resistente a la castración metastásico y hormonosensible metastásico tratados con Abiraterona entre enero de 2015 y junio de 2024 en las áreas de salud VII y IV. Se diferenció entre Zytiga (41 pacientes), abiraterona genérica (AbiGen)

(16 pacientes), y comienzo con Zytiga y posterior cambio a AbiGen (28 pacientes). Se excluyeron 11 pacientes por falta de respuesta inicial al tratamiento.

Se analizaron efectos secundarios y tiempo medio a la progresión mediante pruebas de Chi-cuadrado, ANOVA, U de Mann-Whitney y regresión de COX.

RESULTADOS: La edad media fue de 76.8 años y la mediana de PSA inicial de 57.2 ng/ml.

Un 74.1% eran hipertensos, 35.2% diabéticos y 45.8% dislipémicos. Los grupos estudiados fueron comparables en características demográficas y factores dependientes de la enfermedad (PSA, Gleason, carga tumoral).

El efecto secundario más destacado fue la hipertensión (21.9% en Zytiga vs 56.8% en AbiGen, $p=0.002$). El 5.8% de los pacientes tratados con Zytiga presentaron efecto flare vs el 25% en AbiGen, $p=0.038$.

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en fatiga, hipopotasemia, edema de miembros inferiores, toxicidad hepática, hiperglucemia y evento cardíaco, no obstante estos efectos secundarios se presentaron con más frecuencia en el grupo de AbiGen.

El tiempo medio a la progresión serológica con Zytiga fue 23.9 meses vs AbiGen de 13.1 meses (HR, 2.043; IC95% 0.837-4.990; $p=0.117$).

CONCLUSIONES: En nuestra población abiraterona genérica destacó por mayor riesgo de hipertensión y menor tiempo hasta la progresión frente a Zytiga. Dadas las características retrospectivas de nuestro estudio, se requiere de un análisis prospectivo y aleatorizado para poder confirmar estos resultados.

C-1.7. EFICACIA DEL EJERCICIO FÍSICO DE FUERZA SOBRE LA FATIGA EN PACIENTE BAJO DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA.

Herrero Vidal, L; Soler López, A.¹; Toledo Pozuelo, R¹; Yago Giménez, P.; García-Rivas Carmona, F.; Ruiz Merino, G.²; Vera Ballesteros, F.J.; Mellado Campoy, J.; Andrés Andrés, A.; Laredo Alonso, C.; López González, P.A.; Aznar Martínez, L.; Moreno Alarcón, C.; López Cubillana, P.; Martínez Muñoz, R.; Fernández Garay, J.C.; Rull Hernández, J.; Martínez Gómez, G.; Tornero Ruíz, J.I.; Escudero Bregante, J.F.; Nicolás Torralba, J.A.; Server Pastor, G.; Prieto González, A.; Rosino Sánchez, A.³; Guzmán Martínez-Valls, P.L.; Cao Avellaneda, E.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

(1) Fundación Never Surrender.

(2) Instituto Murciano Investigación Biosanitaria.

(3) Hospital Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existe un creciente interés por el deterioro en la calidad de vida secundario a la terapia de privación androgénica (TDA) en pacientes con cáncer de próstata metastásico (mCaP). La incorporación del ejercicio físico está emergiendo como terapia adyuvante en la mejoría sintomática.

El objetivo principal de nuestro estudio es determinar la eficacia observada por el propio paciente mediante cuestionarios validados (PROMs) de un programa de ejercicio físico de fuerza, personalizado y supervisado por la Fundación Never Surrender (NS), sobre la mejora de la fatiga. Otros cuestionarios de calidad de vida fueron simultáneamente realizados para otros aspectos de la calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio prospectivo y multicéntrico en pacientes con mCaP bajo TDA, mediante un programa de ejercicio según metodología NS realizado desde enero 2024 hasta Enero 2025.

Se mide la fatiga mediante el cuestionario "Inventario Breve sobre la Fatiga (BFI)" (0-10 puntos), que se completó al inicio del estudio, a los 3 y 6 meses. Otros aspectos de la calidad de vida se valoraron mediante los cuestionarios FACT-P, HADS, EVA y Pittsburgh. Se ha realizado un análisis univariante utilizando el test de Kolmogorov-Smirnoff y el t-Student para medidas repetidas. Consideramos significativo un nivel $p<0,05$.

RESULTADOS: Un total de 15 pacientes fueron reclutados. La mediana de edad fue de 71 años (54-92), un tiempo medio bajo TDA de 41 meses y una hemoglobina media 13,9mg/dl. El número medio de sesiones fueron 60 [48-72].

La fatiga basal media fue de 5,62 puntos (IC 95% DE 2,15), considerada moderada-alta. Tras la intervención, se objetivó una mejora de 1,23 puntos (DE 2,83 $p=0,07$) a los 3 meses, de 2,08 puntos (DE 1,98 $p=0,02$) entre los 3 y 6 meses y 2,92 puntos (DE 2,47 $p<0,01$) a los 6 meses, lo que supone una mejoría total del 52% sobre la inicial. El resto de cuestionarios presentaron resultados positivos de manera global.

CONCLUSIONES: El programa de ejercicio de fuerza personalizado según metodología NS fue eficaz para disminuir la fatiga y otros FCV en los pacientes bajo TDA.

C-1.8. RESULTADOS POSTOPERATORIOS Y ONCOLÓGICOS TRAS NUESTRA SERIE INICIAL DE PROSTATECTOMÍA RADICAL ROBÓTICA, EN PACIENTES NO SELECCIONADOS.

*Sala Lafuente, L. ; Rodríguez Tardido, A.; Marín Martínez, F.; Guardiola Ruiz, I.; Pardo Martínez, A.; Cachai Ayala, M.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Aznar, Martínez, L.; Hita Rosino, E.; Server Gómez, G.; Valor Perez, M.; García García, O.; Ponti Aguirre, S.; García Espona, C.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.*

INTRODUCCIÓN: La Prostatectomía Radical Robótica (PRR) se realiza desde hace tiempo en muchos hospitales de España y del mundo. Sin embargo, la disponibilidad en nuestro centro es reciente.

OBJETIVOS: Presentar nuestra serie inicial pacientes NO SELECCIONADOS y su impacto en los resultados quirúrgicos y oncológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte de 100 pacientes consecutivos sometidos a PRR, entre marzo 2022 y Julio 2024.

Valoramos datos preoperatorios (edad, IMC, ASA ICC, tamaño prostático), quirúrgicos (tiempo, conversiones, descenso de la hemoglobina, transfusiones, complicaciones) y oncológicos (PSA pre y postoperatorio, estadio según la clasificación de D'Amico, márgenes quirúrgicos, y otros datos de interés anatomopatológicos).

RESULTADOS: La edad media fue de 65 años (45-75); el IMC medio fue de 28,4 (21-39), y un 37% tenían IMC ≥ 30 . El 71% presentó un ICC >3 , y fueron ASA I, II y III un 19%, 64%, y 17% respectivamente. Un 35% tenían cirugías abdominales, 3% RTUp, y 2% RTUv previas. El volumen prostático medio fue de 47 cc (40-190).

Realizamos linfadenectomía lilio-obturatriz ampliada en el 36%, y conservación NV el 45%, en tiempo operatorio medio de 312 min (180-550). No hubo transfusiones intraoperatorias, con un descenso medio de la Hemoglobina de 3,5 puntos. El índice de complicaciones intraoperatorias fue de 6%. Tuvimos un solo caso de conversión (1%) a cirugía abierta por intolerancia al neumoperitoneo.

La mediana de hospitalización fue 3 días (2-34) y las complicaciones postoperatorias durante el ingreso fueron: Clavien I; 17%; Clavien II, 5%; Clavien IIIb, 3%. Hubo 12 reingresos dentro de los 90 días postoperatorios, dos por complicaciones Clavien IIIb. No hubo complicaciones Clavien IV ó V.

El PSA preoperatorio medio fue de 8,4 ng/ml (2,7-32), y se clasificaron en Riesgo Bajo (42%), Riesgo Intermedio (42%) y Alto Riesgo (14%).

Tras la linfadenectomía se obtuvo una mediana de 18 ganglios (7-31), y el índice de márgenes negativos fue 87%. Se logró un PSA indetectable en el 75% de nuestros pacientes, mientras que el 10% necesitó Radioterapia de rescate.

CONCLUSIONES: Nuestra experiencia inicial de PRR en pacientes no seleccionados no tuvo impacto negativo en los resultados postoperatorios ni oncológicos.

Comunicaciones. Vídeos 1

V-1.1. REANASTOMOSIS URETROVESICAL ASISTIDO POR ROBOT.

Server Gómez, G¹; Guardiola Ruiz, I¹; López Abad, Alicia^{2,4}; Valor Pérez, M¹; García García, O¹; Ponti Aguirre, S¹; Vidal Crespo, N¹; Artés Artés M¹; Pardo, Martínez, A¹; Marín Martínez, F¹; Aznar Martínez Laura^{1,4}; Sala Lafuente, L¹; Rodríguez Tardido, A¹; García Espona, C¹; Hita Rosino, E¹; Cachay Ayala, M¹; Moreno Avilés, J¹; de Pablos Rodríguez, P³; ; Gómez-Ferrer, A³; Collado Serra, A³; Casanova Ramón Borja, J³; Ramírez Backhaus, M³.

(1) Servicio de Urología, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

(2) Servicio de Urología, Hospital Universitario Reina Sofía, Murcia.

(3) Servicio de Urología, Instituto Valenciano de Oncología, Valencia.

(4) Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La técnica mínimamente invasiva aplicada a la anastomosis en el tratamiento de la prostatectomía radical ofrece excelentes resultados en términos de morbilidad, reducción del dolor postoperatorio y menor estancia hospitalaria. La cirugía laparoscópica asistida por robot añade ventajas significativas, como una sutura más precisa y controlada, aspectos clave en procedimientos complejos, como la cirugía reconstructiva tras

la dehiscencia de la anastomosis uretrovesical. El objetivo de este vídeo es presentar un caso clínico de reparación de dehiscencia de la anastomosis uretrovesical como complicación tras una prostatectomía radical realizada con asistencia robótica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Presentamos el caso de un varón de 53 años derivado a consultas de urología del Instituto Valenciano de Urología por diagnóstico en su hospital de referencia de cáncer de próstata (CP) ISUP 2 diagnosticado mediante biopsia transrectal. PSA de 80 y tacto rectal con hallazgo de induración en >50% de lóbulo derecho. La resonancia magnética muestra una lesión PIRADS 5 en zona periférica del lóbulo derecho. Se realizó prostatectomía radical con linfadenectomía extendida. La anatomía patológica verificó el hallazgo de CP cT3bN1 en 8/25 ganglios extraídos y datos de invasión linfática. Los márgenes no se encontraron afectados.

A los dos días del alta hospitalaria el paciente acude a urgencias de su hospital por hematuria. Ante sospecha de posible obstrucción de sonda vesical se decide recambio de sonda bajo visión directa que informó de muñón uretral cerrado con imposibilidad de paso a vejiga. Ante hematuria anemizante que requirió de transfusión de hasta 8 concentrados de hemáties se solicita TC urgente que informó de gran hematoma en hemipelvis derecha y sonda vesical posicionada en espacio retrovesical.

Con el diagnóstico de dehiscencia de sutura de anastomosis uretrovesical, con repercusión clínica y analítica, se decidió intervenir al paciente y realizar una exploración pélvica y reanastomosis uretrovesical asistido por robot. El tiempo quirúrgico fue de 210 minutos.

El paciente fue dado de alta a los 5 días sin complicaciones postoperatorias.

Al sexto mes postoperatorio el paciente se encuentra con disfunción eréctil en tratamiento con e incontinencia urinaria de esfuerzo leve con PADTEST de 10gr.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de la dehiscencia de sutura uretrovesical mediante cirugía laparoscópica asistida por robot es una técnica accesible, precisa y segura que proporciona buenos resultados funcionales y corta estancia hospitalaria.

V-1.2. PIELOPLASTIA ROBÓTICA IZQUIERDA EN PACIENTE CON RIÑÓN PTÓSIKO.

Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Pietricica, B.N.; , T; Cívico Sánchez,C; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Salinas, C.; Barceló Bayonas, I; ; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; A;Rosino Sánchez, A.; Izquierdo Morejón, E.; Meseguer Carpe, F.; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G.; Romero Hoyuela, A; Fernández Aparicio. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 36 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Ectopia renal izquierda (Riñón ptósico) con CRU expulsivos izquierdos desde hace 4-5 años que no ha precisado tratamiento quirúrgico.

En febrero de 2023 consulta en CEX por dolor en fosa renal izquierda mantenido de 2 meses de evolución se solicita URO-TC tras dilatación pielocalicial izquierda en ECO sin litiasis ureteral. Creatinina en torno a 0,9 en analíticas.

En el URO-TC se evidencia dilatación pielocalicial grado III junto con 4 litiasis caliciales inferiores de hasta 9 mm y 1200 UH. En la fase de eliminación no se consigue opacificar adecuadamente todo el sistema excretor. Renograma con función diferencial menor del 20%.

INTERVENCIÓN: Paciente en decúbito supino con colocación de trocares según técnica habitual para cirugía pélvica robótica. Liberación de adherencias y liberación y movilización de sigma hacia el lado izquierdo para exponer cara anterior de riñón izquierdo pélvico. Disección de pelvis renal izquierda y apertura de la misma con extracción de litiasis. Disección ureteral y exéresis de unión pieloureteral. Espatulación de uréter y anastomosis pieloureteral con 2 suturas continuas de monocril 4-0. Cierre de pelvis restante con V-loc. Drenaje del lecho, retirada de trócares bajo visión y cierre de las incisiones.

El paciente cursa con postoperatorio sin complicaciones. El drenaje se retira al segundo día postoperatorio. Es alta al tercer día postoperatorio. Actualmente el paciente no ha vuelto a presentar CRU y conserva función renal. Persiste ectasia pielocalicial izquierda en pruebas de imagen.

V-1.3. LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL POR CÁNCER TESTICULAR METASTÁSICO, EN PACIENTE MONORRENO Y CON VENA RENAL IZQUIERDA RETRO AÓRTICA. ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI

*Sala Lafuente, L. ; Rodríguez Tardido, A.; Marín Martínez, F.; Guardiola Ruiz, I.; Pardo Martínez, A.; Cachai Ayala, M.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Aznar, Martínez, L.; Hita Rosino, E.; Server Gómez, G.; Valor Perez, M.; García García, O.; Ponti Aguirre, S.; García Espona, C.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.*

INTRODUCCIÓN: La Linfadenectomía Retroperitoneal Asistida por Robot tiene por objeto minimizar la agresión siguiendo los mismos principios quirúrgicos y oncológicos que en la cirugía abierta.

OBJETIVOS: Describir la técnica quirúrgica y los resultados.

DESCRIPCION DEL CASO: Hombre 35 años, sin antecedentes con **TUMOR GERMINAL MIXTO ESTADIO I**, con **MARCADORES NEGATIVOS**. Durante el seguimiento aparecen en TAC adenopatías retroperitoneales de hasta 16 mm adheridas a la Vena Renal Izquierda retroaórtica y se diagnostica de que el paciente es monorreno congénito izquierdo.

Los marcadores tumorales persisten negativos. Se indicó BAG de las adenopatías que resulta fallida, por lo que se decide por la **LDRP asistida por Robot Da Vinci**.

El paciente presentó evolución favorable y el resultado de AP fue metástasis de Carcinoma Embrionario, permitiendo de ese modo continuar con el tratamiento quimioterápico adecuado (BEP x 3 ciclos)

CONCLUSIONES: El sistema robótico Da Vinci nos fue de gran utilidad para el abordaje y resolución de nuestro caso oncológico complejo.

V-1.4. PIELOPLASTIA DESMEMBRADA & NEFROLITOMÍA EN RIÑÓN HERRADURA. ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI.

*Sala Lafuente, L. ; Rodríguez Tardido, A.; Marín Martínez, F.; Guardiola Ruiz, I.; Pardo Martínez, A.; Cachai Ayala, M.; Vidal Crespo, N.; Artés Artés, M.; Aznar, Martínez, L.; Hita Rosino, E.; Server Gómez, G.; Valor Perez, M.; García García, O.; Ponti Aguirre, S.; García Espona, C.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.*

INTRODUCCIÓN: La Pieloplastia desmembrada laparoscópica es un abordaje miniinvasivo aceptado para el tratamiento de la Estenosis Pieloureteral (EPU), y el abordaje robótico lo facilita especialmente en casos complejos como en el Riñón Herradura (RH).

OBJETIVOS: Describir el caso y mostrar la técnica quirúrgica empleada, así también como su resultado.

DESCRIPCION DEL CASO: Hombre 76 años, con DM tipo II mal controlada, DLP, Hipotiroidismo. En 2021 se diagnostica en forma incidental EPU izquierda en RH, más una litiasis de 1 cm en cáliz inferior izquierdo. El Renograma Diurético demostraba uropatía obstructiva, por lo que se indicó la Pieloplastia y la

En este video, se demuestra la técnica de resección de la EPU dada por compresión extrínseca de vasos anómalos, y la parte reconstructiva con sutura de tipo Van Velthoven, así como el abordaje endoscópico a través de un trócar para realizar la nefrolitotomía exitosa.

El paciente no presentó complicaciones y tras retirada del doble J permanece asintomático a la espera de estudios funcionales.

CONCLUSIONES: El sistema robótico Da Vinci nos facilitó la resolución de este caso de mayor complejidad en cirugía reconstructiva como es la EPU en un RH

V-1.5. NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT DA VINCI SIN TIEMPO DE ISQUEMIA.

*Moreno Sánchez, P.; Jiménez Parra, J.D.; Alcón Cerro, P.; Sánchez Rodríguez, C.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Esparcia López, J.; Jiménez Penick, F.J.; García Escudero, D.; Valdevira Nadal, P.; García Porcel, V.; Oñate Celdrán, J.; Molina Hernández, O.; Velázquez Gomariz, I.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; López Abad, A.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia*

INTRODUCCIÓN: la nefrectomía parcial es uno de los tratamientos de elección para masas renales, alternativa a la nefrectomía radical. Consiste en extirpar la masa renal preservando la mayor cantidad de parénquima renal sano. El tiempo de isquemia renal es clave en esta cirugía, debiendo ser el menor posible con el fin de preservar la función renal. El abordaje robótico, con su mayor maniobrabilidad, permite en muchos casos reducir el tiempo de isquemia renal.

OBJETIVOS: intentar preservar la función renal de la paciente realizando una nefrectomía parcial sin tiempo de isquemia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: paciente mujer de 66 años, hipertensa y diabética. Sin antecedentes urológicos. Ingresada por celulitis de miembro inferior derecho, en el servicio de medicina interna del hospital Reina Sofía de Murcia. Presenta una función renal no alterada. En una tomografía computarizada de control, como hallazgo casual se descubre una masa renal sólida cortical de 4,2 cm en el riñón derecho, así como una atrofia leve del riñón izquierdo, que presenta hidronefrosis grado tres, secundaria a una obstrucción del uréter proximal por varias litiasis. Se coloca catéter doble J izquierdo y se decide nefrectomía parcial derecha laparoscópica asistida por robot da Vinci. La cirugía se llevó cabo en tres horas y veinte minutos, sin tiempo de isquemia y con un sangrado de 2,3 mg/dL de hemoglobina, sin precisar trasfusión sanguínea. La paciente fue alta hospitalaria a las 72 horas de la cirugía, con función renal normal y sin complicaciones en el postoperatorio inmediato

CONCLUSIONES: la nefrectomía parcial sin tiempo de isquemia, que en nuestro caso presentó un sangrado perioperatorio asumible, reduce el riesgo de empeoramiento de la función renal. Ello es clave en esta paciente, que presentaba atrofia leve del riñón contralateral.

V-1.6. NEFRECTOMÍA PARCIAL ROBÓTICA DE TUMOR INTRARENAL ASISTIDA POR ECOGRAFÍA LAPAROSCÓPICA INTRAOPERATORIA.

Alcón Cerro, P.; García Escudero, D.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Esparcia López, J.; García Porcel, V.J.; Velázquez Gomariz, I.; López Abad, A. Molina Hernández, O.; Jiménez Penick, J.F.; Oñate Celdrán, J.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Jiménez Parra J.D. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La nefrectomía parcial es actualmente el tratamiento de referencia para tumores renales abordables por esta vía. Existen algunos casos que presentan una elevada complejidad, como aquellos completamente intrarrenales debido a la dificultad para localizarlos. En ellos, es importante y nos puede servir de mucha ayuda para asegurarnos de su correcta localización la utilización de la ecografía laparoscópica intraoperatoria. El caso actual pretende mostrar la realización de una tumorectomía en un tumor intrarenal, con la asistencia de un ecógrafo laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Descripción del caso: Varón de 61 años, con antecedentes de Tumor urotelial, en cuyo seguimiento, como hallazgo incidental en TC, aparece una lesión sólida intrarenal en tercio superior del riñón izquierdo de medidas 2,9x3,3x3 cm (APxTxCC). Ante dichos hallazgos, se propone para nefrectomía parcial robótica de tumor intrarenal asistida por ecografía intraoperatoria laparoscópica.

RESULTADOS: Vídeo. Se realiza nefrectomía parcial robótica con asistencia ecográfica endocavitaria laparoscópica. Tras identificación de estructuras, identificación de tumor con ecógrafo laparoscópico. Clampaje de arteria renal con bulldog. Incisión con corte frío en área tumoral y exéresis del nódulo renal. Dos suturas continuas con sutura barbada, con adecuada hemostasia. Tiempo de isquemia de 18 minutos.

Comprobación con ecógrafo ausencia del tumor visualizado previamente. Interposición de hemostático, cierre de Gerota y colocación de drenaje.

El tiempo de isquemia fue de 18 minutos, el postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, con función renal normal, y el paciente fue alta hospitalaria a los 3 días tras la cirugía. Anatomía patológica: Parénquima renal con nódulo hemorrágico de 3 cm, con inflamación crónica y hemosiderófagos. El paciente a los 6 meses se encuentra asintomático, y sin visualizar lesiones en TC de control.

CONCLUSIONES: La ecografía laparoscópica supone una herramienta muy útil en intervenciones laparoscópicas en las que resulta difícil o imposible identificar estructuras o identificar sus límites.

V-1.7. URETEROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL ASISTIDA POR ROBOT.

Cívico Sánchez, C.; Hita Villaplana, G.; Pietricica, B.N.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Salinas Lozano, C.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A.; Cruces de Abia, F.I.; Romero Hoyuela, A.; Fernández Aparicio, T. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento de la estenosis ureteral ha evolucionado considerablemente con el desarrollo de técnicas quirúrgicas avanzadas, siendo la ureteroplastia con injerto de mucosa oral una opción con excelentes resultados funcionales. El objetivo fue mostrar un caso de ureteroplastia con injerto de mucosa oral asistida por robot realizado en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de una mujer de 28 años con antecedentes de litotricia extracorpórea en riñón derecho por litiasis piélica en junio de 2021 y cirugía intrarrenal retrógrada derecha en noviembre de 2021. Tras esto, 2 años más tarde, fue intervenida de endouretectomía derecha con láser Holmio por estenosis ureteral proximal derecha con respuesta parcial. Se realizó un renograma que mostraba un riñón derecho con un patrón gammagráfico funcional parcialmente obstructivo y deterioro severo de la función renal diferencial. Se colocó una nefrostomía derecha y se realizó una pielografía anterógrada donde se evidenciaba una estenosis ureteral proximal larga. Es por esto que se decidió realizar una ureteroplastia con injerto de mucosa yugal asistida por robot con asistencia endoscópica retrógrada.

RESULTADOS: La cirugía transcurre sin incidencias y la paciente fue dada de alta al cuarto día postoperatorio tras retirada de drenaje y de sonda vesical. Se retiró la nefrostomía en el décimo día postoperatorio y el catéter doble J a los dos meses tras la cirugía.

