

**LLIBRE D'ABSTRACTS**

**PÒSTERS**

**SESSIÓ PÒSTERS 5 >**  
**CARCINOMA UROTELIAL**  
**DEL TRAM URINARI SUPERIOR,**  
**URETRA I TUMOR TESTICULAR**  
**P45-P53**

## P45

### TRATAMIENTO COMBINADO DEL CÁNCER URETRAL METASTÁSICO. REVISIÓN DE CASO CLÍNICO.

Carles Solà Maruès<sup>1</sup>, Laura Polaina Barroso<sup>1</sup>, Anna Sanromà Salvà<sup>1</sup>, Marina Munarriz Polo<sup>1</sup>, Marc Costa Planells<sup>1</sup>, José M. Abascal Junquera<sup>1</sup>, Alejandro García Larrosa<sup>1</sup>, Gloria Nohales Taurines<sup>1</sup>, Lluís Cecchini Rosell<sup>1</sup>

1) Hospital del Mar

#### Introducción:

El cáncer de uretra representa una neoplasia poco común (menos del 1% cánceres genitourinarios). Cursa con clínica inespecífica que puede retrasar su diagnóstico; la supervivencia del cáncer de uretra se encuentra entorno a 40%-60% a los 5 años dependiendo de varios factores como la localización, histología y sexo.

#### Método:

Presentamos caso de hombre de 56 años, natural de Marruecos con barrera idiomática, portador de sonda suprapúbica colocada en país de origen, acude al servicio de urgencias por tumoración penoescrotal dolorosa de semanas de evolución y fiebre. A la exploración se observa tumoración excrecente en pene, masa escrotal que dificulta la exploración de los testículos y adenopatías inguinales bilaterales con fistulización cutánea.

#### Resultados:

Se inicia cobertura antibiótica.

Pruebas complementarias:

Ecografía escrotal: gran masa heterogénea en bolsa escrotal sin áreas fluctuantes.

TC abdomino-pélvico: gran masa de aspecto neoproliferativo que infiltra cuerpos cavernosos, cuerpo esponjoso con compromiso uretral, contacto con la pared anterior del recto y adenopatías inguinales bilaterales de hasta 60x34cm.

Biopsia por punción de la lesión: carcinoma escamoso moderadamente diferenciado.

Tc torácico: Nódulo de 9 mm en lóbulo superior derecho y otro en lóbulo superior izquierdo de 7 mm.

Se plantea el caso en comité Uro-Oncológico y dada la clínica local mal controlada se decide tratamiento multimodal con cirugía y quimioterapia adyuvante. Se realiza emasculación con cistoprostatectomía radical y linfadenectomía inguinal bilateral con derivación urinaria tipo Bricker. El informe de anatomía patológica confirma carcinoma urotelial con diferenciación escamosa de uretra bulbar. Infiltración de vejiga y próstata, afectación linfática y metástasis cutáneas púbicas (T4N2M1). Se continua tratamiento con 3 ciclos de quimioterapia (cisplatino + gemcitabina). A los 2 meses de la intervención quirúrgica, el paciente presenta recurrencia a nivel local y progresión de las lesiones pulmonares. Se inicia tratamiento de rescate con atezolizumab (3 ciclos) siendo éxitus a los 6 meses del diagnóstico.

#### Conclusión:

El carcinoma uretral es una enfermedad poco frecuente y localmente agresiva que puede dificultar su diagnóstico inicial. Se conocen tres tipos histológicos: carcinoma urotelial, carcinoma escamoso y adenocarcinoma. El diagnóstico se realiza mediante la exploración física, RM para el estudio de la afectación local y TC para el estudio de extensión a distancia. El tratamiento de estadios locales es la cirugía. No hay evidencia sobre el papel de la linfadenectomía inguinal profiláctica. La adyuvancia con quimioterapia y radioterapia se supone que puede tener un papel en el manejo de estos pacientes pero sin tener evidencia clara. No hay estudios específicos de pacientes metastásicos y se suele realizar un manejo basado en la histología del tumor y esquemas terapéuticos de otras neoplasias como el carcinoma vesical. La supervivencia a 5 años es baja (60%), a pesar de nuevos tratamientos multimodales e introducción de inmunoterapia.

**P46**

PER DECISIÓ DE L'AUTOR/A, FINALMENT AQUEST PÒSTER NO S'HA PRESENTAT

## P47

### ÚS DE L'ENDOUROLOGIA EN EL TUMOR DEL TRACTE URINARI SUPERIOR DESPRÉS DE CISTECTOMIA

Júlia Aumatell Ovide<sup>1</sup>, Jordi Huguet<sup>1</sup>, José Daniel Subiela Henríquez<sup>1</sup>, Julio Calderón Cortez<sup>1</sup>, Asier Mercadé Sánchez<sup>1</sup>, Josep Balañà<sup>1</sup>, Sofia Fontantet<sup>1</sup>, Joan Palou<sup>1</sup>, Alberto Breda<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

#### INTRODUCCIÓ

El tumor del tracte urinari superior (TMTUS) posterior a cistectomia radical (CR) sol ser d'alt grau i estadiatge. Les guies el consideren un tumor d'alt risc desaconsellant el tractament conservador. El nostre objectiu va ser avaluar la utilitat de l'endourologia en el diagnòstic i el tractament del TMTUS post cistectomia.

#### MATERIALS I MÈTODES

Es va realitzar la revisió retrospectiva de pacients sotmesos a ureteroscòpia o nefrososcòpia percutània per sospita de TMTUS després de CR entre 2000-2019. Vam analitzar variables clíniques, patològiques i els resultats oncològics dividint els pacients en dos grups:

1. Tractament: pacients el tumor dels quals va ser tractat de forma conservadora mitjançant endourologia.
2. Nefroureterectomia: pacients que posteriorment a la valoració endourològica i resultat de les exploracions complementàries, es va indicar nefroureterectomia.

#### RESULTADOS

Varen ser 49 pacients, 33 amb TMTUS i 16 sense lesions. Es va aconseguir accés a la via urinària en el 90% dels casos. La mitjana d'edat dels 33 pacients amb TMTUS va ser 70 anys (RIQ: 63,5-74), 28 eren homes i 5 dones. La mitjana de temps fins el TMTUS va ser de 23 mesos (RIQ: 10-69,5).

