

# AUNAR XXVI

10-11 MAYO

# TU DE LA



2024



ASOCIACIÓN UROLÓGICA  
NAVARRO - ARAGONESA  
AUNAR

16:15 h. **RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN.**

16:30 h. **PRIMERA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES.**

*Modera:*

**Dr. D. Corbatón.** *Hospital Universitario San Jorge. Huesca.*

**Dra. Z. Amelibia.** *Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.*

17:30 h. **PAUSA**

18:10 h. **MESA REDONDA: CÁNCER DE PRÓSTATA**

*Modera:*

**Dr. M. Montesino.** *Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.*

18:10 h. **FACTORES ANATÓMICOS PREOPERATORIOS  
INFLUYENTES EN LA CONTINENCIA Y FUNCIÓN SEXUAL  
EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL.**

**Dr. B. Moraleda de Heredia.** *Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.*

18:50 h. **TRIPLETES EN CPMHS.**

**Dra. M. Álvarez.** *Hospital Universitario San Jorge. Huesca.*

19:10 h. **TRATAMIENTO SISTÉMICO DE LA RECURRENCIA BIOQUÍMICA**

**Dr. A. Meza** *Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.*

19:30 h. **GAMBA-FILIA, UNA ENFERMEDAD DESCONOCIDA.**

**Dr. A. Lizaldre.** *Director My Shrimp House*

20:30 h. **INAUGURACIÓN OFICIAL 26ª REUNIÓN AUNAR.**

09:00 h. **SEGUNDA SESIÓN DE COMUNICACIONES ORALES.**

*Modera:*

**Dra. M. Sanz.** *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Dr. D. Sánchez.** *Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.*

10:00 h. **ASAMBLEA AUNAR.**

10:30 h. **PAUSA**

11:00 h. **MESA REDONDA: MASAS RENALES PEQUEÑAS.**

*Modera:*

**Dra. E. Gordo.** *Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.*

11:00 h. **CIRUGÍA.**

**Dra. C. Gutiérrez.** *Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.*

11:15 h. **ABLACIÓN.**

**Dr. J. Jiménez.** *Hospital Universidad de Navarra. Pamplona.*

11:30 h. **VIGILANCIA ACTIVA.**

**Dra. M. Sanz.** *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

11:45 h. **MESA REDONDA: CÁNCER VESICAL**

*Modera:*

**Dr. D. Sanchez.** *Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.*

11:45 h. **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON PAUTA DE INSTILACIONES CON BCG.**

**Dra. C. Muñoz.** *Clínica Universidad de Navarra. Pamplona.*

12:20 h. **ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES REFRACTARIOS A BCG.**

**Dr. F. Villacampa.** *Clínica Universidad de Navarra. Madrid.*

12:40 h. **ENTREGA DE BECAS Y PREMIOS**

13:00 h. **CONFERENCIA PRESIDENTE AUNAR**

14:00 h. **FIN DE LA REUNIÓN**

# RESÚMENES COMUNICACIONES

1º SESIÓN DE COMUNICACIONES, VIERNES 10 MAYO

## 16:30h CASO CLÍNICO: HALLAZGO DE URÉTER EN SACO HERNIARIO.

Patricia López Llorente, Rubianny Andreina Salazar Perez, Agustín Asensio Matas.  
*Hospital Royo Villanova, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo es describir un caso clínico sucedido en nuestro hospital resumido con el hallazgo del uréter derecho del paciente en el saco de la hernia inguinal que el mismo padecía. Una complicación poco frecuente que puede sufrir el uréter es el descenso del mismo hacia el saco de una hernia inguinal. Esta situación puede causar un cuadro obstructivo con la correspondiente hidronefrosis del trayecto retrógrado al lugar la obstrucción. Esta patología suele descubrirse de manera incidental en pacientes asintomáticos a los que se les realiza una prueba de imagen o aquellos que debutan con clínica de cólico renal. Debe tratarse una vez descubierta para evitar complicaciones posteriores.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta caso clínico con hallazgo de uréter en saco herniario inguinal. Se revisó de forma exhaustiva la literatura médica en busca de casos similares y se recolectaron todos los datos relevantes para su análisis. Se estudió un varón de 64 años derivado al servicio de urología por hallazgo ecográfico de poliquistosis renal bilateral. Revisión detallada de la historia clínica del paciente, incluyendo sus antecedentes médicos, síntomas actuales y resultados de los exámenes físicos y de laboratorio realizados. Además, se realizaron estudios de imagen, como una ecografía y una tomografía computarizada, para evaluar la ubicación y las características del uréter. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos recolectados y se compararon los datos obtenidos con la información existente en la literatura médica para identificar similitudes y diferencias.

**RESULTADOS:** Varón de 64 años estudiado en urología por poliquistosis renal con quiste Bosniak IIF y hallazgo incidental de uréter localizado en saco herniario inguinal derecho. Se realizó estudio de la función renal y reconstrucción con TC y se intervino colaborando con cirugía general.

**CONCLUSIONES:** Destaca la importancia de considerar la presencia del uréter en la evaluación y el manejo de las hernias inguinales. Se debe tener en cuenta esta posibilidad en pacientes con diagnóstico de hernia inguinal, especialmente si presentan síntomas urológicos. Se requieren más estudios y reportes de casos para comprender mejor esta condición y sus implicaciones clínicas.

## 16:35h METÁSTASIS PENEANA DE UN CARCINOMA UROTELIAL, REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Jose Semper Pont, Marina Álvarez Cortés, Marta Fortún Belenguer, Silvia Miracle Huguet, Laura Enguita Arnal, David Corbatón Gomollón, Teresa Cabañuz Pio, Elena Carceller Tejedor, Jose Miguel Berne Manero, María Araceli Bono Ariño.  
*Hospital Universitario San Jorge, Huesca*

**INTRODUCCIÓN:** La metástasis peneana es una entidad clínica poco común, existiendo menos de 500 casos descritos en la literatura.

**OBJETIVOS:** Realizamos una revisión bibliográfica a partir de un caso de metástasis peneana de origen urotelial.

**CASO:** Varón de 59 años, con diagnóstico de carcinoma vesical urotelial papilar (pT1G3) en 2019. Tras varias reintervenciones y ante progresión anatomopatológica (CIS complementario), se realiza cistoprostatectomía radical con linfoadenectomía ilioobturatriz y derivación urinaria tipo Bricker (pT2bN0, uréteres sin afectación terminal). En 2021 se realizó uretrectomía con margen circunferencial afecto seguido en 2022 de nefroureterectomía derecha (pT3G2) con quimioterapia adyuvante. Durante seguimiento oncológico, hallazgo de lesión hipermetabólica en base de cuerpos cavernosos que se interviene mediante punción/aspiración ecoguiada de la lesión con citologías positivas para carcinoma urotelial de alto grado confirmando la presencia de metástasis. Finalmente, en enero 2024 se realiza amputación total de pene.