CONCLUSIONES: La ureteroplastia con injerto de mucosa oral ha mostrado resultados funcionales alentadores en términos de éxito y reducción de complicaciones, consolidándose como una opción viable en la reconstrucción del uréter en pacientes con estenosis complejas. Esta técnica ha transformado el enfoque quirúrgico de esta patología, permitiendo preservar la función renal y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

V-1.8. DIVERTICULECTOMÍA Y PLASTIA ANTERIOR Y-V POR VÍA ROBÓTICA.

*García García, O.; Sala Lafuente, L.; Server Gómez, G.; Valor Pérez, M.; Ponti Aguirre, S.; Artés Artés, M.; Cachay Ayala, M.; García Espona, C.; Guardiola Ruiz, I.; Hita Rosino, E.; Marín Martínez, FM.; Pardo Martínez, A.; Rodríguez Tardido, A.; Vidal Crespo, N.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los divertículos vesicales suelen asociarse a obstrucciones del tracto urinario inferior, como la esclerosis del cuello vesical. Esta última es una causa menos frecuente pero significativa de disfunción vesical, que puede requerir intervención quirúrgica. La técnica robótica permite un manejo preciso, minimizando complicaciones y optimizando la recuperación. El objetivo de este trabajo es describir la técnica quirúrgica y los resultados de una diverticulectomía con plastia Y-V robótica en un caso complejo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 55 años con síntomas obstructivos urinarios severos secundarios a esclerosis de celda tras una resección transuretral de próstata y diagnóstico de divertículo vesical, confirmado mediante pruebas de imagen y estudios urodinámicos. Se planificó una intervención robótica en la que se realizó la resección completa del divertículo y la reconstrucción del cuello vesical mediante plastia anterior en Y-V.

RESULTADOS: El tiempo quirúrgico fue de 4 horas y media, sin complicaciones intraoperatorias. El paciente presentó una evolución postoperatoria favorable, con una estancia hospitalaria de 3 días. En los controles realizados en los meses posteriores, se documentó una adecuada función vesical y ausencia de recurrencia del divertículo o complicaciones relacionadas con la cirugía.

CONCLUSIONES: La diverticulectomía por vía robótica constituye una técnica eficaz y segura para el tratamiento de divertículos vesicales.

Comunicaciones. Mesa 2

C-2.1. COMPARACIÓN DE BIOPSIA PERILESIONAL, REGIONAL Y SISTEMÁTICA ASOCIADA A BIOPSIA DEL NÓDULO RM: DIFERENCIAS EN RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA Y PLANIFICACIÓN DE TRATAMIENTO.

*Cívico Sánchez C., Flores Hernández C., Rosino Sánchez A., Sandoval Martínez-Abarca J. M., Ipiens Sáez M., Salinas C.; Muñoz Guillermo V., Barceló Bayona I., Carrillo George C., Montoya R., Izquierdo E., Pietricica B., Cruces F., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Zafra M., Fernández Aparicio T.
Hospital General Universitario Morales Meseguer.*

INTRODUCCIÓN: La guía EAU de 2024 sustituye la biopsia sistemática por la biopsia perilesional/regional asociada a la biopsia del nódulo de resonancia magnética (RM). Sin embargo, no existe evidencia sobre la implicación de estos abordajes en la planificación de la cirugía. Se quiso evaluar la rentabilidad diagnóstica de distintas estrategias de mapeo prostático y analizar cómo alterarían la planificación quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con biopsia dirigida por RM diagnosticados de cáncer de próstata (CaP). Distinguimos 3 esquemas de mapeo prostático: perilesional, incluye los cilindros obtenidos alrededor del nódulo; regional, incluye aquellos situados en el lóbulo ipsilateral al nódulo; y sistemática, incluye muestras de toda la glándula.

RESULTADOS: Se analizaron 146 pacientes con biopsias RM positivas para CaP. Comparado con la biopsia sistemática, la biopsia regional no diagnosticaría un 29% de ISUP 1 e infraestimaría el grado ISUP sólo en 1 paciente. Así también, la biopsia perilesional, no diagnosticaría un 64% de los ISUP 1 e infraestimaría el grado ISUP en sólo 2 pacientes.

Con un punto de corte del 7% según nomograma Briganti, el 28,8% de los pacientes fueron subsidiarios de linfadenectomía con los datos de la biopsia sistemática. Respecto a esta, se realizarían un 20% menos de linfadenectomías con los datos de la biopsia perilesional y un 7% menos con los datos de la biopsia regional.

De los 146 pacientes analizados vimos que, si la toma de muestras se hiciera de forma perilesional o regional al nódulo, perderíamos un 19,8% de diagnósticos de CaP clínicamente significativo (ISUP \geq 2) en el lado contralateral al nódulo, lo que afectaría a la decisión de preservación de bandeletas neurovasculares.

CONCLUSIONES: A nivel diagnóstico, la biopsia perilesional/regional evitaría el diagnóstico de CaP clínicamente insignificante con un bajo porcentaje de infraestadiaje de ISUP \geq 2. No obstante, disminuir el número de cilindros podría dificultar la toma de decisiones a la hora de realizar linfadenectomía o preservar bandeletas en un 25% de los pacientes. Por lo que, en pacientes candidatos a prostatectomía radical, se debería optar por la biopsia sistemática, pero en pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico o añosos se podría escoger un esquema reducido.

C-2.2. EXPERIENCIA CLÍNICA CON BIOPSIA PROSTÁTICA ECODIRIGIDA GUIADA POR RMmp EN NUESTRO CENTRO.

Ipiens Sáez, M.; Rosino Sánchez, A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Cívico Sánchez, C.; Flores Hernández, C.; Salinas, C.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Montoya Chinchilla, R.; Carrillo George, C.; Izquierdo Morejón, E.; Pietricica, B.N; Cruces de Abia, F.; Meseguer Carpe, F.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T. Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La resonancia magnética multiparamétrica (RMmp) previa a la biopsia de próstata es una herramienta clave en el diagnóstico de cáncer de próstata (CaP). Sin embargo, existe variabilidad según el radiólogo y la técnica utilizada, por lo que es conveniente analizar los datos de cada centro en particular. Nuestro objetivo es analizar los resultados en nuestro hospital para evaluar su efectividad diagnóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes del Hospital Morales Meseguer sometidos a biopsia prostática transrectal guiada por RMmp desde junio de 2014 hasta junio de 2024. El análisis estadístico se realizó con el SPSS.

RESULTADOS: Se analizaron 583 nódulos pertenecientes a 392 pacientes, con una media de 1,5 nódulos por paciente. La edad media fue 65,31 años (RIq 59-72), con un PSA medio de 7,66ng/ml (RIq 4,65-9,41). Un 11% (64 pacientes) tenían tacto rectal (TR) sospechoso. El porcentaje de PIRADS3 fue 48,9%, PIRADS4 40,4% y PIRADS5 10,7%.

La RMmp mostró una sensibilidad del 89% y especificidad del 17%. El 40,20% de nódulos fueron positivos para CaP con tasas de positividad de 20,6% en PIRADS3, 51,5% en PIRADS4 y 90% en PIRADS5. El 52% de PIRADS3 positivos, 63,1% de PIRADS4 positivos y 82,9% de PIRADS5 positivos fueron \geq ISUP2, respectivamente.

Excluyendo los PIRADS5, se asoció a positividad un TR positivo (PIRADS3 41,6% vs. 19,56%; PIRADS4 73,3% vs. 47,9%) y la presencia de nódulos ecográficos (PIRADS3 31,81% vs. 19,44%; PIRADS4 76,9% vs. 42,86%). La densidad de PSA (D.PSA) se asoció a un incremento de CaP, sobre todo en PIRADS4 (PIRADS3: 11,57% si D.PSA<0.10 vs. 26,9% si D.PSA 0.10-0.20 vs. 25% si D.PSA>0.20; PIRADS4: 24,52% si D.PSA<0.10 vs. 52,63% si D.PSA 0.10-0.20 vs. 77,1% si D.PSA>0.20). Dividiendo la muestra cronológicamente en 3 tercios, la tasa de positividad de PIRADS3 fue 16,66% en el primero, 23,68% en el segundo y 21,95% en el tercero y de PIRADS4, 49,18%, 42,86% y 62,31%, respectivamente.

CONCLUSIÓN: Nuestra serie muestra resultados muy similares a los de la literatura, aunque la tasa de ISUP2 en PIRADS3 es ligeramente superior. Asimismo, se observó mejoría en la tasa de detección con el tiempo.

Palabras clave: PIRADS, biopsia, próstata, cáncer.

C-2.3. UTILIDAD DE LA DENSIDAD DE PSA PARA LA TOMA DE BIOPSIAS DE PRÓSTATA EN PACIENTES CON RESONANCIA MAGNÉTICA.

García García, O.; Sala Lafuente, L.; Server Gómez, G.; Valor Pérez, M.; Ponti Aguirre, S.; Artés Artés, M.; Cachay Ayala, M.; García Espona, C.; Guardiola Ruiz, I.; Hita Rosino, E.; Marín Martínez, FM.; Pardo Martínez, A.; Rodríguez Tardido, A.; Vidal Crespo, N.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La densidad del antígeno prostático específico (dPSA) es un predictor independiente de cáncer de próstata clínicamente significativo (csPCa). El objetivo de este estudio es el de evaluar la utilidad y el punto de corte de este parámetro en pacientes con resonancias negativas o indeterminadas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron las biopsias prostáticas realizadas en nuestro hospital durante el año 2024, excluyendo pacientes en vigilancia activa o sin RMmp. Para el análisis estadístico se utilizaron chi cuadrado y T de Student para comparar grupos y se emplearon curvas ROC para identificar puntos de corte óptimos de dPSA.

RESULTADOS: Se analizaron 205 pacientes, de los cuales 100 (48.8%) fueron biopsias positivas, y 37 (19.04%) correspondieron a csPCa. En cuanto a las RM, 28 (13.7%) presentaron RM PIRADS 1 y 2, 35 (16.7%) PIRADS 3, 86 (41%), PIRADS 4 y 56 (26,8%) PIRADS 5. La incidencia de CaP en función de la RM se indica en la siguiente tabla.

	PIRADS 1	PIRADS 2	PIRADS 3	PIRADS 4	PIRADS 5
Biopsia negativa	19	5	27	42	12
Biopsia positiva	4	0	8	44	44

La media de densidad de PSA fue de 0,27 +- 0.22 y 0,13 +-0,1, para biopsias positivas y negativas respectivamente (p<0,0001)

Para PIRADS 1 y 2, la baja frecuencia de casos positivos impidió definir puntos de corte significativos de dPSA. En PIRADS 3, la AUC para predecir cáncer fue 0.690 (IC 95%: 0.483–0.897), mientras que para csPCa fue 0.658 (IC 95%: 0.452–0.864). Para el grupo considerado como RMN negativa (PIRADS menor o igual a 3), tan solo dos pacientes de presentaron cáncer de próstata clínicamente significativo, estableciendo un punto de corte preliminar de dPSA > 0.16 ng/ml/cm³. Para PIRADS 4 y 5, las áreas bajo la curva (AUC) fueron superiores, indicando mayor utilidad de dPSA.

CONCLUSIONES: Nuestros hallazgos sugieren que el punto de corte óptimo para la densidad de PSA es similar al definido actualmente en las guías, sin embargo, no disponemos de muestra suficiente como para establecer resultados significativos dado el bajo volumen de resultados positivos en el grupo de PIRADS <=3.

C-2.4. GRADO DE PREDICCIÓN DE LARNMp EN LA DETERMINACIÓN DE LA EXTENSIÓN EXTRACAPSULAR: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SANTA LUCÍA.

Valor Pérez, M.; Sala Lafuente, LG.; Luengo Gil, G*.; Server Gómez, G.; García García, O.; Ponti Aguirre, S.; Artés Artés, M.; Aznar Martínez, L.; Cachay Ayala, ME.; García Espona, C.; Guardiola Ruiz, I.; Hita Rosino, E.; Marín Martínez, FM.; Pardo Martínez, A.; Rodríguez Tardido, A.; Vidal Crespo, N.; Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía. *Servicio de Anatomía Patológica.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Existe una alta tasa de discrepancia entre la extensión del tumor principal clínica (cT) y patológica (pT) en cáncer de próstata. Muchos estudios muestran que el estadio clínico tiende a subestimar o sobreestimar la extensión real del tumor que se descubre tras la prostatectomía radical (PR).