1. Tractament: van ser 12 pacients. Indicació imperativa en 8 i electiva en 4. Cinc biòpsies van mostrar tumor d'alt grau, 1 baix grau i 6 no valorables. Amb una mitjana de seguiment de 20,5 mesos (RIQ: 5,25-48,75) 4 van recidivar, 5 van progressar ( $\geq$ pT2) i 3 van morir per carcinoma urotelial. La probabilitat de supervivència a 5 anys va ser de 66,7%.
2. Nefroureterectomia: van ser 21 pacients. Indicació per tumor d'alt grau 9, sospita de tumor invasiu 5 i per lesió no abordable endourològicament 3. Van ser 2pT0, 1pTa, 5pT1, 4pTis, 3pT2, 3pT3, 1pT4, tots d'alt grau. Dos no van arribar a operar-se. Amb una mitjana de seguiment de 22m (RIQ: 10-46) 12 van presentar recidiva local o metàstasis i 11 van morir per carcinoma urotelial. La probabilitat de supervivència a 5 anys va ser del 42,4%.

#### CONCLUSIONS

L'accés a la via urinària en pacients cistectomitzats és factible. Es confirma que el TMTUS posterior a cistectomia és habitualment d'alt grau i que el tractament endourològic suposa assumir una elevada probabilitat de recidiva y progressió.

## P48

### TRACTAMENT DEL CARCINOMA IN SITU PRIMARI DE VIA URINÀRIA ALTA: NEFROURETERECTOMIA O BACILUS CALMETTE GUÉRIN?

Sofia Fontanet-Soler<sup>1</sup>, Jordi Huguet Pérez<sup>1</sup>, Julio Calderon Cortes<sup>1</sup>, Julia Aumatell Ovide<sup>1</sup>, Asier Mercade Sánchez<sup>1</sup>, Josep Maria Gaya Sopera<sup>1</sup>, Joan Palou Redorta<sup>1</sup>, Alberto Breda<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

#### OBJECTIU:

El carcinoma in situ primari de via urinària superior (CIS-VUS) es infreqüent. El tractament estàndard es la nefroureterectomia però nombrosos autors defensen la opció de la BCG. El nostre objectiu fou analitzar els pacients amb CIS-VU diagnosticats al nostre centre.

#### MATERIALS I MÈTODES:

Es va dur a terme un estudi retrospectiu dels pacients diagnosticats de CIS-VIU entre els anys 1990-2018. El diagnòstic de CIS-VUS fou histològic, a tots el pacients se'ls va realitzar una ureteroscòpia amb presa de biòpsies. La BCG es va administrar per sonda de nefrostomia, catèter ureteral o en portador de catèter doble J. Als pacients que van rebre BCG se'ls va realitzar una ureteroscòpia amb biòpsies post tractament. Vam analitzar característiques i evolució dels pacients amb CIS-VUS.

#### RESULTATS:

Foren 27 pacients (29 unitats renals), 19 homes i 8 dones amb una mitjana d'edat de 71 anys (RIQ:65-78). Vint (74%) tenien història de tumor vesical no múscul invasiu, 17 (62%) amb CIS. Les troballes prèvies a la ureteroscòpia diagnòstica van ser habitualment citologia positiva amb absència de tumor i presa de citologia de la via. El CIS-VUS fou dret en 12 pacients, esquerra en 13 i bilateral en 2.

La nefroureterectomia va ser el tractament de 8 pacients. La anatomia patològica fou CIS en tots. Amb una mitjana de seguiment de 139 mesos (RIQ:130-372), 4 pacients van presentar recidiva contralateral (dos amb èxitus), 3 estan vius i 3 moren per altres causes.

Quatre pacients foren tractats amb ureterectomia distal presentant una recidiva ipsilateral que va ser tractada amb èxit amb BCG i un pacient èxitus per tumor.

La BCG es va utilitzar en 15 pacients (17 unitats renals). Amb una mitjana de seguiment de 92 mesos (RIQ: 53-141) es va observar resposta completa en 10 unitats renals (58,8%) i 7 van presentar recidiva. Aquesta es va tractar amb nefroureterectomia en 5 (4 pTIS y 1 pT3), 1 no es va tractar i 1 està pendent. Dos pacients van presentar febre i un altre va rebre tractament tuberculostàtic. Dos pacients van ser èxitsus pel tumor de vies.

#### CONCLUSIONS:

La nefroureterectomia és efectiva en el CIS-VUS però té el inconvenient de la aparició de malaltia contralateral. La BCG té unes respostes inicials acceptables podent rescatar la majoria de las recidives amb cirurgia.

## P49

### UTILIZACIÓN DEL EPICHECK™ EN EL TUMOR DE TRACTO URINARIO SUPERIOR: ANÁLISIS PRELIMINAR DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO.

Alejandra Bravo-Balado<sup>1</sup>, José Daniel Subiela<sup>1</sup>, Laia Sabiote Rubio<sup>1</sup>, Davide Vanacore<sup>1</sup>, Christian Martínez<sup>1</sup>, Mateo Fontana<sup>1</sup>, Morena Turvo<sup>1</sup>, Giulio Bevilacqua<sup>1</sup>, Andrea Gallioli<sup>1</sup>, Angelo Territo<sup>1</sup>, Romain Boissier<sup>1</sup>, Joan Palou<sup>1</sup>, Alberto Breda<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

#### Introducción:

La citología urinaria (CU) ha reportado en numerosos estudios baja especificidad y sensibilidad en el tumor de tracto urinario superior (TTUS), tanto para su diagnóstico como para su vigilancia. El Epicheck™ vesical es un test urinario desarrollado por Nucleix Ltd. para monitorizar la recurrencia de cáncer vesical (CV) basado en el análisis de 15 biomarcadores informativos de metilación del ADN. Epicheck™ ha demostrado tener un VPN del 95% en cualquier CV y del 99% en CV de alto grado (AG). Dado que el TTUS comparte ciertas características con el CV, el Epicheck™ podría tener valor diagnóstico en el TTUS y en la selección de candidatos ideales para manejo conservador endoscópico (TTUS unifocal, < 2cm, de bajo grado (BG), sin signos de invasión en urografía por tomografía computarizada (TC)). Nuestro objetivo es valorar la rentabilidad diagnóstica del Epicheck™ en TTUS.