**DISCUSIÓN:** La metástasis peneana es una entidad excepcional a pesar de la rica vascularización de este órgano. La mayoría de los casos son secundarios a tumores genitourinarios (70%) destacando la vejiga (35%) y la próstata (30%). No obstante, también se han descrito casos secundarios a neoplasias de origen gastrointestinal (20%). Clínicamente pueden presentarse de forma concomitante al tumor primario (25%) o a lo largo del seguimiento. La localización más frecuente son los cuerpos cavernosos (70%), el glande (20%) y la piel (5%). La mayor parte de los casos se manifiestan como lesiones exofíticas (70%) aunque también pueden manifestarse en forma de priapismo (20-40%) o uretrorragia.

Es importante poder diferenciar el origen de la lesión dadas las implicaciones pronósticas. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico mediante la realización de biopsia excisional o punción aspiración con aguja fina (PAAF). Los estudios de extensión deben centrarse en los aparatos genitourinarios y gastrointestinal.

**CONCLUSIONES:** Dado que se trata de una patología poco frecuente es importante la sospecha clínica de esta entidad en pacientes con antecedentes oncológicos genitourinarios, especialmente ante la presencia de una lesión cutánea de evolución tórpida. Su asociación a enfermedad diseminada, condiciona su manejo paliativo en gran parte de los casos, así como un pronóstico desfavorable, aunque en casos seleccionados puede optarse por tratamiento quirúrgico.

## **16:40h RESECCIÓN TRANSURETRAL (RTU) DE PRÓSTATA EN PACIENTES CON VOLUMEN PROSTÁTICO ENTRE 100 Y 120CC EN COMPARACIÓN CON ADENOMECTOMÍA ABIERTA SUPRAPÚBICA.**

Ana Aldaz Acín, Inés Giménez Andreu, Elena Sánchez Izquierdo, María Soto Palacín, Amaia Arrizabalaga Solano, Marta Burbano Herraiz, Jaime Monllau Espuis, Lydia García Fuentes, Clara Camprubi Polo, Pablo Gómez Castro, Mónica Sanz del Pozo, José Manuel Sánchez Zalabardo, Ángel Borque Fernando, María Jesús. Gil Sanz.  
*Hospital Universitario Miguel Servet*

**INTRODUCCIÓN:** La hiperplasia benigna de próstata (HBP) condiciona una obstrucción a la salida de la orina por aumento del tamaño prostático. El tratamiento quirúrgico de elección para próstatas mayores de 80cc es la adenomectomía abierta. Existen otros procedimientos menos invasivos como la resección transuretral (RTU) de próstata indicada en próstatas entre 30 y 80cc. **OBJETIVO:** Comparar los resultados, complicaciones perioperatorias y costes de la RTU de próstata y la adenomectomía abierta en pacientes con volúmenes prostáticos entre 100 y 120cc.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes intervenidos de HBP en el Sector Zaragoza II entre enero de 2017 y mayo de 2022. Se ha realizado análisis descriptivo de los datos perioperatorios, de las complicaciones y los resultados de ambos grupos, así como un análisis estadístico comparativo entre ambas técnicas.

**RESULTADOS:** Ambos grupos tienen comorbilidades y volumen prostático similar (p 0,130). La RTU de próstata conlleva menos días de sistema lavador (p<0,001), menos días de sonda vesical (p<0,001) y menor hospitalización (p<0,001). La adenomectomía produce mayor cantidad de tejido eliminado (p<0,01). No hay diferencias de pérdida de hemoglobina (p 0,178), trasfusión (0,959), fiebre (p 0,446), infección tracto urinario (ITU) (p 0,476) e incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) (p 0,453). La RTU de próstata ahorra 305,61€.

**DISCUSIÓN:** La adenomectomía elimina más tejido prostático mientras que la RTU de próstata conlleva menor tiempo de sistema lavador, sondaje vesical y hospitalización. Los resultados funcionales de ambas técnicas con similares, con un menor coste de la RTU de próstata.

## **16:45h CASO CLÍNICO-QUISTE DE URACO SOBREINFECTADO.**

Patricia López Llorente, Rubianny Salazar Perez, Agustín Asensio Matas.  
*Hospital Royo Villanova, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN:** El uraco es un vestigio embrionario del conducto alantóideo, durante el desarrollo fetal conecta la vejiga en formación con la cavidad amniótica. En algunos casos el uraco no se cierra por completo y aparecen anomalías del mismo. El quiste de uraco es una alteración producida al obliterarse los extremos uracales, persistiendo una cavidad quística intermedia con líquido seroso o mucinoso en su interior resultado de la secreción y descamación de las células epiteliales uracales. Eventualmente puede sobreinfectarse.

**OBJETIVOS:** El objetivo de la exposición es demostrar la experiencia vivida con un caso poco común en la práctica clínica habitual.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El objeto de estudio de este caso es un varón de 64 años intervenido de neoplasia de colon; durante el postoperatorio se descubre un quiste de uraco sobreinfectado. Revisión detallada de la historia clínica del paciente, incluyendo sus antecedentes médicos, síntomas actuales y resultados de los exámenes físicos y de laboratorio realizados. Además, se realizaron estudios de imagen, como una ecografía y una tomografía computarizada, para evaluar la ubicación y las características del uréter.

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos recolectados y se compararon los datos obtenidos con la información existente en la literatura médica para identificar similitudes y diferencias.

**RESULTADOS:** Varón, 64 años, intervenido de neoplasia de colon con complicaciones postoperatorias consistentes en supuración crónica de la herida, lo que en un principio se catalogó como fístula o infección de herida quirúrgica; en el que se halla incidentalmente en estudio de imagen de control, solicitado durante el tratamiento con quimioterapia, un quiste de uraco complicado. Se ve sobreinfectado en espacio de Retzius. El paciente padece clínica miccional (incluso necesitando tratamiento médico con Silodosina), que mejora de forma importante con la extirpación laparoscópica del quiste.

**CONCLUSIONES:** El quiste de uraco es por tanto una anomalía congénita que puede causar problemas de salud significativos si no se diagnostica y trata adecuadamente. La cirugía es el tratamiento más comúnmente utilizado y, en la mayoría de los casos, el pronóstico es favorable. Sin embargo, es esencial una atención médica regular para asegurar una recuperación completa y prevenir complicaciones a largo plazo.