El objetivo del estudio evaluar el grado de concordancia entre la clasificación de RNmp (cT3 vs otros) y los hallazgos patológicos (pT3 vs otros), así como medir el nivel de acuerdo entre las dos clasificaciones más allá de lo que podría esperarse por azar y la capacidad discriminadora de esta clasificación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se reclutó una serie retrospectiva de 108 pacientes con cáncer de próstata no metastásico con RNmp disponible. Se recogieron datos clínicos y anatomopatológicos, incluyendo cT y pT. Para medir el grado de concordancia entre la clasificación de RNmp y los hallazgos patológicos (pT) se utilizaron tablas de contingencia con el estadístico Chi-cuadrado. Para analizar el nivel de acuerdo entre las dos clasificaciones se utilizó el coeficiente de concordancia Kappa de Cohen. Para evaluar la capacidad discriminadora del test se utilizó la curva ROC. El estudio contó con la aprobación del comité de ética local.

RESULTADOS: Los resultados indicaron que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la clasificación de RNmp y el estadio patológico (pT) ($\chi^2 = 1,519$, $df = 1$, $p = 0.218$). El análisis de concordancia mostró un valor de Kappa de 0,117. En el análisis de la capacidad discriminadora se obtuvo un AUC = 0,556.

CONCLUSIONES: Nuestros datos sugieren que, en nuestra serie, la RNMP tiene una precisión marginal a la hora de determinar de forma preoperatoria la extensión real extracapsular del tumor (pT3). Además, en nuestro medio, la RNMP no consigue predecir de manera significativa el estadio patológico real del cáncer de próstata.

C-2.5. INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN PROBLEMAS UROLÓGICOS.

Ipiens Sáez, M.; Rosino Sánchez, A.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Cívico Sánchez, C.; Flores Hernández, C.; Salinas, C.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Montoya Chinchilla, R.; Carrillo George, C.; Izquierdo Morejón, E.; Pietricica, B.N.; Cruces de Abia, F.; Meseguer Carpe, F.; Romero Hoyuela, A.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T. Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La Inteligencia Artificial (IA) constituye una herramienta de apoyo en la práctica clínica diaria y una fuente de información accesible para la población, aunque es conveniente averiguar si ofrece respuestas satisfactorias. Nuestro objetivo es determinar el grado de satisfacción de la población con las respuestas de la IA sobre la Urología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Voluntarios sanitarios y no sanitarios respondieron un cuestionario con preguntas sobre incontinencia urinaria (IU), disfunción eréctil (DE), hematuria, quiste renal simple (QRS) y elevación de PSA. Cada una tenía 5 respuestas elaboradas por un residente, adjunto joven, dos adjuntos >40 años y ChatGPT. Debían puntuar las respuestas en orden decreciente sin saber quién las había elaborado y adivinar la correspondiente a la IA.

RESULTADOS: Participaron 82 voluntarios (34 hombres y 48 mujeres), con media de edad de 43,83 años (RIQ 30-57). El 68,3% eran sanitarios y el 31,7% no sanitarios.

Globalmente, la IA obtuvo una de las dos mejores puntuaciones en el 74,74% de las preguntas. Recibió la mejor puntuación en el 43,2% para la pregunta de la IU, 22,6% para la de DE, 42,7% hematuria, 32% QRS y 36,7% elevación de PSA. Obtuvo la peor puntuación en <10% de todas las preguntas.

No hubo grandes diferencias en la puntuación obtenida entre personal sanitario y no sanitario salvo en las preguntas sobre elevación de PSA y DE, en las que los sanitarios puntuaron la respuesta de la IA significativamente mejor.

A nivel global de la muestra, menos de un tercio de los voluntarios logró identificar adecuadamente la respuesta de la IA. Se observaron diferencias en la tasa de acierto según 3 grupos de edad (<35, 35-50, >50 años), siendo menores en la población de mayor edad.

CONCLUSIÓN: En este estudio, las respuestas generadas por la IA resultaron satisfactorias para la población general y sanitarios. Los profesionales debemos acostumbrarnos a un uso cada vez mayor de la IA por parte de la población para resolver dudas sanitarias. El impacto que puede tener en la clínica habitual todavía está por determinar.

Palabras clave: inteligencia artificial, puntuación, sanitarios.

C-2.6. NEFRECTOMÍA PARCIAL ASISTIDA POR ROBOT FRENTE A NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA: RESULTADOS QUIRÚRGICOS Y COMPLICACIONES.

Cívico Sánchez, C.; Fernández Aparicio, T.; Hita Villaplana, G.; Pietricica, B.N.; Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Salinas Lozano, C.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A.; Cruces de Abia, F.I.; Romero Hoyuela, A. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Tras dos años de inicio del programa de cirugía robótica en nuestro centro, comparamos los resultados de la nefrectomía parcial asistida por robot (NPR) frente a los resultados de la nefrectomía parcial laparoscópica convencional (NPL).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo con grupo de control retrospectivo, observacional, analítico, no longitudinal, que incluyó 39 pacientes sometidos a NPR (junio 2022 a junio 2024) y 45 pacientes sometidos a NPL previo a la implantación del programa robótico (enero de 2017 a abril de 2022). El grupo de NPR incluyó la curva de aprendizaje. El seguimiento mínimo fue de 6 meses. Se evaluaron variables demográficas, quirúrgicas, postoperatorias y resultados oncológicos.

RESULTADOS: 84 pacientes fueron incluidos y el estudio de homogeneidad mostró ausencia de diferencias en las características basales (características del tumor y de los pacientes) entre los grupos. El tiempo medio quirúrgico fue menor en NPL: 135 minutos (DS 37.7) frente NPR: 137 minutos (DS 39.8), p=0.48. El tiempo medio de isquemia fue significativamente menor en NPR: 18.3 minutos (DS 3.2) frente a 20.6 minutos (DS 6.4) en NPL, p<0.023. El

porcentaje de cambio del filtrado glomerular en NPL (mediana -6.1, RIQ 1.2-14.5) fue mayor que en NPR (mediana -4.9, RIQ 4,5-12.1), $p=0.45$. La media de estancia hospitalaria fue significativamente menor en NPR (1,9 días; DS 0.68) frente a NPL (2.87; DS 1.04), $p=0.000$. La tasa de márgenes quirúrgicos positivos fue de 8,9% en NPL y de 10,3% en NPR, $p=0.75$. La tasa de complicaciones tempranas fue ligeramente menor en NPR (2,6%) frente a NPL (8,9%), $p=0.74$. Si bien es cierto que el 20,6% de los pacientes del grupo de la NPR presentaban un RENAL score igual o superior a 10 puntos frente a un 6,7% en el grupo de la NPL, $p=0.27$.

CONCLUSIONES: La NPR ofrece ventajas en tiempo de isquemia, evolución del filtrado glomerular y tiempo de estancia hospitalaria, con resultados oncológicos comparables en términos de márgenes quirúrgicos frente a los de la NPL. Es necesario un control evolutivo mayor para poder demostrar la seguridad oncológica en cuanto a supervivencia global, supervivencia libre de progresión y supervivencia cáncer específica.

C-2.7. LINFADENECTOMÍA PÉLVICA AMPLIADA VS LIMITADA: RESULTADOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS.

Cívico Sánchez, C.; Rosino Sánchez, A.; Sandoval Martínez Abarca, J.M.; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Salinas Lozano, C.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Pietricica, B.N.; Izquierdo Morejón, E.; Cruces de Abia, F.I.; Hita Villaplana, G.; Romero Hoyuela, A.; Fernández Aparicio, T. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La linfadenectomía (LND) pélvica mejora el estadiaje del cáncer de próstata y, aunque podría asociarse a mejoras en la supervivencia, el impacto sobre la misma sigue siendo controvertido. El objetivo fue analizar si realizar una LND ampliada ofrece un beneficio diagnóstico o terapéutico frente a la LND limitada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo de pacientes intervenidos de prostatectomía radical (PR) y LND ampliada entre enero de 2016 y noviembre de 2024, remitiendo cadenas ilíacas y obturadoras por separado. La indicación de LND fue según nomograma Briganti 2012 y 2018. Se definió PSA indetectable <0.20 ng/ml.

RESULTADOS: Se identificaron 221 pacientes con LND ampliada; media de edad: 64 años (RIQ 59-70), media de PSA: 9.74ng/ml (RIQ 5.5-12) y media de riesgo según Briganti: 22% (RIQ 6-32.25). La media de ganglios obturadoras obtenidos: 18.4 (RIQ 13.3-21.7) y media de ganglios ilíacos: 14,7 (RIQ 10,1-18.6).

De los 221 pacientes, 35 fueron N1: 9 pacientes (25%) presentaron afectación de cadena obturadora e ilíaca, aquí 2 pacientes de 9 presentaron un PSA indetectable tras la cirugía. 17 pacientes (50%) presentaron sólo afectación de la cadena obturadora, 10 de 17 presentaron un PSA indetectable. 9 pacientes (25%) presentaron afectación sólo de la cadena ilíaca, 8 de 9 presentaron PSA indetectable. El 22,6% fueron ISUP ≥ 4 . El 37% fueron estadio pT3a y 21% pT3b.

De los 35 pacientes N1: 20 presentaron 1 ganglio afectado y de ellos el 70% presentó PSA indetectable. 6 presentaron 2 ganglios afectados y de ellos el 50% presentó PSA indetectable. Por último, 9 presentaron afectación ≥ 3 ganglios y de ellos el 22% presentó PSA indetectable.

En un análisis posterior vimos que los pacientes N1 dentro de un protocolo agresivo que incluye PR con LND ampliada y radioterapia posterior, 7 de cada 10 pacientes están libres de tratamiento sistémico indefinido.

CONCLUSIONES: La linfadenectomía ampliada respecto a la limitada proporcionó beneficios diagnósticos en un 50% de los pacientes N1 y beneficios terapéuticos entorno al 30% de ellos. Por tanto, la decisión de realizarla debe basarse en evaluaciones clínicas integrales, considerando el perfil del paciente y el enfoque multimodal del tratamiento.

C-2.8. DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA Y COMPLICACIONES TARDÍAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMÍA RADICAL_ ANÁLISIS MEDIANTE _THE FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY – BLADDER.

Valor Pérez, M.; Vidal Crespo, N.; Server Gómez, G.; García García, O.; Ponti Aguirre, S.; Artés Artés, M.; Aznar Martínez, L.; Cachay Ayala, ME.; García Espona, C.; Guardiola Ruiz, I.; Hita Rosino, E.; Marín Martínez, FM.; Pardo Martínez, A.; Rodríguez Tardido, A.; Sala Lafuente, LG.; Moreno Avilés, J. Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La derivación cutánea es una opción quirúrgica que generalmente se reserva a pacientes con mayor riesgo quirúrgico y comorbilidades. El objetivo del estudio es evaluar cómo el tipo de derivación urinaria afecta la calidad de vida y las complicaciones tardías.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes intervenidos entre 2017 y 2024. La calidad de vida se evaluó mediante el cuestionario FACT-BI. Se consideraron complicaciones tardías aquellas ocurridas a partir de 90 días postoperatorios. El análisis incluyó correlación de Pearson, ANOVA y modelos uni y multivariantes para identificar factores asociados a la calidad de vida y complicaciones.

RESULTADOS: Se localizaron 113 pacientes, de los cuales 57 completaron el FACT-BI. La mediana de seguimiento fue de 41 meses (RIQ 20-61). Se realizó derivación tipo Bricker en 45 (78,9%), ureterostomía cutánea bilateral en 11 (19,3%) y neovejiga en 1 (1,8%) (excluido del análisis estadístico por su baja incidencia).

En el grupo Bricker, 23 pacientes (51,11%) presentaron complicaciones tardías, frente a 9 (81,81%) en el grupo de ureterostomías ($p = 0,125$). Las infecciones urinarias recurrentes fueron la complicación más frecuente [14 (31,11%) vs. 8 (72,72%), $p = 0,029$].