#### Métodos:

Análisis preliminar de un estudio prospectivo en único centro que planea incluir 90 pacientes llevados a ureteroscopia para TTUS primario, recurrente o en vigilancia desde junio 2018. El protocolo incluye recolectar muestra de orina por micción espontánea para CU y para el Epicheck™, así como recolección de orina ureteral como primer paso de la ureteroscopia tanto para citología selectiva (CS) como para Epicheck™. Los resultados fueron comparados con histología obtenida de 3 biopsias ureterales tomadas con pinza fría y/o nefroureterectomía radical. El resultado primario y secundario fue calcular las características operativas del Epicheck™ de micción espontánea y de muestra selectiva en cualquier TTUS y en TTUS de AG, respectivamente.

#### Resultados:

Se incluyeron 52 pacientes (59 uréteres y 46 vejigas); la edad media fue 73 años y 83% fueron hombres. El TTUS se confirmó por urografía por TC + endoscopia + biopsia en 55% de uréteres explorados (32/59), siendo 52% de AG. La sensibilidad, especificidad, VVP y VPN para citología y Epicheck, vesical y ureteral en cada caso, para el diagnóstico de TTUS y TTUS de AG, se resumen en la Tabla 1 y 2, respectivamente. Este análisis preliminar encontró un rendimiento diagnóstico similar en Epicheck™ ureteral y vesical, con alta sensibilidad (89%) y VPN (96%) en TTUS de AG.

#### Conclusiones:

El Epicheck™ de micción espontánea es un test no invasivo asociado a alta sensibilidad (89%) y VPN (96%) para TTUS de AG. El Epicheck™ podría ser incluido como estrategia diagnóstica en TTUS, con el fin de orientar pacientes a un intento de tratamiento conservador en caso de Epicheck™ negativo (a favor de TTUS de BG).

## P50

### DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DIAGNÓSTICO Y FACTORES PRONÓSTICOS DE MANEJO DE ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS URETERO-INTESTINALES BENIGNAS POST CISTECTOMIA: EXPERIENCIA LOCAL.

Isabel Sanz Gómez<sup>1</sup>, Josep Maria Gaya Sopena<sup>1</sup>, Christian Martínez<sup>1</sup>, Iacopo Meneghetti<sup>1</sup>, Andres Caillabet<sup>1</sup>, Davide Vanacore<sup>1</sup>, Matteo Talle<sup>1</sup>, Lucía Mosquera<sup>1</sup>, José Daniel Subiela<sup>1</sup>, Jorgue Huguet<sup>1</sup>, Antonio Rosales<sup>1</sup>, Joan Palou<sup>1</sup>, Alberto Breda<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

#### INTRODUCCIÓN

Si bien el reimplante ureteral abierto es el tratamiento de elección de la Estenosis Ureterointestinal (EUI) post Cistectomía radical (CR), el abordaje endoscópico y el reimplante laparoscópico y/o robótico han adquirido popularidad en las últimas décadas. Los factores predictores de éxito o fracaso de tratamiento están pobremente definidos.

#### MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo donde se revisan pacientes sometidos a CR en nuestro centro con diagnóstico de EUI benigna con intención de tratar, entre agosto 1999 y febrero de 2019. Se registraron datos clínico-patológicos, características de la EUI y resultados perioperatorios. Factores predictores de falla de tratamiento primario y recurrencia fueron obtenidos a partir de test univariados y de regresión multivariable.

#### RESULTADOS

Entre 1990 y 2018 se realizaron 2520 CR en nuestro centro, de los cuales, 111 pacientes (4.4%) fueron diagnosticados con EUI benigna. Entre ellos, 61 (55%) desarrollaron EUI en el lado izquierdo, 20 (18%) en el derecho y 30 (27%) fueron bilaterales. La mediana del tiempo de aparición fue de 8,7 meses. En 87 (78,4%) casos hubo intención de tratamiento endoscópico primario, de los cuales, en 54 fue completado con una tasa de éxito (TE) de 24%. 13 (11.7%) pacientes fueron sometidos a reimplante primario con una TE de 84.6%.

Después de la falla de tratamiento endoscópico primario, 19 casos recibieron un segundo manejo endoscópico con una TE de 26,3% y 25 pacientes fueron a reimplante ureteral con una TE de 61%, sin diferencias significativas respecto al tratamiento primario OR=0,49 (0,11-2,04). Complicaciones postoperatorias mayores (Clavien > 2) se observaron en 3 pacientes tratados con reimplante primario y ningún caso de los sometidos a manejo endoscópico.

El análisis multivariado mostró que las EUI bilaterales y la forma de estenosis plana o cóncava son factores de riesgo independientes de falla de tratamiento endoscópico primario.

#### CONCLUSIÓN

El abordaje endoscópico es una alternativa segura para el manejo de EUI. Si bien presenta tasas de éxito inferiores a la cirugía reconstructiva, un intento endoscópico primario no afecta los resultados subsecuentes del reimplante. La identificación de factores de riesgo de falla de manejo endoscópico ayudaría a seleccionar a los pacientes para así mejorar las tasas de éxito.



## P51

### ESTENOSIS BENIGNA DE LA ANASTOMOSIS URETEROENTÉRICA TRAS LA CISTECTOMÍA RADICAL

Monica Peradejordi<sup>1</sup>, Claudia Mercader<sup>1</sup>, Alba Sierra<sup>1</sup>, Raul Martos<sup>1</sup>, Mireia Musquera<sup>1</sup>, Antoni Vilaseca<sup>1</sup>, Laura Izquierdo<sup>1</sup>, Juan Manuel Corral<sup>1</sup>

1) Hospital Clínic de Barcelona

#### INTRODUCCIÓN.

La estenosis ureteroentérica benigna (EUEB) es una complicación conocida tras la cistectomía radical (CR) que puede conducir a complicaciones adicionales como infecciones del tracto urinario (ITU), pérdida parcial o total de la función renal y necesidad de procedimientos invasivos adicionales. En este trabajo, evaluamos la incidencia y factores de riesgo de la EUEB en pacientes sometidos a CR oncológica con derivación urinaria entérica en nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODOS.