## 16:50h ENDOMETRIOSIS URETERAL A PROPÓSITO DE UN CASO.

Marta María García Ruiz, F. Aguilar Guevara, B. Moraleda de Heredia, I. Bezana Abadía, Maite, Miqueleiz Legaz, T. Ortega Garrido, L. Bermúdez Cameo, H. Martínez Domínguez.  
*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** La endometriosis es una enfermedad ginecológica que se caracteriza por la presencia y crecimiento ectópico de tejido endometrial funcional, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina. Clínicamente se asocia con dolor pélvico e infertilidad. La incidencia se estima en un 5-20%. Los uréteres son el segundo lugar más frecuente del tracto urinario donde se da la endometriosis.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 62 años fumadora de 1 paquete/día, intervenida quirúrgicamente de una ooforectomía izquierda por endometriosis y hernia supraumbilical. Derivada por hallazgos en Resonancia Magnética lumbar de poliquistosis renal izquierda. En consulta se realiza ecografía abdominal objetivando ureterohidronefrosis renal izquierda. Se decide solicitar una Tomografía Axial Computarizada (Uro-TAC) donde se informa de lesión ureteral izquierda a 2cm del meato ureteral sin poder descartar un tumor urotelial. Se decide realizar una nefroureterectomía izquierda vía laparoscópica cuyo estudio anatómico-patológico informa de nódulo endometriósico.

**DISCUSIÓN:** La endometriosis ureteral es una condición rara descrita por primera vez en 1917 por Cullen, constituyendo el 0.1-0.4% de la endometriosis del tracto genitourinario. La presentación clínica es inespecífica. Algunos signos de presentación son la dismenorrea o dispareunia. La endometriosis ureteral puede dar otros síntomas como dolor cólico o hematuria. La hipertensión puede ser otro síntoma con un riesgo de fallo renal. El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras masas ocupantes de espacio del tracto urinario como son los carcinomas uroteliales. Al tratarse de una enfermedad con baja incidencia no hay una clara guía de tratamiento. Cada paciente debe manejarse de manera individual. El tratamiento dependerá de la gravedad de la uropatía obstructiva y la sintomatología acompañante.

**CONCLUSIONES:** La endometriosis ureteral es una enfermedad con una baja incidencia. El diagnóstico debe sospecharse en mujeres en edad fértil con sintomatología urológica atípica acompañada de síntomas de endometriosis pélvica. El tratamiento debe ser multidisciplinar entre urólogos y ginecólogos para obtener los mejores resultados.

## 16:55h HERNIA VESICAL INGUINOESCROTAL MASIVA POR DESLIZAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jaime Antón Pernaute, J. Antón Pernaute, F.X. Elizalde Benito, A. Montero Martorán, C. Mora Cevallos, A. Palacios García, E. Román Martínez, J. Subirá Ríos, V. Capapé Poves, B. Blasco Beltrán.  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

La retención urinaria es una patología muy frecuente en la urgencia hospitalaria, siendo la mayoría de veces una complicación de la HBP, sin embargo, puede ser secundaria a fármacos simpaticomiméticos que aumentan el tono esfinteriano, hipocontractilidad del detrusor o bien otros procesos obstructivos infrecuentes tales como las hernias vesicales.

Las hernias vesicales inguinoescrotales por deslizamiento son una entidad rara que representa el 0.3-3% de las hernias en adultos, alcanzando hasta el 10% en mayores de 50 años, siendo estas más frecuentes en la región inguinal derecha. Las hernias masivas, en las que más del 50% de la vejiga se encuentra herniada, son entidades muy raras, habiéndose descrito menos de 120 casos en la literatura.

Presentamos el caso de un paciente que acude a urgencias ante oligoanuria de una semana de evolución, empeoramiento del estado general e incremento del tamaño escrotal condicionado por la herniación completa de la vejiga.

El objetivo de esta comunicación es el conocer la existencia de esta patología infrecuente, para evitar, en la medida de lo posible, la morbimortalidad asociada a la misma y el tratamiento más indicado.

## 17:00h SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE VENA CAVA INFERIOR Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIO A RETENCIÓN CRÓNICA DE ORINA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rubianny Andreina Salazar Pérez, Patricia López Llorente, Jorge Aranda Lozano, Agustín Asensio Matas, Carmen Rocio Sierra Labarta, Pedro Valdivia, Moises Yagüe Leon, Ingrid Guiote, Cristina Redondo Redondo, Adib Reyes, Roberto Martínez, Jose Oliva.  
*Hospital Royo Villanova, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN:** La hiperdistensión vesical puede provocar compresión extrínseca venosa, y un aumento de la presión intraabdominal, reduciendo el retorno venoso y favoreciendo la formación de trombos endoluminales. Presentamos un caso de trombosis venosa profunda (TVP), como causa de compresión extrínseca de la vena cava retroaórtica, secundario a la retención crónica de orina por hiperplasia benigna de próstata.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 66 años, sin antecedentes médicos de interés. Acude a urgencias por edema de miembro inferior izquierdo de varias horas de evolución asociado a dolor e impotencia funcional. Refiere dificultad para la micción, polaquiuria y sensación de vaciado incompleto de varios meses de evolución.

En la analítica destaca Dímero D 30427ng/ml. En el TAC abdominal se evidencia gran globo vesical que provoca compresión extrínseca sobre la vena cava retroaórtica con ausencia de retorno venoso en el tramo ilíaco femoral izquierdo, y un volumen prostático de 50cc. Se realiza sondaje vesical con salida de 5 litros de orina en las primeras horas.

Además de iniciar tratamiento específico para la TVP, se indica cirugía desobstructiva de la próstata.

**DISCUSIÓN:** La compresión venosa extrínseca puede ser causada por múltiples patologías, incluidos los tumores abdominales o pélvicos, los aneurismas de aorta, y los hematomas o fibrosis retroperitoneales.

La obstrucción venosa como causa de retención aguda de orina fue descrita por Carlsson y Garsten en 1960 (1). Desde entonces se han descrito múltiples casos de compresión venosa extrínseca periférica por hiperdistensión vesical, pero son anecdóticos los casos de TVP por compresión de la vena cava inferior.

Una revisión de la literatura pone de manifiesto apenas 6 casos de TVP secundaria a retención de orina, la mayoría de ellos en pacientes añosos (2).

**CONCLUSIÓN:** El síndrome de compresión venosa extrínseca es una causa importante de edemas en miembros inferiores, y se debe considerar la posibilidad de que patologías comunes en nuestro medio como hiperplasia benigna de próstata y la retención de orina, ya sea en su forma aguda o crónica, pueda ser la causa de complicaciones graves como la TVP.