En cuanto a la calidad de vida, la mediana de puntuación del cuestionario fue 72 (RIQ 65-77,5) en Bricker y 63 (RIQ 54-77) en ureterostomías ($p = 0,197$).

Respecto a las complicaciones, ninguno de los factores incluidos mostró influencia en el análisis univariante, tan solo en el multivariante el tipo de derivación urinaria [OR 7,83 (IC 95% 1,06-57,57), $p = 0,043$] y la edad >70 años [OR 0,183 (IC 95% 0,046-0,728), $p = 0,016$] demostraron influencia.

Por último, el análisis univariante para la calidad de vida mostró que solo las infecciones urinarias recurrentes afectaron a la calidad de vida ($p = 0,015$).

CONCLUSIONES: La derivación cutánea puede suponer una opción factible y válida para pacientes seleccionados sin suponer un detrimento en la calidad de vida, teniendo en cuenta un posible mayor riesgo de complicaciones tardías, especialmente ITUs de repetición. No obstante, el reducido tamaño muestral y la variabilidad en el momento de administración del cuestionario limitan las conclusiones, requiriéndose estudios adicionales.

C-2.9. TENDENCIAS Y CAMBIOS EN LOS TUMORES TESTICULARES: ANÁLISIS RETROSPECTIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (2010- 2024).

Mellado Campoy, J; Moreno Alarcón, C; Aznar Martínez, L; Yago Giménez, P; Herrero Vidal, L; García-Rivas Carmona, F; Vera Ballesteros, F. J; Laredo Alonso, C; Andrés Andrés, A; Guillén Torregrosa, E; Manjabacas López P; López Abad, A; Rull Hernández, J; Martínez Muñoz, R; Fernández Garay, J.C; Martínez Gómez, G; Vellilla Asurmendi, P.A; Tornero Ruiz, J.I; Escudero Bregante, J.F; López González, P.A; Cao Avellaneda, E; Nicolás Torralba, J.A; Prieto González, A; Server Pastor, G; Guzmán Martínez-Valls, P.L
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tumor testicular es la neoplasia con mayor incidencia en hombres de entre 15 y 35 años en el mundo. El objetivo de nuestro estudio es analizar variables demográficas e histopatológicas de los tumores germinales para estudiar un posible cambio en los últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, de todos los pacientes tratados por cáncer germinal en nuestro centro durante los años 2010 – 2024. Las variables analizadas son la edad al diagnóstico, factores de riesgo para el desarrollo de tumores testiculares, tratamiento realizado, estadio TNMs, niveles de marcadores tumorales, anatomía patológica y alteraciones en la fertilidad. Para el análisis de variables se ha utilizado el test Chi Cuadrado de Pearson y se ha realizado una división en dos grupos poblacionales: Diagnosticados entre 2010 y 2016 (grupo A) y entre 2017 y 2024 (grupo B).

RESULTADOS: Se ha comparado el grupo A, 71 pacientes, con el grupo B, 87 pacientes. En el grupo A 51 pacientes (71.83%) presentaron un estadio I al diagnóstico, 8 pacientes (11.2%) estadio II y 12 pacientes (16.9%) estadio III; frente al grupo B donde 37 pacientes (42.5%) presentaron un estadio I, 24 pacientes (24.6%) estadio II y 26 pacientes (29.88%) estadio III, $\text{Chi}^2=17,71$ con $p= 0,04$. Con respecto a la anatomía patológica, en el grupo A hubo 28 pacientes (39%) fueron diagnosticados de seminoma puro y 43 pacientes de no seminomatoso (61%); frente al grupo B con 38 pacientes (43%) diagnosticados de seminoma puro y 49 pacientes (57%) de no-seminomatoso, $\text{Chi}^2=20$ con $p=0,63$.

CONCLUSIONES: Hemos comprobado que en los últimos años se ha producido un aumento en el diagnóstico de tumores seminomatosos con estadios, al diagnóstico, más avanzados.

Comunicaciones. Vídeos 2

V-2.1. LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEOSCÓPICA EN RECIDIVA GANGLIONAR DE TUMOR MIXTO TESTICULAR.

Laredo Alonso, Carlos; Moreno Alarcón, Cristóbal; Yago Giménez, Pablo; García-Rivas Carmona, Francisco; Herrero Vidal, Laura; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, Francisco Javier; Andrés Andrés, Alicia; Manjabacas López, Pablo; Guillén Torregrosa, Eva; Martínez Muñoz, Rocío; Aznar Martínez, Laura; López Abad, Alicia; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Cao Avellaneda, Enrique; Escudero Bregante, Jose Félix; López González, Pedro Ángel; Tornero Ruiz, Jesús; Nicolás Torralba, Jose Antonio; Martínez Gómez, Gloria; Guzman Martínez-Valls, Pablo Luis.

Servicio de Urología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Varón de 18 años, sin antecedentes médicos de interés, que ante exploración sospechosa se realiza ecografía testicular apreciándose masa de 3 cm en teste derecho a nivel posteroinferior. Presenta elevación de alfa-fetoproteína en los marcadores tumorales. Ante los hallazgos se realizó orquiectomía derecha en septiembre de 2023. El análisis anatomopatológico reveló un tumor testicular mixto de células germinales, 90% de carcinoma embrionario y 10% tumor de seno endodérmico, que invadía el estroma de la rete testis. El estudio de extensión fue negativo, clasificándose como un estadio Ib (T2N0M0).

Durante el seguimiento en abril de 2024 se produce elevación de alfa-fetoproteína y en TC de control imagen compatible con adenopatía interaortocava de 1,5 cm que sugiere recidiva. Se indicó en ese momento 3 ciclos de quimioterapia con esquema BEP (Bleomicina, Etopósido y cisplatino). Tras la quimioterapia el paciente negativiza marcadores tumorales, pero se produce un crecimiento de la masa interaortocava indicando una linfadenectomía retroperitoneoscópica (template derecho) de rescate.

V-2.2. URS CON FULGURACIÓN DERECHA EN PACIENTE CON TUMOR UROTELIAL EN URÉTER Y UNIÓN PIELOURETERAL DERECHA.

Sandoval Martínez-Abarca, J.M.; Fernández Aparicio, T., T; Cívico Sánchez, C; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Salinas, C.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Pietricica, B.N.; A; Rosino Sánchez, A.; Izquierdo Morejón, E.; Meseguer Carpe, F.; Cruces de Abia, F; Hita Villaplana, G.; Romero Hoyuela, A; Fernández Aparicio, T.

Hospital Morales Meseguer.

DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 70 años, alérgica a penicilina con antecedentes personales de adenocarcinoma de pulmón en 2018 pT2N1 que ha precisado quimioterapia y radioterapia adyuvante con progresión desde 2021 con respuesta parcial a inmunoterapia de rescate. En 2024 presenta hematuria macroscópica monosintomática con cistoscopia sin hallazgos por lo que se realiza URO-TC con hallazgo de HNF II junto a 2 lesiones excrescentes (Una de 17 mm en UPU y otra de 27 mm en uréter proximal). Citologías de orina negativas para células malignas según clasificación de Paris.

INTERVENCIÓN: Se coloca a la paciente en posición de litotomía y se realiza URS con ureterorenoscopia semirrígida previo paso de guía de nitinol. Se visualiza uréter hasta UPU identificando lesiones papilares, tomamos citologías de lavado y se fulguran con fibra láser de Holmio de 365nm comenzando desde UPU y avanzando en sentido distal, durante el procedimiento tomamos muestra de lesión con cesta de nitinol. Tras realizar fulguración se coloca JJ 4,8/26 con ureterorenoscopia. La paciente cursa con postoperatorio sin complicaciones. En CEX presenta en la revisión citologías negativas junto con AP de neoplasia papilar sin poder identificar grado histológico por lo que se decide revisión en quirófano que se realiza a las 6 semanas no encontrando tumor residual.

V-2.3. COMPLICACIÓN URETRAL INUSUAL EN PACIENTE CON EUA.

Cristina Flores Hernández; Antonio Romero; Emilio Izquierdo

Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La incontinencia urinaria de esfuerzo masculina puede ser una complicación en el tratamiento quirúrgico de cáncer de próstata e hiperplasia benigna de próstata. El esfínter urinario artificial se considera el Gold standard, aunque existen otros dispositivos que han ganado posición en este sentido. El objetivo del video es presentar el caso de una complicación tras esta cirugía en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se presenta el caso de un varón de 75 años con antecedentes de prostatectomía radical por vía perineal en 2011 y posterior colocación de un Sling Advance XP en 2013 por incontinencia urinaria de esfuerzo. Tras esto, en 2022, presenta una recidiva de la IUE siendo intervenido en nuestro centro de un esfínter urinario artificial. El paciente se mantiene continente y sin incidencias hasta octubre de 2023 que acude a urgencias por imposibilidad para la micción. Intentamos sondaje vesical tras desactivación del esfínter con imposibilidad. Asimismo, se realiza cistoscopia objetivando una estenosis que no permite paso del cistoscopio. Colocamos sonda suprapúbica y realizamos cistografía que objetiva estenosis de uretra bulbomembranosa. Con los hallazgos descritos se decide exploración en quirófano.

RESULTADOS: La cirugía transcurre sin incidencias y el paciente fue dado de alta al segundo día postoperatorio con sonda vesical durante 1 mes.

CONCLUSIONES: El esfínter urinario artificial se considera una técnica segura y con elevada tasa de éxito en la incontinencia masculina de esfuerzo, no obstante, no está exenta de complicaciones que debemos conocer para poder realizar un adecuado el manejo de las mismas.

V-2.4. REIMPLANTE URETEROILEAL LAPAROSCÓPICO SIN SECCIÓN URETERAL COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETEROILEAL EN CONDUCTO ILEAL.

Alcón Cerro, P.; Molina Hernández, O.; Moreno Sánchez, P.; Sánchez Almería, L.; López García, G.; Esparcia López, J.; García Porcel, V.J.; Velazquez Gomariz, I.; López Abad, A.; García Escudero, D.; Jiménez Penick, J.F.; Oñate Celdrán, J.; Sanchez Rodríguez, C.; Sempere Gutiérrez, A.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Jiménez Parra J.D. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las estenosis ureterales tras derivación urinaria con íleon, son actualmente un desafío. El manejo endourológico tiene un beneficio limitado a ciertos casos, por lo que el reimplante ureteroileal es actualmente el abordaje más exitoso. Gracias a los avances con técnicas laparoscópicas y robóticas, se puede reducir el trauma quirúrgico y minimizar la movilización ureteral necesaria para la reparación. El objetivo de este video es mostrar nuestra técnica de reimplante ureteroileal laparoscópico para la reparación de estenosis ureteroileales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer, 57 años, con antecedentes de exanteración pélvica anterior y derivación urinaria con conducto ileal 14 meses antes de la intervención actual, por carcinoma urotelial de alto grado pT2N0M0. Consulta en reiteradamente por dolor en fosa renal derecha, llegando a precisar nefrostomía de urgencia por sepsis urinaria en contexto de uropatía obstructiva derecha. En estudio, se realiza TC-Pielografía, objetivando ureterohidronefrosis II-III derecha hasta unión con conducto ileal, sin paso de contraste al asa. Ante dichos hallazgos, tras un primer intento de cateterismo anterógrado fallido, se realiza abordaje endoscópico anterógrado con toma de muestras (Negativas para malignidad), intentando sección láser de la estenosis, siendo esto imposible al no poder tutorizar la estenosis.

Ante dichos hallazgos, se propone para reimplante ureteroileal laparoscópico sin sección ureteral completa.

RESULTADOS: Vídeo. Trócar supraumbilical de 12mm, paramediales izquierdo y derecho de 5 y 10mm respectivamente, y de 12mm en FID. Adhesiolisis de adherencias por cirugía previa. Identificación y disección de uréter derecho, dilatado, hasta su entrada en conducto ileal. Identificación de segmento de asa al que reimplantar uréter. Incisión fría en uréter sano dilatado, e incisión fría en asa de Bricker. Hemisutura continua posterior con Monocryl 4/0, colocación de catéter ureteral externo a través de conducto ileal y sobre guía, y otra hemisutura en cara anterior. Comprobación de estanqueidad introduciendo suero por conducto ileal y colocación de drenaje.