Desde la base de datos institucional prospectiva de CR oncológica, identificamos aquellos pacientes sometidos a CR con derivación entérica entre enero de 2016 y julio de 2019. Se utilizó un modelo de regresión logística multi y univariante para identificar predictores independientes de EUEB: edad, índice de masa corporal, índice de comorbilidad de Charlson, ureterohidronefrosis preoperatoria, quimioterapia neoadyuvante, abordaje quirúrgico, tipo de anastomosis ureteroentérica, derivación urinaria y fuga de orina postoperatoria.

#### RESULTADOS.

De los 172 pacientes incluidos para análisis, 25 (14.53%) pacientes y 31 (9.01%) unidades renales presentaron EUEB. La tabla 1 muestra la incidencia por abordaje quirúrgico y derivación urinaria. La mediana de tiempo al diagnóstico fue de 7,15 meses ( $\pm 6,11$ ) y de seguimiento total 16,3 meses ( $\pm 11,68$ ). 13 (52%) pacientes fueron asintomáticos, 2 (8%) presentaron insuficiencia renal aguda y 4 (16%) ITU. 6 (24%) presentaron EUEB tras fuga urinaria postoperatoria tratada con nefrostomía. El manejo fue conservador con nefrostomía o stent ureteral permanente en 9 (36%) pacientes, 8 (32%) cirugía abierta y 1 está en lista para tratamiento quirúrgico. 7 (25%) rechazaron tratamiento y han perdido la unidad renal. El único factor predictor de EUEB fué la fuga de orina postoperatoria (p: 0.03).

#### CONCLUSIONES.

La EUEB es una complicación conocida después de una cistectomía radical que podría conducir a complicaciones y necesidad de procedimientos invasivos adicionales. La presencia de fuga urinaria postoperatoria es un factor predisponente a la EUEB.

## P52

### TUMOR TESTICULAR FOS (FENOMEN DEL "BURNED OUT): QUAN CALDRÀ PENSAR-HI?

Carlos Pellicé i Vilalta<sup>1</sup>

1) Clínica de N.S. del Remei de Barcelona

#### **INTRODUCCIÓ:**

Un Tumor Testicular Fos (TTF) suposa la regressió de una neoplàsia primària després d'haver-hi produït un quadre de metàstasis. Incidència xifrada entre 0,06 – 0,1% x 100000 habitants.

#### **OBJECTIU:**

Tenir el coneixement de quans han estat els TTF i del com, s'han presentat i han estat descrits en la literatura urològica a l'Estat Espanyol.

#### **METODOLOGIA:**

Treball personal de revisió bibliogràfica (CPiV / Període: 1986 – 2019).

#### **RESULTATS:**

Estudi i valoració crítica de 29 TTF aportats per 20 Institucions Sanitàries.

- Rangs etaris: 20 – 84 anys amb
- Minsa esperança de vida.
- Descrites freqüents associacions: Neoplàsies disseminades, Síndromes tòxiques, "Efectes Massa" retroperitoneals, Clíniques per compressió vascular. Abdominàlgies inespecífiques i Uropaties obstructives.
- Marcadors tumorals positius: 12 casos
- Exploració física "no normal": 5 casos
- Dictamen iconogràfic "anormal": 10 casos
- Tumor residual a la orquiectomia: 10 casos
- Dictàmens patològics: 17 seminomes, 4 tumors germinals, 3 tumors per filiar, 2 carcinomes embrionaris, 2 teratomes malignes i 1 tumor mixt.

#### **COMENTARIS:**

Hom hi apreciarà quadres neoplàsics generalment en diagnòstic tardà, donada tota una atípica expressivitat clínica:

1. Generalment els TTF es presentaran sota la plèiade simptomatològica comuna a tot "procés expansiu" allotjat en l'espai retroperitoneal.
2. Les proves per la imatge filiaran inicialment les lesions en el retroperitoni (Ecografia i/o TAC i/o RNM), però no sempre ho podran fer-ho en el dídim (Ecografia i/o RNM).
3. Davant la manca de protocols i guies clíniques a l'ús: Sembla raonable la pràctica de una orquiectomia radical del dídim afecte, associable a una limfadenectomia a mes de pautes adjuvants en funció del dictamen patològic.
4. Per les seves implicacions terapèutiques i pronòstiques cal fer sempre el diagnòstic diferencial entre el TTF i el testicular primari retroperitoneal.

## P53

### SÍNDROME D' INSENSIBILITAT COMPLETA ALS ANDRÒGENS ASSOCIAT A UN TUMOR DE CÈL·LULES DE SERTOLI EN L' EDAT ADULTA

Agustí Marfany Pluchart<sup>1</sup>, Marina Riera Ponsatí<sup>1</sup>, Jorge Peña Lueza<sup>1</sup>, Josep Maria Auguet Martín<sup>1</sup>, Meritxell Palomera Fernández<sup>1</sup>, Cayo Augusto Estigarribia Benitez<sup>1</sup>, Guillermo Sebastian Vélez Guayasamin<sup>1</sup>, Carla Miró Ballesté<sup>2</sup>, Maria Pilar Gallel Vicente<sup>3</sup>, Joan Ramón Bordalba Gómez<sup>1</sup>

1) Servei d'Urologia de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida 2) Servei de Diagnòstic per la Imatge de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida 3) Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital Arnau de Vilanova de Lleida

#### Introducció & Objectiu

La síndrome d'insensibilitat completa als andrògens (SICA) es caracteritza per un cariotip 46XY, genitals externs femenins, testes bilaterals (abdominals, inguinals o labials) i absència de derivats mullerians. Es deu a la mutació del gen del receptor d'androgen localitzat a Xq11-12 i afecta qualitativament i-o quantitativament la seva funció. És una anomalia rara que afecta 1/20.000-60.000 individus XY i es transmet amb un patró d'herència recessiva lligada al cromosoma X. Es diagnostica a la pubertat per amenorrea primària, rarament es fa en la edat adulta arrel de l'estudi d'una massa abdominal. L'objectiu d'aquest treball es descriure l'associació de la SICA amb els tumors testiculars i el seu maneig a través d'un cas i de la literatura.