## 17:05h A PROPÓSITO DE UN CASO: VARIANTE ANATÓMICA DE LA VENA CAVA INFERIOR

Héctor Martínez Domínguez, José Francisco Aguilar Guevara, Borja Moraleda de Heredia, Maite Miqueleiz Legaz, Inés Bezana Abadía, Tamara Ortega Garrido, Lucía Inés Bermúdez Cameo, Marta María García Ruiz.

*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** La vena cava inferior es la vena más larga del cuerpo con un diámetro aproximado de 18-32 mm. Su formación tiene lugar entre la sexta y octava semana de gestación como resultado de la aparición y regresión de tres pares de venas embrionarias: cardinales posteriores, subcardinales y supracardinales. Las anomalías de dicha vena, son el resultado de alteraciones en las diferentes etapas de este complejo proceso embrionario.

**OBJETIVOS:** Definir cuáles son las variables anatómicas más frecuentes de la vena cava inferior, así como la prevalencia de las mismas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón de 74 años con antecedentes urológicos de hiperplasia benigna de próstata y testículo único izquierdo que acude a la consulta por un episodio de hematuria macroscópica autolimitado. Es diagnosticado de trasposición de vena cava inferior en una prueba de imagen que hallazgo incidental.

**RESULTADOS:** Debido a su embriología, y las diferentes ramas que drenan en la vena cava inferior, esta puede presentar una serie de variantes anatómicas que no tienen por qué ser patológicas. Las principales variantes congénitas que nos podemos encontrar son la duplicidad de la vena cava inferior, trasposición de vena cava inferior, ausencia de vena cava infrarrenal y la vena cava inferior interrumpida por continuidad de la vena álgico. La primera de ellas con una prevalencia estimada del 0.7% es la más frecuente. Esta se produce por la persistencia de las venas supracardinales izquierda y derecha. Por otro lado, la trasposición, con una prevalencia del 0.3% es la segunda más frecuente y es causada por la persistencia de la vena supracardinal izquierda, asociada con la regresión de la vena supracardinal derecha.

**CONCLUSIONES:** Es importante conocer estas variantes por la repercusión clínica que pueden tener, así como por las modificaciones en los protocolos quirúrgicos que se deberán realizar en pacientes que presenten este tipo de variantes.

**17:10h TUMOR DE URETRA FEMENINA LOCALMENTE AVANZADO, A PROPÓSITO DE UN CASO**

Tamara Ortega Garrido, Amaia Sotil Arrieta, Borja Moraleda de Heredia, Inés Bezana Abadía, Maite Miqueleiz Lëgaz, Marta María García Ruiz, Lucía Bermúdez Cameo, Héctor Martínez Domínguez.  
*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** El carcinoma primario de uretra es una entidad rara representando <1% de todos los tumores genitourinarios. Su incidencia es mayor en hombres que en mujeres (2,9:1), teniendo una mayor predilección por la raza blanca. Los factores predisponentes son las estenosis, divertículos y la inflamación uretral crónica. La histología más frecuente en hombres es el carcinoma urotelial y en mujeres el adenocarcinoma. Macroscópicamente, se visualizaría una formación polipoide indurada o una úlcera superficial, debutando clínicamente con disuria, uretrorragia, masa palpable, cuadro obstructivo... Y hasta en un 20% de los casos con adenopatías inguinales palpables. El diagnóstico se basa en exploración física, citología urinaria, uretroscopia con toma de biopsias, RMN para valorar la extensión local, y TC ante posible enfermedad a distancia. La mayoría suelen diagnosticarse de forma tardía con un mal pronóstico asociado. El tratamiento depende del sexo, estadio, histología, y extensión y localización de la lesión. Así, las lesiones anteriores se abordan con cirugía radical (uretrectomía parcial o total), y las de uretra posterior en mujeres requieren exenteración pélvica, con derivación urinaria y disección ganglionar ilio-inguinal. La radioterapia puede ser una alternativa curativa en pacientes inoperables con enfermedad localizada. La quimioterapia basada en cisplatino se emplea en enfermedad urotelial localmente avanzada con intención curativa neoadyuvante. De cara al seguimiento, no existen protocolos estandarizados debiéndose de individualizar.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos un caso de un tumor de uretra femenina localmente avanzado diagnosticado en nuestro centro, aportando las imágenes radiológicas.

**CASO CLÍNICO:** Presentamos el caso de una paciente de 88 años valorada por un episodio de sangrado genital, retención aguda de orina con hidronefrosis bilateral e insuficiencia renal aguda, presentando un tacto vaginal sospechoso para tumoración. De forma urgente, se realizó sondaje vesical mejorando el cuadro agudo. Posteriormente, se completó el estudio mediante cistoscopia con imágenes sugestivas de uretra estenótica y esfacelada posiblemente infiltrada por tumor, y con biopsias de la masa vaginal y uretrales diagnosticándose de un carcinoma urotelial de algo grado con diferenciación escamosa. Se solicitó RM pélvica para valorar la extensión local y un TC de extensión, poniendo de relieve una neoplasia de uretra con probable infiltración de vestíbulo (T4N0M0). Se decidió tratamiento paliativo con sondaje vesical permanente junto con radioterapia por el dolor y el sangrado que presenta la paciente.

**CONCLUSIONES:** \*Representa <1% de todas las neoplasias genitourinarias, siendo más frecuentes en hombres. \*El diagnóstico suele ser tardío, teniendo un mal pronóstico. \*Se debe emplear la uretroscopia con biopsia y las citologías urinarias para su diagnóstico. \*El tratamiento varía según localización, extensión y estadio.

**17:15h A PROPÓSITO DE UN CASO: MASA RETROPERITONEAL COMPATIBLE CON TUMOR NEUROGÉNICO**

Carlos Mora Cevallos, Jorge Rioja Zuazu, Aida Montero Martoran, Andrea Palacios García, Jaime Antón Pernaute, Elena Román Martínez, Jorge Subirá Río, Victoria Capapé Poves, Laura Muñiz Suarez, Francisco Javier García Alarcón, Iñaki Hijazo Conejos, Pilar Medrano Llorente, Manuel Fabián Ramírez, Francisco Javier Elizalde Benito, Carlos Murillo Pérez, Benjamin Blasco Beltrán.  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN:** Este poster presenta un caso clínico que destaca la importancia de la valoración de la resección de una masa retroperitoneal, específicamente un schwannoma retroperitoneal. Se resalta la necesidad de comprender los aspectos clave en el estudio de estos tumores, incluida su presentación clínica, los hallazgos radiológicos y los métodos diagnósticos complementarios, así como su seguimiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** El caso clínico involucró el análisis detallado de una paciente con antecedentes médicos relevantes y la realización de pruebas complementarias, como análisis sanguíneo, sedimento de orina, resonancia magnética y estudio anatomopatológico. Estos métodos permitieron una evaluación precisa de la lesión retroperitoneal y la confirmación del diagnóstico de schwannoma retroperitoneal.