CONCLUSIONES: El reimplante ureteroileal sin sección ureteral completa, es una técnica factible y reproducible para el tratamiento de las estenosis ureteroileales en conducto ileal, facilitando el manejo quirúrgico al mantener con mayor estabilidad las estructuras anatómicas a manipular y minimizar la movilización ureteral.

V-2.5. TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO RECURRENTE EN NUESTRO CENTRO.

Cívico Sánchez, C.; Romero Hoyuela, A.; Izquierdo Morejón, E.; Sandoval MartínezAbarca, J.M.; Flores Hernández, C.; Ipiens Sáez, M.; Salinas Lozano, C.; Muñoz Guillermo, V.; Barceló Bayonas, I.; Carrillo George, C.; Montoya Chinchilla, R.; Pietricica, B.N.; Rosino Sánchez, A.; Cruces de Abia, F.I.; Hita Villaplana, G.; Fernández Aparicio, T. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en mujeres puede recurrir tras una malla suburetral sintética y la colocación de un sling autólogo de fascia de los rectos abdominales es una opción de tratamiento. Además, se puede asociar un sistema Remeex® que permitirá realizar ajustes de tensión en el postoperatorio. El objetivo fue presentar dos casos de mujeres con recidiva de su IUE que fueron seleccionadas para la colocación de un sling autólogo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de una mujer de 77 años con antecedentes de sling suburetral en julio de 2023 que acude a consulta por recurrencia de su IUE, utilizando 2 absorbentes al día y con ICIQ de 16. El estudio urodinámico (EUD) no mostró disfunción vesical ni patología de vaciado. El segundo caso trata de una mujer de 70 años con antecedentes de un sistema Remeex® en mayo de 2021 que consulta por recurrencia de su IUE, refiriendo el uso de 2 absorbentes al día y con ICIQ de 19. EUD: sin hallazgos significativos.

La cirugía comienza mediante una colpotomía anterior a nivel suburetral y disecando ambos espacios parauretrales. Se realiza una incisión transversal suprapúbica y se disecciona hasta exponer la fascia del recto abdominal, obteniendo el injerto con bisturí frío. Se colocan dos suturas de PDS a ambos extremos del injerto para realizar la suspensión del sling tras pasar las agujas retropúbicas y se realiza una cistoscopia de control. Se enhebran los hilos sujetos al sling con el sistema Remeex® y lo ajustamos hasta que este quede nivel de la fascia abdominal sin tensión. Finalmente cerramos la herida abdominal en dos capas con el baritensor expuesto.

RESULTADOS: Ambas pacientes fueron dadas de alta a las 24 horas tras realizar una prueba de incontinencia y retirar el baritensor. Ambas pacientes están actualmente continentales y sin complicaciones tras revisión a los 3 meses.

CONCLUSIONES: El sling autólogo asociado a sistema Remeex® es una opción de tratamiento en pacientes con IUE recurrente con altas tasas de éxito en pacientes seleccionados.

Premio Mariano Pérez Albacete Premio al mejor vídeo 2024

LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR ROBOT POSTQUIMIOTERAPIA EN TUMOR TESTICULAR GERMINAL

William A. Barragán Flores
wabf93@gmail.com

Premio Gerardo Server Falgás Premio a la mejor comunicación oral 2024

VALOR DE LOS ALIMENTOS PROCESADOS EN LA ENFERMEDAD LITIÁSICA: ESTUDIO EXPLORATORIO

Pablo Yago Giménez
pabloyagogimenez@gmail.com

Yago Giménez, Pablo; Cao Avellaneda, Enrique; López Abad, Alicia; García-Rivas Carmona, Francisco; Herrero Vidal, Laura; Mellado Campoy, Javier; Vera Ballesteros, F.J; Andrés Andrés, Alicia; Laredo Alonso, Carlos; Aznar Martínez, Laura; Martínez Muñoz, Rocío; Fernández Garay, Juan Carlos; Rull Hernández, Javier; Guzmán Martínez-Valls, Pablo Luis
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La enfermedad litiasica sigue incrementando su incidencia en los últimos años. Múltiples abordajes para su prevención han sido realizados, sin llegar a una estrategia clara en las recomendaciones, que impiden estudios de mayor calidad. Con el objetivo de simplificar éstas y, basándonos en la hipótesis de que los alimentos cada día se encuentran más procesados, realizamos un estudio piloto exploratorio sobre su consumo y la aparición de litiasis renal. Al no haber encontrado bibliografía sobre este abordaje, seguimos clasificación sobre procesamiento sugerido por el grupo NOVA, de amplio consenso en otros ámbitos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio prospectivo de casos y controles emparejados por domicilio sobre la frecuencia de consumo de alimentos procesados. Se seleccionó un muestra de 52 personas divididos en 26 parejas de pacientes ingresados por enfermedad litiasica y su acompañante sano. Se recogieron los distintos factores de riesgo conocidos, la frecuencia de eventos litiasicos y tratamiento. Se realizó un cuestionario de respuesta múltiple investigando sobre la frecuencia de consumo semanal de alimentos categorizado en: no procesados, mínimamente procesados y procesados.

Los resultados obtenidos han sido analizados mediante el programa SPSS 21.0. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, pruebas de normalidad de la muestra con el test de Kolmogorov-Smirnov y de asociación de las variables dicotómicas mediante tablas cruzadas y test estadísticos χ^2 .

RESULTADOS: El análisis de los grupos fue homogéneo tras no presentar diferencias estadísticamente significativas entre sí mediante el test estadístico de χ^2 en sexo (13 hombres y 13 mujeres encada grupo), HTA, DLP, DM Hiperuricemia e IMC. Los dos grupos presentan una distribución normal según el test de Kolmogorov-Smirnov.

En el grupo de pacientes con alto consumo semanal de alimentos procesados (más del 50% del total) , se realizó un análisis mediante tabla cruzada (χ^2 con corrección de Pearson) de la variable de riesgo de los grupos encontrando mayor porcentaje en pacientes litíasicos frente a los sanos, de manera estadísticamente significativa ($p < 0.03$) (Tabla 1)

CONCLUSIONES: Tras resultados preliminares obtenidos en esta muestra, consideramos que el consumo de alimentos procesados de forma abundante (más de la mitad de los días a la semana o diariamente) puede ser un factor de riesgo relevante. Decidimos aumento del tamaño muestral para obtención de resultados más consistentes.

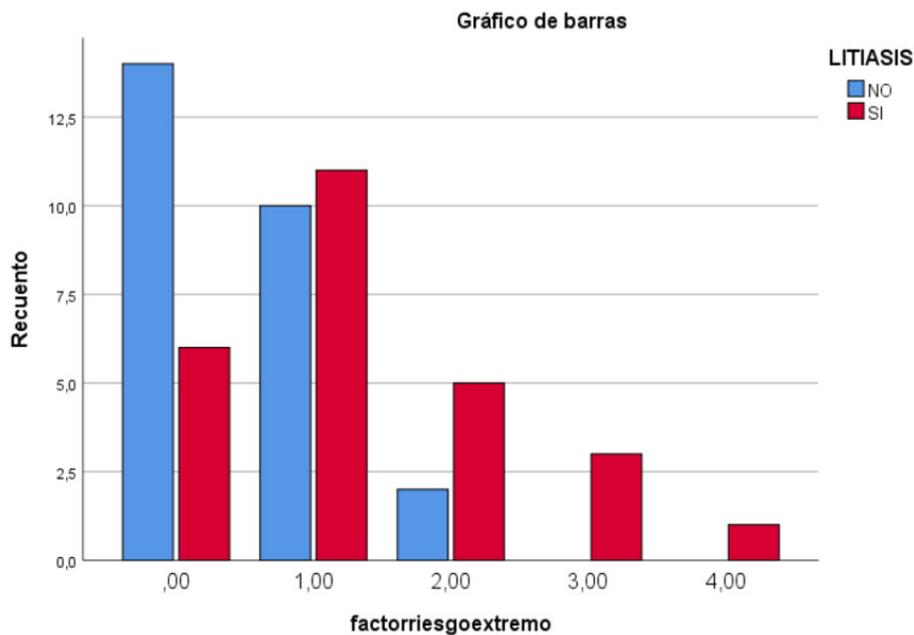


Tabla 1: Tabla que muestra que los pacientes con litiasis se asociaban a alto consumo de alimentos procesados en contraposición a los pacientes sin litiasis.

Premio Mariano Tomás Ros Premio mejor examen residentes 2024

Gerardo Server Gómez

Formación y Excelencia en Urología: XLVI Reunión de Residentes de Valencia y Murcia en Cartagena

El viernes 25 de octubre se celebró, en el Hospital Universitario Santa Lucía (HUSL) de Cartagena, la XLVI Reunión de Residentes de Urología de Valencia y Murcia, organizada por la Asociación Valenciana de Urología (AUCV) y la Asociación Murciana de Urología (AMU). Este evento ha conseguido reunir a numerosos residentes y especialistas en Urología de hospitales de ambas Comunidades Autónomas con el objetivo de hablar sobre temas de actualidad y relevancia científica como son Cirugía Reconstructiva Uretral del adulto y Fístula Urinaria.

La inauguración estuvo a cargo del Dr. José Antonio March, vocal de actividades de la AUCV, junto a la Dra. Natalia Vidal, componente del Comité Organizador del HUSL, y el Dr. Gerardo Server, Vocal de Residentes de la AMU y residente de último año en el mismo hospital. En el discurso de inauguración, se destacó la importancia de estas reuniones para fomentar la difusión de la actividad científica con los residentes –estos forman el futuro de la Urología española– como protagonistas de las ponencias.

Durante la reunión se abordaron temas clave en cirugía reconstructiva y estenosis uretral. La Dra. Olga García, del Hospital Santa Lucía, ofreció una presentación sobre conceptos generales de cirugía reconstructiva, mientras que la Dra. Marta Ipiens, del Hospital Morales Meseguer, expuso sobre la fisiopatología de la estenosis uretral. La Dra. Gema Gómez del hospital Reina Sofía presentó un enfoque sobre la estenosis de uretra en pacientes que han pasado por tratamiento radical de próstata, y el Dr. Carlos Laredo, del Hospital Virgen de la Arrixaca, profundizó en el tratamiento de la estenosis panuretral. Estas presentaciones cubrieron la experiencia de todos los hospitales de la Región de Murcia, ofreciendo una perspectiva integral sobre el manejo de esta compleja patología. Cada monografía fue acompañada de casos clínicos que ilustraban y aplicaban estos conocimientos a la práctica en el tratamiento de una de las patologías más complejas del tracto urinario.

A lo largo de la jornada, los participantes intercambiaron ideas y metodologías, consolidando conocimientos en un ambiente de colaboración y aprendizaje. La discusión incluyó técnicas innovadoras y estrategias para optimizar los resultados en pacientes con estas condiciones complejas.

Este evento no solo reafirma el compromiso de los residentes con la excelencia en urología, sino que también fortalece la relación con la comunidad médica entre nuestros hospitales.