#### Material & Mètode

Dona de 64anys que acudeix a urgències al palpar-se una massa abdominal durant l'últim mes, no s'acompanya d'altres símptomes. El TC revela una lesió depenent d'úter, suggestiva de mioma uterí. A l'anamnesi destaca una amenorrea primària no estudiada, motiu pel qual es deriva a ginecologia. Amb un fenotip femení normal i una vagina curta amb fons de sac sense cèrvix es planteja el diagnòstic diferencial entre una anomalia mulleriana, la síndrome de Rokitansky o la SICA. Es sol·licita un cariotip que al ser 46XY compleix els criteris de SICA i la remeten a les nostres consultes externes pel tractament d'un possible tumor testicular. L'estudi d'extensió mostra un tumor de 20cm que ocupa tota la pelvis. No hi ha signes d'infiltració d'òrgans veïns ni de disseminació a distància.

Es realitza l'exèresis de la massa a quiròfan a través d'una laparotomia infraumbilical. La pacient es donada d'alta als 2dies d'ingrés.

#### Resultats

L'estudi anatomopatològic informa d'un tumor de cèl·lules de Sertoli sense invasió extracapsular en el teste esquerra de 21cm, 1.990g i un teste dret atròfic amb quists mesotelials del cordó.

A la literatura s'ha descrit associacions de la SICA amb tumors testiculars de cèl·lules germinals (seminoma) i de cèl·lules estromals (tumor de cèl·lules de Leydig, de Sertoli i Gonadoblastomes). El risc de que un pacient amb SICA pateixi un tumor testicular és acumulatiu i augmenta amb l'edat: és d'un 0,8% abans de la pubertat fins a un 30% a l'edat adulta. Es recomana la gonadectomia profilàctica una vegada completada la pubertat per poder desenvolupar el fenotip femení i perquè té menors implicacions psicosexuals. Després de la orquiectomia s'aconsella la teràpia amb estrògens per prevenir l'hipoestrogenisme i dilatacions de la vagina curta, alguns casos requereixen de vaginoplastia. La major part dels estudi apunten que els pacients amb SICA tenen una identitat femenina.

#### Conclusió

La SICA es diagnostica majoritàriament a la pubertat en context de l'amenorrea primària. S'associa a tumors testiculars en l'edat adulta essent el seminoma i el tumor de cèl·lules de Sertoli dels més freqüent. La gonadectomia profilàctica després de la pubertat és segura.

**SESSIÓ PÒSTERS 6 >**  
**HIPERPLASIA BENIGNA**  
**DE PRÓSTATA I**  
**RECONSTRUCTIVA**  
**P54-P63**

## P54

### ESTUDI PILOT TRANSVERSAL DEL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LA HIPERPLÀSIA BENIGNA DE PRÒSTATA A CATALUNYA

Roberto Castañeda Argáiz<sup>1</sup>, Ivan Schwartzmann Jochamowitz<sup>1</sup>, Alexandru Ciudin<sup>1</sup>, Alejandro García Larrosa<sup>1</sup>, Alonso Narvaez Barros<sup>1</sup>, Anna Agud Pique<sup>1</sup>, Narcis Camps Lloveras<sup>1</sup>, Fernando Agreda Castañeda<sup>1</sup>, Carlos Vallejo Gil<sup>1</sup>, Josep María Prats de Puig<sup>1</sup>

1) Grup de Treball de la Secció d'HBP de la Societat Catalana d'Urologia

#### INTRODUCCIÓ

La hiperplasia prostàtica benigna (HBP) es una de las enfermedades más comunes en hombres de edad avanzada y la causa más común de síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en la población mundial. La prevalencia de HBP aumenta después de los 40 años, con una prevalencia 80% a los 90 años, de los cuales un 30% requerirán tratamiento quirúrgico. En los últimos 10 años han surgido nuevas alternativas quirúrgicas con un mejor perfil de seguridad y menor estancia hospitalaria.

El objetivo principal de este estudio es analizar las características epidemiológicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía de HBP en cataluña.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio transversal enfocado en el año 2019, en 10 hospitales en la zona metropolitana de Barcelona, con un total de 695 pacientes incluidos. Un urólogo responsable de HBP de cada hospital revisó las variables clínicas y quirúrgicas de los pacientes intervenidos de HBP durante ese año. La severidad del STUI se evaluó mediante el IPSS (International Prostate Symptoms Score). Las variables fueron recolectadas de forma telemática a través de una base de datos de Google inc, respetando la ley de protección de datos.

#### RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 70,8 años, mientras que la severidad de síntomas al tratamiento quirúrgico fue de moderada en 48% y severa en 52% de los casos. El volumen prostático pretratamiento fue de 72,3 grs (R:10-250grs) y en la anatomía patológica el peso promedio fue 40,5 grs (R: 1-220grs). Se realizaron las siguientes técnicas, RTUp bipolar 276 (39,4%), enucleación endoscópica 213 (30,4%), fotovaporización 90 (12,9%), adenomectomía abierta 77 (11%) laparoscópica 8 (1,1%), prostatotomía 29 (11,1%) y Rezum 7 (1,1%). Las energías láser más usadas fueron el Homium 67,9%, Thulium 19,9% y KTP-180W 12,3%. Se realizó cistolitotomía en 46 (6,6%) casos, siendo el laser de holmium la energía más utilizada (60,0%). La mayoría de pacientes, 81% requirió ingreso de más de 24 hrs, el 12,9% corta estancia y el 6,1% cirugía mayor ambulatoria. En este estudio, el 7% (49) de pacientes intervenidos fueron diagnosticados de un cáncer de próstata incidental.

#### CONCLUSIONES

En esta revisión hemos consolidado las opciones de tratamientos quirúrgicos actuales y emergentes para la HBP en Cataluña. La prevalencia de las variables epidemiológicas y quirúrgicas en Cataluña son similares a las publicadas a nivel global. La RTUp continua siendo el tratamiento quirúrgico más utilizado en Cataluña, con un incremento de la tendencia a las energías láser y terapias mínimamente invasivas.