**RESULTADOS:** Los resultados revelaron una masa retroperitoneal compatible con un schwannoma, lo que llevó a la decisión de realizar una resección quirúrgica laparoscópica. El procedimiento se llevó a cabo sin complicaciones y la paciente presentó una evolución favorable, siendo dada de alta a las 48 horas. El seguimiento posterior no mostró evidencia de recurrencia en los primeros 6 meses.

**CONCLUSIONES:** Este caso destaca la importancia de una evaluación exhaustiva en el manejo de masas retroperitoneales, enfatizando la necesidad de un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado. Se subraya la eficacia de la resección quirúrgica laparoscópica, respaldada por una recuperación rápida y buenos resultados a corto plazo. Además, se resalta la importancia de comprender los aspectos de este tipo de neurogénicos para un correcto manejo y seguimiento.



## 17:20h EXTRUSIÓN DISTAL DE PRÓTESIS PENEANA

Andrea María Palacios García, A. Montero Martorán, C. Mora Cevallos, J. Antón Pernaute, E. Roman Martínez, F. Monzón Alebesque, F.A. Ucar Terrén, J. Subirá Ríos, V. Capapé Póves, B. Blasco Beltrán.

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN:** El implante de una prótesis de pene se considera el gold-standard en casos de disfunción eréctil refractaria a tratamiento farmacológico, enfermedad de Peyronie asociada a disfunción eréctil y fibrosis peneana tras tratamiento conservador de priapismo. Se considera una cirugía con una alta tasa de satisfacción y un bajo perfil de complicaciones, siendo la más frecuente el mal funcionamiento de la prótesis (3-19%), la infección protésica (1-10%), la extrusión de prótesis (3-5% de casos) y la perforación corporal (2%).

**OBJETIVOS:** Revisión de la bibliografía sobre la extrusión distal de prótesis peneana y manejo de la complicación a propósito de un caso clínico.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón con antecedentes de cistectomía radical con derivación urinaria tipo Studer al cuál se le realiza una colocación en diferido de prótesis peneana por disfunción eréctil. El paciente acude a urgencias por presentar extrusión de cilindro derecho de prótesis peneana de dos componentes en su parte distal-glandar a través de zona ventral del pene.

**RESULTADOS:** Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso y se decide ingreso para realización de cirugía resolutive bajo anestesia.

**CONCLUSIONES:** La extrusión distal de los cilindros de prótesis de pene es una complicación inusual, aunque si no se resuelve quirúrgicamente, puede conllevar infección local, extrusión del resto de componentes y fibrosis corporal.

## 17:25h ESTUDIO DE SATISFACCIÓN EN LA UNIDAD DE LITOTRICIA DEL HCU LOZANO Blesa

Jaime Antón Pernaute, M.R. Sieso Gracia, A. Montero Martorán, C. Mora Cevallos, A. Palacios García, E. Román Martínez, V. Capapé Poves, J. Subirá Ríos, C. Blanco Chamorro, G. Abril Baquero, B. Blasco Beltrán.

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

### RESUMEN:

La satisfacción, según la Real Academia Española de la Lengua, es el sentimiento de bienestar o placer que se tiene cuando se ha colmado un deseo o cubierto una necesidad. La aplicación de cuestionarios para evaluarla es un procedimiento cada vez más común para identificar y solucionar los posibles problemas en la atención sanitaria.

En el campo de la Urología, se han aplicado en múltiples ocasiones cuestionarios para la evaluación de la satisfacción de los pacientes durante la asistencia recibida, tanto en el campo de consultas externas, como en las urgencias urológicas, o más recientemente, en el tratamiento mediante litotricia extracorpórea (ESWL). Por ello, en el servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa hemos considerado conveniente la realización de este estudio de satisfacción personal respecto al tratamiento de ESWL, tanto para constatar la eficacia del tratamiento percibida por los pacientes, como la atención por parte del personal encargado de la misma.

Para ello, se modificó el cuestionario SATISLIT, ya aplicado en ocasiones previas, para poder valorar también la atención recibida por parte del personal de la Unidad de Litotricia, añadiendo cuestiones pertinentes a la atención del personal en la consulta de preparación del tratamiento, durante el tratamiento, y en la consulta de revisión tras el mismo.

Tras ello, se recopilamos los 150 pacientes que conforman el estudio de manera retrospectiva, los cuales debían haber finalizado el tratamiento mediante ESWL, hubiese sido eficaz o no, y se procedió a contactar con los mismos telefónicamente, para recopilar los datos.

Los resultados finales, muestran una satisfacción global a la atención recibida por parte del personal del 100%. Mientras que la eficacia percibida de la litotricia fue del 82%, siendo del 92.4% en aquellos en los que el tratamiento había erradicado la litiasis, y del 38.5% en aquellos pacientes que precisaron de intervención quirúrgica para eliminar la carga litiasica. Además, fueron evaluados otros aspectos como el empleo de analgésicos los días posteriores al tratamiento, el tiempo que se tardó en retomar la actividad diaria y la percepción de alteración de la calidad de vida durante el tiempo que duró el tratamiento.

## 17:30h AFECTACIÓN LINFOMATOSA A NIVEL TESTICULAR, RENAL Y PENEANO. UNA SERIE DE CASOS.

Lucía Inés Bermúdez Cameo, Zaloa Amelibia Alvaro, Borja Moraleda de Heredia, Maite Miqueleiz Legaz, Inés Bezana Abadía, Tamara Ortega Garrido, Marta María García Ruiz, Héctor Martínez Domínguez.

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona

**INTRODUCCIÓN:** El linfoma no Hodgkin constituye el cáncer hematológico más frecuente, siendo el linfoma difuso de células grandes tipo B el subtipo más común, con diversas formas de presentación y respuesta al tratamiento. La afectación linfomatosa primaria del tracto genitourinario es un hallazgo poco frecuente, sin embargo, según las últimas bibliográficas el debut de estos linfomas es extranodal hasta en un 48% de los casos. En el caso de los varones, el testículo es el sitio más frecuente de afectación linfomatosa, con escaso número de casos reportados en pene y riñón.