Cirugía reconstructiva uretral del adulto y fístula urinaria

16:30 – 17:30 MESA 1: ESTENOSIS URETRAL. CONCEPTOS GENERALES

Moderadores: Pablo Yago Giménez (H. C. U. Virgen de la Arrixaca) y Enrique Ramos Rodríguez (H.G.U. Elche)

- ✚ Anatomía. Conceptos de cirugía reconstructiva. Tipos de colgajos. Olga García García (H. U. Santa Lucía de Cartagena)
- ✚ Estenosis de uretra. Fisiopatología y diagnóstico. María Ipiens Sáez (H. U. Morales Meseguer)
- ✚ Tratamiento Conservador de la estenosis de uretra; Dilataciones, tratamiento médico, técnicas endourológicas, nuevos tratamientos. Víctor Valle Luna (H. U. San Juan de Alicante)
- ✚ Manejo de la estenosis uretral en paciente tras tratamiento primario de cáncer de próstata. Gema López García (H. U. Reina Sofía)

17:30 – 18:45 MESA 2: CIRUGÍA ABIERTA DE LA ESTENOSIS URETRAL

Moderadores: José María Sandoval Martínez-Abarca (H. U. Morales Meseguer) y Francisco Querreda Flores (H. U. P. La Fe Valencia)

- ✚ Estenosis uretral anterior. Andrea Albertus Bofarull (H.G.U. Elche)
- ✚ Estenosis panuretral, perineostomías. Carlos Laredo Alonso (H.C.U. Virgen de la Arrixaca)
- ✚ Estenosis uretral posterior. Josué Martínez Vela (H.G.U. Alicante Doctor Balmis)
- ✚ Casos clínicos de cirugía abierta de estenosis uretral anterior. Olga Montero Adriá (H. de Manises)
- ✚ Casos clínicos de cirugía abierta de estenosis uretral posterior. Jordi Martínez Barbero (H. U. P. La Fe Valencia)

18:45 – 19:30 MESA 3: ESTENOSIS URETRAL EN MUJERES Y FÍSTULAS URINARIAS OBSTÉTRICAS

Moderadores: Ana Utiel Atienzar (H. Doctor Peset) y Pablo Esteve Juan (H. Clínico de Valencia)

- ✚ Estenosis uretral en mujeres y casos clínico. Irene Díaz González (H. G. U. Valencia)
- ✚ Fístulas de vía urinaria. Obstétricas (vesicovaginales, vesicouterina, uretrovaginales). Diagnóstico y manejo. Francisco Javier López. (H. de Vinalopó)
- ✚ Caso clínico de fístulas urinaria obstétrica. Pablo Alcalá-Santaella (H. U. de la Ribera)

19:30 – 20:30 MESA 4: FÍSTULAS DE VÍA URINARIA Y TRAUMATISMO URETRAL

Moderadores: Álvaro José Bevia Romero (H. U. P La Fe Valencia) y Natalia Vidal Crespo (H. U. Santa Lucía de Cartagena)

- ✚ Fístulas Uroentéricas (pieloentéricas, rectouretrales) Diagnóstico, manejo. Ana Dénia Jávega. (H. Clínico de Valencia)
- ✚ Caso clínico de fístulas urinaria uroentérica. David González (H. Doctor Peset Valencia)
- ✚ Urgencia y trauma uretral. Manejo. Opciones reconstructivas tras trauma uretral. Álvaro Coret Moya. (H. Arnau de Vilanova Valencia)
- ✚ Caso clínico de urgencia y trauma uretral. Pablo Arnau Patiño (H. G. U. de Castellón)

20:30 – 20:45 MESA 5: TRATAMIENTO DE LOS TUI DE LLENADO DEL PACIENTE CON ESTENOSIS DISTAL. ¿ES EL TRATAMIENTO CON AGONISTAS B3 LA OPCIÓN INDICADA?

Ponente: Pau Martínez Rodríguez (H. de Manises)

20:45 – 21:00 MESA 6: ESTENOSIS DE URETRA EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA

Ponente: Natalia Vidal Crespo (H. U. Santa Lucía de Cartagena)

Empresas colaboradoras



Complejo Hospitalario de Cartagena, actividad urológica (2011-2025)

En febrero de 2011 se inauguró el nuevo hospital en Cartagena, el de Santa Lucía, ubicado en el paraje de Los Arcos, con 667 camas y modernas dependencias e instalaciones que, junto con la plantilla de urólogos del servicio de Nuestra Señora del Rosell, forman la del Complejo Hospitalario de Cartagena.

La andadura del servicio de urología se inició con el nombramiento de Juan Moreno Avilés como jefe tras la jubilación de Ricardo García Pérez (2010). La actividad principal es efectuada en el Hospital Santa Lucía y en el del Nuestra Señora del Rosell, se mantienen las consultas atendidas por Juan Soler Fernández, hasta su jubilación (2015) y por Oleg Santamaria; posteriormente se incluyó la realización de cirugía menor y mayor ambulatoria, además de dar asistencia a los enfermos ingresados en el centro de otras especialidades.

La población a la que damos cobertura es la perteneciente al área dos del servicio Murciano de Salud y también asistimos a pacientes del área ocho en estudios urodinámicos y realizamos intervenciones quirúrgicas en aquellos enfermos en tratamiento con diálisis o que precisen asistencia de cirugía vascular.

El recurso humano del servicio, a lo largo de estos años, ha sido un ir y venir de facultativos, por lo que el fidelizar y estabilizar la plantilla ha sido muy importante a la hora de distribuir las distintas funciones; los que se han trasladado del centro han sido: Francisco José Jiménez Penick, Enrique Cao Avellaneda, Raúl Montoya Chinchilla, Ángela Rivero Reina, Rocío Martínez Muñoz, Tabarak y por jubilación M^{ra} José Montes Díaz (2021), quienes han dotado al servicio de un elevado nivel técnico profesional y aportado lo mejor de ellos tanto personal como profesional.

Los días 15 y 16 de marzo de 2012, al cumplirse el primer aniversario del servicio de urología del Hospital Universitario Santa Lucía y con la intención de ser su presentación ante la sociedad urológica regional y que se conocieran sus instalaciones, organizamos unas jornadas de trabajo sobre la cirugía intrarrenal endoscópica retrógrada (RIRS), con la colaboración de los Dres. Guido Giusti, del Instituto Humanitas de Milán, y Galán Llopis, ex coordinador del Grupo de Endoscopia y Litiasis de la Asociación Española de Urología (AEU).

La prensa del momento, en la inauguración de las jornadas, describía y resaltaba la dotación tecnológica con la que cuenta el servicio que ha permitido, según su jefe Moreno Avilés «que hayamos ensayado una nueva cirugía endoscópica intrarrenal retrógrada por primera vez en el hospital, lo que supone una mejora en el tratamiento de la litiasis urinaria y en la de los pacientes que presenten tumores».

La plantilla actual la forman desde el comienzo de la actividad como jefe del servicio Juan Moreno Avilés, jefe de sección Carlos García Espona y como médicos adjuntos, Eugenio Hita Rosino, Oleg Santamaría Fernández, Almudena Rodríguez Tardido, Max Cachay Ayala y Leandro Sala Fuente; a partir de 2017 se incorporan al término de su formación como facultativos especialistas de área (FEA) Florencio Marín Martínez (2019), Arancha Pardo Martínez (2020), Miriam Artés Artés (2021), Iris Guardiola Ruiz (2022), Natalia Vidal Crespo (2023) y Laura Aznar Martínez que realiza su labor compartida con el H. Virgen de la Arrixaca (2024), La semblanza urológica de todos ellos se encuentra descrita en el Diccionario Histórico de los Urólogos Murcianos de 2023.

La labor asistencial se desarrolla en tres áreas, en la planta de hospitalización tenemos asignadas entre 20 y 22 camas; en el quirófano, del que disponemos de uno en el H. Sta. Lucía y otro en el H. N^a S^a del Rosell, ambos en horario de mañana y tarde. En el área de consultas externas, contamos con cuatro salas, una para los estudios urodinámicos, otra de endoscopia, una tercera de ecografía y la cuarta para efectuar sesiones clínicas y de uso administrativo.

Establecimos unidades de trabajo con equipos multidisciplinares para atender patologías complejas, lo que unido al buen hacer de los profesionales y al utillaje urológico suministrado implementa la cartera de

servicios con nuevos procedimientos, como en la del suelo pélvico e incontinencia urinaria con colocación de esfínteres retentivos y otros dispositivos realizadas por Cachay Ayala y Artés Artés, quienes en la prostática usan técnicas mínimamente invasivas, como el HOLEP de extirpación prostática endoscópica mediante el uso de energía laser y la REZUM, de tratamiento mediante vapor de agua.

Tratamos la litiasis mediante cirugía percutánea intrarrenal con renoscopios de última generación o retrógrada con un ureteroscopio flexibles, realizados por Guardiola Ruiz, Rodríguez Tardido, Sala Fuente y Marín Martínez, los tres últimos acreditados para realizar la cirugía robótica de la que desde principio del 2022, disponemos del robot Da Vinci, que ha nos ha permitido iniciarla con la que se han llevado a cabo más de un centenar de operaciones principalmente sobre próstata y riñón.

La cirugía uretral y reconstructiva es llevada a cabo por Moreno Avilés y García Espona y la patología andrología, con el estudio de la infertilidad masculina y la disfunción eréctil y la colocación de prótesis de pene por Hita Rosino y Pardo Martínez.

La patología oncológica urológica y la laparoscópica la efectúan Vidal Crespo y Marín Martínez, el hecho de disponer de tecnología avanzada y de contar con servicios de oncología médica, radioterápica y de medicina nuclear, nos ayuda para hacer una valoración multidisciplinar a través del comité de tumores del centro y un tratamiento global de los genitourinarios. Disponemos de una consulta específica del cáncer de próstata en estadios avanzados y otra de tumor renal metastásico.

En 2018 fue acreditado el servicio para la formación de posgrado en urología (MIR) y el primer médico residente fue el rumano Gabriel Razvan Nedelscu, con ejercicio al término de su formación en el hospital de Alcoy, Alicante. La segunda fue Iris Guardiola Ruiz, que prosigue en el centro como facultativa especialista de área (FEA). Los siguientes aún en periodo de especialización bajo el control de la tutora de residentes, Natalia Vidal Crespo son: Gerardo Server Gómez, María Valor Pérez, Olga García García y Sonsoles Ponti Aguirre.

Estamos vinculados a la Universidad Católica de Murcia (UCAM) y mantenemos un compromiso docente con los estudiantes de Medicina y de Enfermería, en el que colaboramos todo el equipo en la formación continuada y la realización de prácticas, la más relacionada en ello es Pardo Martínez.

La labor docente y de formación continuada está dirigida por un lado a potenciarla con Atención Primaria, para ello tenemos establecidas vías clínicas en patologías prevalentes como la hiperplasia benigna de próstata (HBP-STUI) y la litiasis urinaria, entre otras. También colaboramos en la formación de los médicos residentes de otras especialidades y de los de familia que nos eligen para actualizar su conocimiento y hacer de la urología, organizamos además, reuniones-cursos de enseñanza en las patologías más frecuentes del tracto urinario.

Por otro lado, los miembros del servicio asisten a las sesiones clínicas establecidas en el hospital, así como a los diferentes cursos de especialización y a reuniones de los grupos de trabajo de la AEU y a sus congresos, en los que participamos. De igual manera, a lo largo de estos años, colaboramos en ensayos clínicos como el Afrodita, «Estudio observacional en cáncer de próstata resistente a la castración», en el «Estudio observacional retrospectivo sobre utilidad de las instilaciones de ácido hialurónico en la patología urológica», en el «Registro nacional descriptivo del perfil de pacientes en protocolo de cateterismo intermitente limpio (CILREG)» en el «Seguimiento en Unidades de Urología funcional» y otros; hemos publicado artículos en revistas de la especialidad y capítulos en libros, como el del médico residente.

Destacamos que el equipo de enfermería con dos cuartos de trabajo en la consulta realiza su actividad de, curas, manejo de sondas, catéteres, dilataciones uretrales y tratamientos endovesicales que incluyen los quimio e inmunoterápicos. También señalamos que mantienen compromisos en educación para la salud y en campañas de prevención sanitaria. Este año 2025, nos corresponde organizar y ser anfitriones del congreso anual de la Asociación Murciana de Urología; confiamos estar a la altura que corresponde y cumplir con los objetivos y expectativas científico-sociales.

Juan Moreno Avilés
Jefe del servicio de urología CHU Cartagena
Cartagena, 2 de diciembre de 2024

Incorporación femenina a la urología en España. Región de Murcia

Mariano Pérez Albacete

Recogemos, del directorio de la Asociación Española de Urología de junio de 1993, la relación de miembros de la especialidad y de la secretaria de la AEU solicitamos la fecha de admisión de las 56 urólogas que figuran en él (de un total de 1853 miembros, un 3%). Encontramos, en 1977, sesenta y seis años después de la fundación de la AEU, a Nuria Bertrán i Llopis (Barcelona, 1931) como socia, a la que consideramos como la primera uróloga española, a quien se le rindió homenaje durante la celebración del LXXIII Congreso Nacional de Urología y VI Iberoamericano en Barcelona, en junio de 2008.