La principal limitante del estudio es el tamaño muestrario para asegurar una distribución representativa de la población, así como la ausencia de datos de centros en otras regiones de Cataluña. Los resultados presentados corresponden a la primera fase de un estudio transversal más amplio dirigido por la sección de HBP de la Sociedad Catalana de Urología, basándose en datos sociodemográficos obtenidos del sistema PADRIS (Programa de analítica de datos para la investigación e innovación en salud).

:

## P55

PER DECISIÓ DE L'AUTOR/A, FINALMENT AQUEST PÒSTER NO S'HA PRESENTAT

:

## P56

### RESULTATS FUNCIONALS DESPRÉS DE 6 ANYS D'EXPERIÈNCIA EN ENUCLEACIÓ DE PRÒSTATA AMB LÀSER HOLMIUM

Anna Ferran Carpintero<sup>1</sup>, Paula Planelles Soler<sup>1</sup>, Carlos Abad Gairín<sup>1</sup>, Marta Capdevila Gonzalo<sup>1</sup>, Mario Andrés Rosado Urteaga<sup>1</sup>, Víctor Parejo Cortés<sup>1</sup>, Jesús Muñoz-Rodríguez<sup>1</sup>, Carmina Pla Terradellas<sup>1</sup>, Naim Hannaoui Hadi<sup>1</sup>, Arturo Domínguez García<sup>1</sup>, Eduardo Vicente Palacio<sup>1</sup>, Àngel Prera Vilaseca<sup>1</sup>, Letícia Deverdonces Roman<sup>1</sup>, Clara Centeno Álvarez<sup>1</sup>, Darío García Rojo<sup>1</sup>, José Luís González Sala<sup>1</sup>, Paula Azuara Invernon<sup>1</sup>, Joan Prats López<sup>1</sup>

1) Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

#### Objectiu

L'enucleació de pròstata amb làser Holmium (HoLEP) aporta millors resultats funcionals que la resecció transuretral de pròstata i similars a la adenomectomia retròpública però amb menor pèrdua hemàtica. Per això ha estat inclosa com a primera línia de tractament quirúrgic segons les guies europees d'urologia.

L'objectiu del nostre estudi és analitzar els nostres resultats després de 6 anys d'experiència.

#### Mètode

Es realitza un estudi retrospectiu de 232 pacients intervinguts d'HoLEP al nostre centre entre març de 2013 i març de 2019, tant per cirurgians experts, com per metges especialistes en formació tutoritzats per un expert.

S'avaluen els nivells d'antigen prostàtic específic (PSA), el volum prostàtic, el flux màxim (Qmàx), l'International Prostate Symptom Score (IPSS) i l'índex de qualitat de vida (QoL) previs a la intervenció i posteriorment als 6 i 12 mesos. També s'avaluen les hores d'estada hospitalària, el temps de sonda vesical durant el postoperatori i el temps fins a la continència completa.

#### Resultats

174 pacients van ser intervinguts per un cirurgià expert i 58 pacients van ser intervinguts per metges en formació.

La mediana de PSA dels pacients intervinguts va ser 3,47 (1,74-5,86) ng / ml, el volum prostàtic mitjà 85,27 ± 26,41 ml, Qmàx previ a la intervenció 9,39 ± 4,28 ml / seg, IPSS 22,13 ± 7,49 i QoL 4,43 ± 1,41.

La mediana d'estada hospitalària va ser de 48 (24-48) hores, els dies de sonda vesical 2 (1-7) i el temps fins a la continència completa va ser de 2 (0-8) setmanes.

Després de 6 mesos de la intervenció presentaven una mediana de PSA de 0,59 (0,39-1,05) ng / ml, Qmàx mitjana 22,74 ± 11,95 ml / seg, IPSS 6,45 ± 6,12 i QoL 1,23 ± 1,27.

Després de 12 mesos de la intervenció presentaven una mediana de PSA de 0,73 (0,40-1,24), volum prostàtic mitjà 23,72 ± 12,72 ml, Qmàx 26,17 ± 15,52 ml / seg, IPSS 5,83 ± 4,96 i QoL 1,13 ± 1,29.

#### Conclusions

En la nostra experiència, l'enucleació de pròstata amb làser Holmium és una cirurgia segura i efectiva. En centres amb experiència presenta bons resultats funcionals, essent factible, fins i tot, la realització per metges especialistes en formació tutoritzats.

## P57

### COMPLICACIONS DE L'ENUCLEACIÓ PROSTÀTICA AMB LÀSER HOLMIUM: 6 ANYS D'EXPERIÈNCIA AL NOSTRE CENTRE

Paula Azuara Invernon<sup>1</sup>, Paula Planelles Soler<sup>1</sup>, Mario Andrés Rosado Urteaga<sup>1</sup>, Marta Capdevila Gonzalo<sup>1</sup>, Carlos Abad Gairin<sup>1</sup>, Maria José Amengual Guedan<sup>1</sup>, Carmina Pla Terradellas<sup>1</sup>, Jesús Muñoz Rodríguez<sup>1</sup>, Naim Hannaoui Hadi<sup>1</sup>, Jose Luis González Salas<sup>1</sup>, Eduardo Vicente Palacio<sup>1</sup>, Arturo Domínguez García<sup>1</sup>, Clara Centeno Álvarez<sup>1</sup>, Leticia De Verdonces Roman<sup>1</sup>, Anna Ferran Carpintero<sup>1</sup>, Joan Prats López<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell

#### Objectius

L'enucleació prostàtica amb làser Holmium (HoLEP) aporta millors resultats en el tractament de la hiperplàsia benigna de pròstata (HBP) que la ressecció transuretral (RTU), i similars que l'adenomectomia retropúbica, però amb una menor pèrdua hemàtica. Per aquest motiu s'ha inclòs com a primera línia de tractament quirúrgic segons les guies europees d'urologia.

No obstant, és una tècnica no exempta de complicacions. Amb el següent treball es pretén fer un anàlisi descriptiu de les complicacions presentades amb aquesta tècnica al nostre centre.

#### Mètodes

Es realitza un estudi retrospectiu de 232 pacients intervinguts d'HoLEP al nostre centre entre Març de 2013 i Març de 2019. S'avaluen quines són les complicacions intraoperatòries i postoperatòries a curt i llarg termini.