**OBJETIVOS:** Se realiza una revisión de una serie de casos de linfoma no Hodgkin tipo B en su forma de presentación extraganglionar a nivel del aparato genitourinario (testículo, riñón y pene) diagnosticados en el Hospital Universitario de Navarra.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presentan tres pacientes; Varón de 56 años diagnosticado tras orquiectomía de linfoma difuso de células grandes B estadio IIIA. Varón de 62 años con masa renal de aspecto infiltrativo en el que mediante PAAF se diagnostica de linfoma B difuso de células grandes estadio IV. Finalmente, presentamos el caso de un varón de 76 años remitido por lesión en glánde de dos meses de evolución, cuya biopsia revela un linfoma difuso de células grandes B estadio I.

**RESULTADOS:** Se ha observado que el subtipo histológico encontrado en los tres pacientes presentados ha sido el linfoma difuso de células grandes B. El primer paciente fallece en contexto de neoplasia pulmonar concomitante en progresión. Los pacientes con linfoma renal y peneano recibieron tratamiento con quimioterapia con esquema R-CHOP y presentaron en el PET de control una respuesta metabólica completa.

**CONCLUSIONES:** La patología linfomatosa maligna en los órganos genitourinarios es, con gran frecuencia, un hallazgo casual que requiere el manejo de urólogos y hematólogos en conjunto para un correcto estudio y tratamiento de los pacientes de forma multidisciplinar.



**RESÚMENES COMUNICACIONES**

2º SESIÓN DE COMUNICACIONES, SABADO 11 MAYO

**09:00h ANÁLISIS DE FACTORES PREDICTORES EN IMAGEN DE TUMOR INVASIVO DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR**

Inés Bezana Abadía, Zalao Amelibia Álvaro, Borja Moraleda de Heredia, Maite Miqueleiz Legaz, Tamara Ortega Garrido, Marta María García Ruiz, Lucía Inés Bermúdez Cameo, Héctor Martínez Domínguez.  
*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores del tracto urinario superior (TTUS) suponen el 5-10% de los tumores uroteliales. Dos tercios son invasivos al diagnóstico, probablemente debido a la ausencia de muscularis propia. El estadiaje clínico es difícil, por lo que la estratificación del riesgo de progresión es útil para la selección de pacientes candidatos a cirugía radical.

**OBJETIVO:** Establecer las características tumorales en pacientes sometidos a tratamiento radical en nuestro centro y definir factores predictores por imagen de TTUS invasivo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo donde se incluyeron 77 pacientes intervenidos de nefroureterectomía por TTUS entre 2019 y 2023. Se realizó un análisis descriptivo y un modelo de regresión simple y multivariante utilizando los criterios de alto riesgo de progresión de la EAU.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 73,3 (DS 8,7), el 70% fueron hombres, y en el 63% existía antecedente de tabaquismo. En 56 casos los tumores fueron multifocales, localizados mayoritariamente en pelvis y cálices renales (67,5%). El tumor era  $\geq 2$  cm en el 95% de los casos, existía sospecha de invasión local por imagen en 23 pacientes y uropatía obstructiva al diagnóstico en 58 pacientes. Al menos uno de los criterios de alto riesgo de progresión estaba presente en 76 pacientes. El 45,5% de los pacientes presentaban tumores  $\geq pT2$ . Se analizaron las variables uni/multifocalidad, localización, tamaño tumoral, invasión local en Tomografía Computerizada (TC) y uropatía obstructiva al diagnóstico como factores predictores de estadio  $\geq pT2$  en pieza quirúrgica. Las variables "invasión local en TC" y "uropatía obstructiva al diagnóstico" fueron significativas tanto en el modelo simple como ajustado por edad y sexo, con resultados similares. Ambas variables se incluyeron en el modelo multivariante, con una OR = 13,3 para la sospecha de invasión local por TC y OR = 5,5 para la uropatía obstructiva al diagnóstico.

**CONCLUSIONES:**

- La mayoría de los tumores intervenidos mediante tratamiento radical (76/77 pacientes) fueron de alto riesgo de progresión según los criterios de la EAU.

- La sospecha de invasión local y uropatía obstructiva en TC son buenos predictores de TTUS invasivo. síntomas urológicos. Se requieren más estudios y reportes de casos para comprender mejor esta condición y sus implicaciones clínicas.

**09:05h ROTURA DE CUERPO CAVERNOSO CON ROTURA DE CUERPO ESPONJOSO ASOCIADA.**

Elena Román Martínez, A. Montero Martorán, C. Mora Cevallos, A. Palacios García, J. Antón Pernaute, J. Subirá Ríos, V. Capapé Povés, F.J. García Alarcón, B. Blasco Beltrán.  
*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

**OBJETIVOS:** Revisión bibliográfica para estudio pormenorizado de la fractura de cuerpos cavernosos (etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento) y su asociación con la rotura de cuerpo esponjoso.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Búsqueda bibliográfica en las guías de la Asociación Europea de Urología, en el Libro del Residente y en artículos a texto completo disponibles en diversas plataformas científicas.

**CONCLUSIONES:** La fractura de pene es una entidad poco frecuente. Su diagnóstico es eminentemente clínico y es indispensable descartar una afectación uretral acompañante. La detección precoz de esta patología es decisiva para la realización de una reparación quirúrgica urgente con mayores tasas de éxito que permitan al paciente una recuperación morfológica y funcional satisfactorias y la minimización de las secuelas.

## 09:10h ACTINOMICOSIS GENITOURINARIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS ABDOMINALES

Héctor Martínez Domínguez, Aldo Miguel Meza Huaman, Borja Moraleda de Heredia, Maite Miqueleiz Legaz, Inés Bezana Abadía, Tamara Ortega Garrido, Lucia Inés Bermúdez Cameo, Marta María García Ruiz.  
*Hospital Universitario de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** La actinomicosis es una enfermedad causada por bacterias anaerobias, gram positivas del género Actinomycetes. Sus principales manifestaciones clínicas se suelen dar en la región orofacial y cuello, suponiendo la afectación urológica menos del 0,3% de los casos.

**OBJETIVOS:** Establecer el diagnóstico diferencial de masas intraabdominales de origen tumoral e infeccioso. Así como describir las técnicas diagnósticas y tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón de 78 años sin antecedentes urológicos de interés que es valorado en urgencias por una masa periumbilical derecha sin otra sintomatología acompañante. Diagnosticado en TC de masa intraabdominal próxima a la cara anterolateral derecha de la vejiga de la cual parece depender, con trayecto posiblemente fistuloso que alcanza la pared abdominal. Ante la sospecha de una posible neoplasia urotelial, se solicitaron citologías y se realizó biopsia vesical y punch de pared abdominal, resultando actinomicosis.