En la relación de las urólogas españolas se encuentra en 1992 y ocupa el número 41, María José Montes Díaz (Cartagena, 1963), la primera uróloga murciana, licenciada por la Universidad de Murcia en 1989. Especializada como MIR en Madrid y contratada en el Hospital Rafael Méndez de Lorca (1995), con traslado en 2009 a Cartagena, donde prosiguió su ejercicio hasta su retiro (2021).

Es a partir de la década de 1980 cuando la incorporación femenina a la especialidad urológica evoluciona con un progresivo aumento de tal modo que en la relación del directorio de 2007 la AEU contaba con un total de 1864 urólogos, de los que 159 eran mujeres (8,5%) y en la celebración del LXXXVI Congreso Nacional, en Granada-Jaén, en 2023, treinta años después y 46 desde la primera inclusión femenina, hubo una admisión de 82 urólogos, de los que las mujeres con 46 ingresos, superaron a la masculina, con 36. En el siguiente congreso, en Palma de Mallorca en 2024, fueron admitidos como miembros de la AEU 201 de los que féminas fueron 107 y hombres, 94. En este 2025 el número de socios de la AEU es de 3127 de los que varones son 2201 y mujeres 926 (29,6%).

Creación del sistema MIR de formación en medicina. Ingreso femenino en la Región de Murcia

La institución de la formación de médicos residentes internos MIR fue básica para incrementar el número de especialistas en todas sus ramas en el país. En Murcia su implantación fue en 1970, en la primitiva Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca y no fue hasta este siglo, en el 2001, ya en el actual Hospital Virgen de la Arrixaca, cuando ingresó la primera mujer para especializarse en urología, Ana Isabel López López (Alicante, 1977) quien al término de su adiestramiento en 2006 continuó como facultativa especialista de área en el servicio centrada en la patología del suelo pélvico hasta 2009 que se trasladó al Hospital de San Juan en Alicante.

En el mismo año (2006) se incorporó a la plantilla del servicio de urología en el hospital Morales Meseguer Beatriz Honrubia Vilches (Córdoba, 1975), licenciada por la Universidad de Granada (1999) y formada como MIR en urología en el hospital Virgen de la Nieves de la ciudad. En 2011, por concurso se trasladó al hospital Los Arcos de San Javier en el que, desde 2017 es jefa del servicio de urología.

Tres años más tarde (2009) la también cartagenera Almudena Rodríguez Tardido (1979), licenciada por la Universidad de Murcia (2003) y MIR en el servicio de urología del hospital Morales Meseguer, al finalizar su preparación fue contratada como médica adjunta en el Hospital N^º S^º del Rosell de Cartagena con paso posterior al hospital Santa Lucía, en el que ha sido acreditada (2022) para realizar la cirugía robótica urológica.

A partir de esa fecha la incorporación de la mujer ha presentado un incremento continuo tanto para ejercer en los hospitales murcianos como de ingreso en el programa de especialización MIR; la semblanza urológica de 29 de ellas se encuentra en el Diccionario de Urólogos Murcianos de 2023.

En este año 2025, las urólogas que ocupan plaza en los nueve hospitales murcianos de la Seguridad Social que cuentan con servicio o sección de urología es de 26 sobre una cifra total de 78 urólogos en

activo, lo que representa un 33%, mientras que, de las 23 plazas para formación existentes en los cuatro hospitales acreditados de la región, doce están ocupadas por mujeres, un 52% (Virgen de la Arrixaca-3; Reina Sofía-2; Morales Meseguer-4; Santa Lucía-3).

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, año 2025

Plantilla del servicio de urología es de 14 urólogos de los que mujeres son dos: Gloria Martínez Gómez (Murcia, 1988) y Rocío Martínez Muñoz (Murcia, 1990), además de Laura Aznar Martínez (Murcia, 1993) quien comparte el 50% de su actividad con el del hospital Santa Lucía de Cartagena.

El ingreso femenino en el hospital del sistema MIR, tras su primera incorporación en 2002, han sido ocho las urólogas que han completado su especialización de las que cuatro forman parte actualmente del equipo de los hospitales murcianos.

Urólogas formadas en el H. V. Arrixaca

<u>Nombre</u>	<u>ciudad y fecha nac.</u>	<u>Universidad</u>	<u>MIR Arrixaca</u>	<u>Hospital destino</u>
López López, Ana Isabel	(Alicante, 1977)	Alicante	(2002-07)	H. San Juan, Alicante
Doñate Íñiguez, Gloria	(Albacete, 1980)	Valencia	(2006-11)	H. Los Arcos, San Javier
Pinzón Navarrete, Cindy	(Colombia, 1986)	Colombia	(2010-15)	H. Gandía, Valencia
Martínez Gómez, Gloria	(Murcia, 1988)	Murcia	(2013-18)	H. V. Arrixaca
Martínez Muñoz, Rocío	(Murcia, 1990)	Zaragoza	(2016-21)	H. Arrixaca-Caravaca
Vidal Crespo, Natalia	(Alicante, 1992)	Alicante	(2017-22).	H. S ^a Lucía, Cartagena
Aznar Martínez, Laura	(Murcia, 1993)	Murcia	(2018-23)	H. Reina Sofía-Caravaca

En periodo de formación se encuentran: Laura Herrero Vidal (Murcia, 1996), (R-4); Alicia Andrés Andrés (Albacete, 1993) (R-2) y Eva Torregrosa Guillén (Murcia, 1999) (R-1). En el año 2021 se incrementó el ingreso de MIR en el hospital a dos médicos por año.

Hospital Universitario Reina Sofía, año 2025

El nuevo centro inaugurado con el nombre de Reina Sofía en 2005, fue evaluado por la Comisión Nacional de Acreditación del sistema de formación MIR y autorizado en el 2006; cinco alumnas han completado su especialización, de las que tres forman parte de la plantilla de urólogas en los hospitales murcianos.

Plantilla del servicio de urología la componen nueve urólogos de los que mujeres son dos: Olimpia Molina Hernández (Granada, 1989) y Alicia López Abad (Murcia, 1994) quienes desarrollan su labor con el hospital del Noroeste de Caravaca de la Cruz al 50%, y la segunda realiza además guardias de trasplante renal en el Virgen de la Arrixaca.

Urólogas formadas en el H. Reina Sofía

<u>Nombre</u>	<u>Ciudad y fecha nac.</u>	<u>Universidad</u>	<u>MIR</u>	<u>Destino</u>
Samper Mateo, Paula	(Murcia, 1988)	Murcia	(2013-18)	H. Javier
Vilches Costas, Ana Isabel	(Elche, 1989)	Elche	(2014-19)	H. Elche
Molina Hernández, Olimpia	(Granada, 1989)	Granada	(2015-20)	H. Arcos-Caravaca
Artés Artés, Miriam	(Gandía, 1992)	Tarragona	(2017-22)	H. S ^a Lucía
Bobadilla Romero, Emny	(R. Dominicana. 1994)	S ^o . Domingo	(2018-23)	Boston. USA

En periodo de formación se encuentran: Lucía Sánchez Almería (Santomera, 1997) (R-3) y Gema López García (Murcia, 1998) (R-2).

Hospital Universitario Morales Meseguer, año 2025

Acreditado por la Comisión Nacional de del sistema de formación MIR en 2004, han completado su especialización seis urólogas.

Plantilla del servicio de urología está formada por nueve urólogos de los que las mujeres que ejercen actualmente en el centro son: Isabel Barceló Bayonas desde 2019 y Victoria Muñoz Guillermo desde 2016 y quienes comparten su labor al 50% con el Hospital Virgen del Castillo de Yecla.

Urólogas formadas en el H. Morales Meseguer

<u>Nombre</u>	<u>Ciudad y fecha nac.</u>	<u>Universidad</u>	<u>MIR</u>	<u>Hospital destino</u>
Rodríguez Tardido, Almudena	(Cartagena, 1979)	Murcia	(2005-10)	H. S ^a Lucía
Cano García, M. Carmen	(Valencia, 1983)	Valencia	(2009-14)	H. Granada
Rivero Reina, Ángela	(Ciudad Real, 1988)	Castilla-La Mancha	(2013-18)	H. Ciudad Real
Barceló Bayonas, Isabel	(Murcia, 1989)	Murcia	(2014-19)	H. Morales
Pardo Martínez, Arancha	(Murcia, 1990)	Murcia	(2015-20)	H. S ^a Lucía
Muñoz Guillermo, Victoria	(Murcia, 1991)	Murcia	(2016-21)	H. Morales-Yecla

En periodo de formación se encuentran: Claudia Cívico Sánchez (Elche, 1995)(R-4); Cristina Flores Hernández (Almería, 1996) (R-3); Marta Ipiens Aznar (Valencia, 1997) (R-2) y Carla Salinas Casado (Benissa, Alicante, 1998)(R-1).

Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena, año 2025

La acreditación docente MIR fue obtenida en 2018 y al año siguiente ingresó en urología la primera mujer, Iris Guardiola Ruiz (Alicante, 1994), graduada en Medicina por la Universidad Miguel Hernández, al término de su preparación continuó como facultativa especialista de área en el mismo centro.

Plantilla del servicio de urología completa la constituyen 15 urólogos de los que mujeres son seis: Almudena Rodríguez Tardido (Cartagena, 1999), Arancha Pardo Martínez (Murcia, 1990), Natalia Vidal Crespo (Alicante, 1992), Mirian Artés Artés (Gandía, 1992), Iris Guardiola Ruiz y Laura Aznar Martínez (Murcia, 1993), quen comparte su trabajo al 50% con el H. Virgen de la Arrixaca.

En periodo de formación se encuentran: María Valor Pérez (Alcoy, 1997) R-3); Olga García García (Valencia, 1989) (R-2) y Sonsoles Ponti Aguirre (Cartagena, 1999) (R-1).

Hospital Rafael Méndez, Lorca, año 2025

Plantilla del servicio de urología, está compuesta por ocho especialistas entre las que se encuentran dos mujeres, Beatriz Laiglesia Lozano (Lorca, 1986) y Melque Barragán Gamero, (Sevilla, 1989).

Hospital Los Arcos del Mar menor, San Javier, año 2025

Plantilla del servicio de urología la forman seis urólogos de los que tres son urólogas: Beatriz Honrubia Vilches (Córdoba, 1975), Gloria Doñate Íñiguez (Albacete, 1980) y Paula Samper Mateo (Santiago de la Ribera, Murcia, 1988).

Hospital Virgen del Castillo, Yecla, año 2025

Plantilla del servicio de urología, no cuenta con personal médico femenino asignado, las urólogas que trabajan, Isabel Barceló Bayonas y Victoria Muñoz Guillermo pertenecen a la del hospital Morales Meseguer.

Hospital del Noroeste de Caravaca de la Cruz, año 2025

Plantilla del servicio de urología está formada por cuatro urólogos varones, no tiene asignado ninguna mujer, las que las que atienden la urología forman parte de la unidad de apoyo del Hospital Reina Sofía: Olimpia Molina Hernández y Alicia López Abad.

Hospital de la Vega, Cieza, año 2025

Plantilla del servicio de urología la componen tres urólogos varones, no cuenta en su plantilla médica de urología con personal femenino.

Destacamos la categoría obtenida y los cargos desempeñados por urólogas de la Región de Murcia

Paula Samper Mateo alcanzó el grado de doctora en Medicina, y ha sido elegida vicepresidenta de la AMU en la octava Junta (2024).

Beatriz Honrubia Vilches es jefa del servicio de urología (2017) del Hospital Los Arcos de San Javier.

Alicia López Abad es miembro del grupo de trabajo de la Asociación Europea de Urología, Young Academic Urologists (YAU) centrado en el trasplante renal (Kidney Transplantation Working Group).

Gloria Doñate Íñiguez fue tesorera de la quinta Junta Directiva de la AMU (2011-16).

Victoria Muñoz Guillermo es miembro de la actual Junta Directiva AMU (2024).