#### Resultats

Entre les complicacions intraoperatòries s'inclou l'hematúria severa en 6 (2.58%) pacients, la lesió vesical en 8 (3.45%) pacients i la lesió uretral en 2 (0.86%) pacients. Un total de 217 pacients (93.53%) no van tenir complicacions intraoperatòries.

Les complicacions postoperatòries a curt termini van ser: febre en 7 (3.02%) pacients, hematúria que requereix de RTU hemostàtica en 3 (1.29%), retenció aguda d'orina en 14 (6.03%) i síndrome irritatiu exacerbada en 9 (3.9%) pacients. Únicament en 5 (2.15%) casos van haver complicacions de grau 3 o major segons la classificació de Clavien-Dindo, requerint RTU hemostàtica en 3 casos, 1 dilatació uretral pneumàtica i 1 reintervenció per a morcelació en segon temps per adenòmers residuals. Els 199 (85.78%) pacients restants no van tenir cap complicació a curt termini.

Les complicacions postoperatòries a llarg termini inclouen la incontinença urinària en 42 (18.1%) pacients als 6 mesos, reduint-se a 16 (6.9%) als 12 mesos, i estenosi d'uretra que va requerir de tractament quirúrgic en 2 (0.86%) casos.

#### Conclusions

Segons la nostra experiència, la cirurgia d'HoLEP és una modalitat quirúrgica efectiva i segura pel tractament de l'HBP, amb complicacions mínimes.



**P58**

PER DECISIÓ DE L'AUTOR/A, FINALMENT AQUEST PÒSTER NO S'HA PRESENTAT

**P59**

PER DECISIÓ DE L'AUTOR/A, FINALMENT AQUEST PÒSTER NO S'HA PRESENTAT

## P60

### EMBOLIZACI3N ARTERIAL PROSTÁTICA COMO TRATAMIENTO DE PACIENTES USUARIOS DE SONDA VESICAL POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PR3STATA QUE NO SON CANDIDATOS A LA CIRUGÍA

Mauro Bernardello Ureta<sup>1</sup>, Fernando Agreda Castañeda<sup>1</sup>, Daniel Salvador Hidalgo<sup>1</sup>, Jaume Sampere Moragues<sup>1</sup>, Joan Areal Calama<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

#### Introducci3n

Existen escasas alternativas terapéuticas para pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP) que requieren de sonda vesical (SV) permanente y que no son candidatos a cirugía.

#### Objetivo

Evaluar el papel de la embolizaci3n arterial prostática (EAP) en pacientes no elegibles para la cirugía y que son portadores de SV permanente.

#### Métodos

Se analizaron los datos de pacientes usuarios de SV, no candidatos a cirugía desobstructiva, a los que se les realizó EAP en nuestro centro, entre el 2016 y 2019. Se realizaron intentos de retirada de SV a los 30, 60 y 90 días posteriores al procedimiento.

#### Resultados

Se incluyeron un total de 23 pacientes, la media de edad fue de 83 años, el volumen prostático de 94,5grs y el PSA de 3.87ng/dl. Utilizando el score de Charlson, 20 (87%) pacientes tenían una probabilidad de sobrevida a los 10 años de 0% (7 puntos), 1 (4,3%) de 2% y 2 (8,7%) pacientes de 21%. Todos los pacientes eran ASA 3 (33,3%) o ASA 4 (66,7%). Se consiguió embolizar de forma bilateral a 16 (70%) pacientes y de forma unilateral a 6 (26%), en un paciente (4%) no se logró realizar el procedimiento (por tortuosidad de arterias pélvicas). El tiempo medio de ingreso fue de 27hrs, se reportaron complicaciones Clavien III en un paciente (4,3%) y otro falleció (V) por causas ajenas al procedimiento.

A los 30 días se consiguió retirar la SV a 13 de 21 pacientes (uno se encontraba con una infecci3n urinaria y se postergó el intento) y 8 (38%) requirieron nuevamente sondaje. A los 60 días se intentó en 6 pacientes (2 se negaron) y 5 (22%) de ellos necesitaron volver a ser sondados, finalmente, a los 90 días, en 1 (4,3%) de los 5 pacientes se consiguió retirar la SV. Obteniendo finalmente que de los 22 pacientes a los que se les practicó la EAP, se consiguió retirar la SV en 15 de ellos (68,1%).

#### Conclusi3n

La EAP es un procedimiento seguro, poco invasivo, con un rendimiento no despreciable como tratamiento de pacientes con SV permanente no tributarios a un tratamiento quirúrgico convencional.

:

## P61

### 1910: URETROTOMS DE MAISSONEUVE, JEAMBRAU I CIVIALE.

#### ESTRIS EMPRATS I TÈCNICA

Carlos Pellicé i Vilalta<sup>1</sup>

1) Clínica de N.S. del Remei de Barcelona

#### OBJECTIU:

Saber com els uròlegs podien realitzar una uretrotomia interna, molt abans de l'estandardització de la uretrotomia òptica sota visió directa tipus "sachse".

#### METODOLOGIA:

Comentaris i iconografia extrets del tractat:

- *Félix Legueu.*
- *Traité Chirurgicale d'Urologie.*
- *Félix Alcan Editeur*
- *Paris, 1910.*

#### ESTRIS I DESCRIPCIÓ DE LA TÈCNICA:

1. Prèviament i sempre sota l'auxili de la tècnica "en feix", la uretra era cateteritzada amb una bugia filiforme.
2. Amb la certesa, d'haver-hi arribat a la llum vesical. Hom roscava l'extrem distal de la bugia "en femella" a l'extrem proximal "en mascle" a un instrument metàl·lic. Indicar que aquests duïen llaurada una guia en tota la seva extensió.
3. Roscats i solidaritzats "estri i bugia", eren introduïts per la uretra fins al seu mànec (Porció distal).
4. En la guia hom introduïa un instrument cisori, per poder-lo fer lliscar.
5. Les cases comercials subministraven diferents estris:
  - *URETROTOM DE MAISSONEUVE*
  - *URETROTOM DE JEANBRAU*
  - *URETROTOM DE CIVIALE*
6. Amb el penis a tracció zenital el uròleg amb decisió lliscava el instrument cisori per la seva guia, en tot el seu recorregut. Restant incidida (es) la (les) estenosi (s).
7. Finalitzat el procediment retiraven "en bloc" els estris (Instrument cisori, estri i bugia).
8. Es col·locava una sonda uretral que es deixava uns dies.
9. El pacient seguia dilatacions periòdiques amb bèniqués.