**RESULTADOS:** La infección urinaria secundaria a bacterias del género Actinomycetes generalmente suele estar causada por *A. israelii*. Esta bacteria forma parte de la flora bacteriana normal del tracto gastrointestinal y no suele provocar infección en individuos inmunocompetentes. El diagnóstico suele ser tardío, debido a su forma de presentación; se suele confundir con lesiones malignas, quistes uracales sobreinfectados, tumores de uraco o lesiones granulomatosas intraabdominales. Por lo que el diagnóstico diferencial es fundamental. En cualquier caso, el diagnóstico de certeza se llevará a cabo con la identificación de este organismo en los cultivos o en las piezas de anatomía patológica, donde es característica la presencia de "gránulos de azufre". El tratamiento de elección es amoxicilina 500mg/8h durante al menos 8 semanas.

**CONCLUSIONES:** El diagnóstico de la actinomicosis urotelial es dificultoso y se suele demorar debido a la similitud clínica con procesos neoplásicos intraabdominales o patología tumoral del uraco. El diagnóstico de certeza se realiza mediante la identificación histopatológica del germen causante o su crecimiento en los cultivos tomados. El tratamiento con penicilinas (amoxicilina), es el tratamiento de elección y deberá mantenerse por lo menos 12 semanas.

## 09:15h HERNIA DE BOCHDALEK DERECHA CON ECTOPIA RENAL INTRATORÁCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Andrés Calva López, Mario Daniel Tapia Tapia, Vanessa Talavera Cobo, Carmina Alejandra Muñoz Bastidas, Juan Colombas Vives, Cristina Gutiérrez Castañé, Francisco Javier Ancizu Marckert, Marcos Torres Roca, Luis Labairu Huerta, Esther Gordo Flores, Fernando José Díez-Caballero Alonso, José Enrique Robles García, Bernardino Miñana López, Daniel Sánchez Zalabardo.  
*Clínica Universidad de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** La ectopia renal intratorácica es la protrusión parcial o total del parénquima renal dentro de la cavidad torácica, por encima del límite diafragmático. Es una entidad muy poco frecuente, aproximadamente <5% de todos los casos de ectopia renal, afectando predominantemente al riñón izquierdo y siendo mucho más frecuentes en pacientes varones. En caso de asociar una hernia de Bochdalek la incidencia es incluso menor, tan solo un 0.25% de los casos.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 51 años de edad, asintomática, que consulta por hallazgo de riñón derecho intratorácico. La paciente aporta estudio mediante resonancia magnética que informa ectopia renal derecha intratorácica con hernia diafragmática posterior derecha. Se completa el estudio mediante tomografía computarizada axial toracoabdominal que destaca un defecto de 6cm en diafragma posterior derecho, con herniación de cúpula hepática posterior, riñón derecho y glándula suprarrenal derecha. Se realiza intervención quirúrgica conjunta con Cirugía Torácica, consiguiendo una reducción y cierre de la hernia diafragmática, junto con colocación de malla.

**DISCUSIÓN:** Los casos de ectopia renal intratorácica pueden ser de dos tipos: una ectopia renal verdadera intratorácica con salida del pedículo vascular de la aorta descendente intratorácica, o una ascensión renal transdiafragmática con salida del pedículo vascular de la aorta abdominal. La mayoría de los casos son de causa congénita, con un diagnóstico durante la infancia (o en casos graves durante el período neonatal) o incluso en la edad adulta; sin embargo, existen casos de origen traumático, ambos más frecuentes del lado izquierdo. Los casos son generalmente asintomáticos y no requieren tratamiento específico, a menos que los pacientes presenten sintomatología respiratoria o urinaria que comprometa su calidad de vida. La corrección quirúrgica de la ectopia, con posible reducción de hernias acompañantes, es el tratamiento de elección.

**CONCLUSIONES:** La ectopia renal intratorácica es un hallazgo incidental muy infrecuente, que puede o no asociar una hernia diafragmática, generalmente asintomática y en casos concretos puede requerir una reparación quirúrgica para tratamiento de los síntomas y posibles complicaciones futuras.

## 09:20h TUMORES PARATESTICULARES, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Silvia Miracle Huguet, Marina Álvarez Cortés, Marta Fortún Belenguer, Jose Semper Pont, Elena Carceller Tejedó, Laura Enguita Arnal, María Araceli Bono Ariño.  
*Hospital Universitario San Jorge, Huesca*

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores paratesticulares son de origen no testicular y mayoritariamente benignos. Son poco frecuentes ya que suponen menos del 5% de las neoplasias intraescrotales (el 95% restante corresponde a tumores testiculares). Se incluyen el cordón espermático (los más frecuentes, 90%), las túnicas testiculares, el epidídimo y los apéndices. De las masas sólidas benignas paratesticulares las más frecuentes son los tumores adenomatoideos, que asientan generalmente en el epidídimo, mientras que los pseudotumores fibrosos son la segunda causa más frecuente. A estos últimos se les atribuye una naturaleza reactiva y no neoplásica.

**CASO:** Varón de 26 años que acude a urgencias por masa testicular dolorosa de evolución subaguda sin otra sintomatología acompañante. A la exploración se palpa masa en cola de epidídimo derecho. Se solicita ecografía que informa de "estructura nodular sólida y heterogénea de 10mm en cola de epidídimo, con engrosamiento de las cubiertas de 4,2mm de grosor. Imagen compatible con tumor adenomatoide vs pseudotumor fibroso.". Se programa para epididimectomía.

**DISCUSIÓN:** El tumor adenomatoide es el tumor más frecuente de las estructuras paratesticulares, mientras que el pseudotumor fibroso, es la segunda causa más frecuente de masa sólida paratesticular. En ambos casos suelen presentarse como masas de pequeño tamaño, crecimiento lento y no dolorosas. Es importante diferenciarlos; sin embargo, la ecografía no aporta datos definitivos ya que pueden presentar características similares entre ellos. Por esta razón cuando exista sospecha de una de estas dos etiologías habrá que realizar cirugía conservadora.

**CONCLUSIONES:** El hallazgo de una masa sólida epididimaria es infrecuente en la práctica clínica. La exploración física y las pruebas de imagen deben descartar el origen testicular de la lesión. Aunque la ecografía orienta el diagnóstico, su capacidad para diferenciarlas es baja. La naturaleza de ambos habitualmente es benigna, siendo entonces la epididimectomía transescrotal el tratamiento de elección.