## P62

### MIGRACIÓ D'UN CARGOL QUIRÚRGIC A BUFETA SENSE CLÍNICA. UN CAS EXCEPCIONAL

Jaume Borràs Suárez<sup>1</sup>, Irene Girón Nanne<sup>1</sup>, Amad Abu-Suboh Abadia<sup>1</sup>, Joan Palou Redorta<sup>1</sup>

1) Fundació Puigvert

#### Introducció

Les fractures de pelvis sovint requereixen de fixació interna de l'anell anterior pelvià. El trencament o la pèrdua de material quirúrgic després d'aquestes intervencions és rara però pot passar si hi ha inestabilitat de la fixació interna. La migració dels cargols quirúrgics a través de la bufeta i posterior expulsió amb la micció és infreqüent en aquests malalts, però que la expulsió del cargol sigui asimptomàtica és excepcional.

#### Cas

Presentem un pacient de 51 a. que l'octubre de 1993 com a conseqüència d'un accident de trànsit va patir trencament vesical, laceració renal i de la melsa, fractura isquio-pubiana i sacro-ílica esquerra amb diàstasi púbica; fractura d'arcs costals i luxació del genoll dret amb isquèmia aguda de l'extremitat inferior dreta. Va haver de rebre diàlisis post-trauma, recuperant-se posteriorment el ronyó dret de forma espontània essent monorreno funcional.

Entre d'altres intervencions secundàries al politraumatisme, el gener de 1994 es va col·locar una placa i cargols a l'arc anterior de la pelvis. L'any 1995 el pacient va requerir una uretrotomia interna per estenosis de la uretra bulbar proximal que es va repetir l'any 2012. Finalment l'abril de 2016 es va fer uretrotomia termino-terminal al nostre Centre amb controls amb cistografia periòdica amb evolució favorable.

El mes de maig de 2019, 25 anys després de l'implant de la placa per fixar la pelvis, va consultar a l'hospital en eliminar amb la micció un cos estrany: cargol quirúrgic a través de la uretra, sense cap clínica acompanyant.

El pacient explicava inicialment lleu sensació de dificultat miccional sense uretrorràgia, hematúria, o altre simptomatologia acompanyant. Posteriorment micció espontània sense dificultat.

A la seva arribada es va practicar radiografia simple d'abdomen que mostra, comparant amb radiografies prèvies, la pèrdua d'un cargol de la fixació dreta de la placa. En cisto-uretrotomia miccional i retrògrada posterior, es verifica la indeminat tant de la uretra com de la bufeta després de l'extrusió del cargol quirúrgic.

#### Discussió

La fixació de fractures de pelvis amb plaques fixades amb cargols, està àmpliament descrita i representa una tècnica segura. L'associació de fractures de pelvis i trencaments de la bufeta de la orina o estenosis uretral secundària, ha estat descrita. La pèrdua de material quirúrgic i posterior eliminació a través de la micció s'ha publicat, però sempre associat primer a algun factor desestabilitzant del material quirúrgic i segon a alguna clínica urològica en el moment de l'expulsió, la més freqüent, la hematúria. Pensem que el tractament definitiu amb l'anastomosis termino-terminal de la estenosis uretral, va contribuir decisivament a la falta de clínica miccional.

#### Conclusions

La migració de material quirúrgic és infreqüent

La extrusió de material quirúrgic pelvià a bufeta és encara més infreqüent

La eliminació amb la micció d'un cargol de fixació quirúrgic sense cap altre clínica acompanyant, és excepcional

## P63

### ESQUISTOSOMIASIS URINARIA: NUESTRA EXPERIENCIA

Míriam Campistol<sup>1</sup>, Juan Bertholle<sup>1</sup>, Adrià Piñero<sup>1</sup>, Lucas Regis<sup>1</sup>, Fernando Lozano<sup>1</sup>, Enrique Trilla<sup>1</sup>, Juan Morote<sup>1</sup>

1) Hospital Universitari Vall d'Hebron

#### Introducción

La hematuria es uno de los principales motivos de consulta a urgencias en urología y puede ser el único síntoma de una enfermedad subyacente. Dentro de las causas más comunes se encuentran la neoplasia urotelial, la infección del tracto urinario, la hiperplasia de próstata y las urolitiasis. Aun así, hay que incluir la esquistosomiasis en el diagnóstico diferencial de hematuria en personas que hayan estado en zonas endémicas [1].

#### Métodos

Se ha realizado un estudio retrospectivo de todos los casos diagnosticados de esquistosomiasis urinaria en nuestro centro entre el año 2010 y el 2019. Analizado variables clínicas, epidemiológicas, analíticas y radiológicas.

#### Resultados

Un total de 24 casos han sido clasificado como esquistosomiasis urinaria en el Hospital Universitari Vall d'Hebron. Los pacientes presentaban una mediana de edad de 23 años; la mayoría eran hombres (91,6%) autóctonos de países africanos.

El síntoma más frecuente fue hematuria (54%) seguido de disuria (16.6%). En el 66.6% se visualizaron los huevos del parásito en orina mientras que el resto se diagnosticaron por la positividad de anticuerpos en suero. Se realizaron biopsias vesicales múltiples por sospecha de esquistosomiasis a 5 pacientes objetivando los huevos del parásito en 4 de ellos que no se habían visualizado en la orina. A la mayoría de pacientes (87.5%) se les realizó una ecografía del aparato urinario objetivando alteraciones en un 57%, siendo la más frecuente una imagen nodular hiperecogénica.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con Praziquantel. De aquellos que habían presentado algún tipo de sintomatología (62.5%), el 86.6% obtuvo una mejoría significativa de la clínica.

#### Conclusiones

La esquistosomiasis es una enfermedad parasitaria que puede presentar múltiples manifestaciones en el tracto genitourinario. Es necesario considerarla como posible diagnóstico diferencial en pacientes con epidemiología positiva para zonas endémicas.