## 09:25h TUBERCULOSIS RENAL TRAS TRATAMIENTO INTRAVESICAL CON BCG.

Clara Camprubi Polo, Pablo Gómez Castro, Elena Sánchez Izquierdo, María Soto Palacín, Ana Aldaz Acín, Inés Giménez Andreu, Amaia Arizabalaga Solano, Marta Burbano Herraz, Lydia García Fuentes, Jaume Monllau Espuis, Francisco Carrasco García, Pedro Gil Martínez, María Jesús Gil Sanz.  
*Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer vesical ocupa el décimo lugar en incidencia a nivel mundial, siendo aproximadamente el 75% de los casos diagnosticados en etapas tempranas (enfermedad limitada a la mucosa o submucosa). La inmunoterapia mediante instilaciones intravesicales de Bacillus Calmette-Guérin (BCG) se considera el "gold standard" del tratamiento adyuvante del cáncer de vejiga no musculoso-invasivo de riesgo intermedio y alto. Entre las complicaciones más comunes se incluyen los síntomas del tracto urinario inferior, hematuria e infección, pero no se deben olvidar complicaciones más graves y menos frecuentes, como las relacionadas con el riñón, que afectan a menos del 2% de los casos.

**OBJETIVO:** El propósito de este caso es exponer un caso de enfermedad granulomatosa renal en un paciente previamente sometido a instilaciones intravesicales de BCG, con el fin de resaltar una de las reacciones adversas menos comunes asociadas con esta forma de terapia. Asimismo, se busca recordar la importancia de mantener un alto grado de sospecha ante la aparición de nuevas lesiones en pacientes que han recibido este tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta el caso de un varón de 67 años en seguimiento por carcinoma urotelial vesical superficial y del tracto urinario superior (TUS) izquierdo, que requirió de instilaciones de BCG intravesicales. Para valorar restos del tumor del TUS tras la cirugía, se solicita TAC en el que se objetiva un riñón en herradura como variante anatómica y una masa hipodensa en polo inferior del hemiriñón izquierdo, sugestiva de neoformación renal maligna, que se biopsia, obteniendo como resultado anatomopatológico nefritis intersticial granulomatosa necrotizante atribuible a tratamiento previo con BCG.

**RESULTADOS:** Se instaura tratamiento antituberculoso con rifampicina, isoniazida y etambutol durante dos meses, y posteriormente cuatro meses más con rifampicina e isoniazida. Asimismo, se decide ureterorrenoscopia para fotovaporización de la lesión del cáliz superior del hemiriñón izquierdo.

**CONCLUSIONES:** El tratamiento intravesical con BCG es ampliamente empleado en nuestra práctica diaria, por lo que es de gran importancia recordar sus efectos secundarios, especialmente aquellos menos frecuentes, como es el caso del tuberculosis renal, ya que no es infrecuente que los pacientes sean sometidos a una nefrectomía parcial o total, ante el diagnóstico de una lesión maligna por imagen sin toma de biopsia previa.

## 09:30h SARCOMA SINOVIAL RETROPERITONEAL RECIDIVANTE.

Mario Daniel Tapia Tapia, Andres Calva López, Vanessa Talavera Cobo, Carmina Muñoz Bastidas, Juan Colombas Vives, Luis Labairu Huerta, Cristina Gutierrez Castañe, Javier Ancizu Marckert, José Enrique Robles García, Marcos Torres Roca, Esther Gordo Flores, Fernando Diez Caballero Alonso, Daniel Sanchez Zalabardo, Bernardino Miñana López.  
*Clinica Universidad de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** Los sarcomas sinoviales (SS) son tumores raros que representan aproximadamente el 6% de los sarcomas de tejidos blandos. Son más comunes en adultos jóvenes, con una edad promedio de 35 años, presentándose con mayor frecuencia en extremidades, mientras que su localización en el área retroperitoneal es excepcional. Los pacientes pueden experimentar dolor, parestesias y síntomas vasculares debido a la compresión local. La mayor parte de las publicaciones de esta entidad son reportes de casos, por lo que la evidencia científica es limitada.

La supervivencia varía entre el 59 al 75% a los 5 años, presentando recidivas locales entre el primer y segundo año. Sin embargo, en los SS pueden existir recurrencias hasta 15 años tras el diagnóstico. Presentamos un caso clínico de un SS retroperitoneal recidivante, 18 años después del tratamiento.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Paciente varón de 78 años que fue remitido a nuestro centro por hallazgo de una masa retroperitoneal, localizada en cara postero-superior de riñón derecho. Fue intervenido en 2005, de exéresis tumoral por vía abierta, con diagnóstico anatomopatológico de sarcoma sinovial poco diferenciado. Tras la cirugía el paciente recibió radioterapia local. En 2022, el paciente refirió aparición de molestias abdominales asociadas a estreñimiento. Se realizaron estudios consistentes en ecografía y TAC abdominal, que revelaron una masa retroperitoneal derecha, sólida de 4 x 4 cm.

**RESULTADOS:** El paciente fue sometido a una exéresis de la masa retroperitoneal adyacente al polo inferior del riñón derecho por vía laparoscópica. En el estudio anatomopatológico posterior se confirmó el diagnóstico de sarcoma sinovial monofásico fusocelular. En los controles de seguimiento posterior no se evidenció recurrencia de la enfermedad.

**CONCLUSIÓN:** Este caso clínico ilustra una entidad poco común que presenta desafíos diagnósticos y terapéuticos. En casos de SS retroperitoneal recidivante, el tratamiento multidisciplinario, que incluye cirugía, radioterapia y en ciertos casos quimioterapia adyuvante, puede ser efectivo para el control adecuado de la patología. Se debe mencionar además que es fundamental el seguimiento periódico para la detección temprana de recurrencias.

## 09:35h METAPLASIA ESCAMOSA QUERATINIZANTE DEL UROTELIO. CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rubianny Andreina Salazar Pérez, Patricia López Llorente, Jorege Aranda Lozano, Agustín Asensio Matas, Carmen Rocio Sierra Labarta, Cristina Redondo Redondo, Pedro Valdivia, Moises Alberto Yagüe, Jose Oliva, Roberto Martinez, Adib Reyes, Ingrid Guiote  
*Hospital Roya Villanova, Zaragoza*

**INTRODUCCIÓN:** La metaplasia escamosa queratinizante de la vejiga, también conocida como leucoplasia vesical, es una afección rara, con riesgo de progresión a carcinoma de células escamosas invasivo. Es una anomalía donde el urotelio se transforma en un epitelio de células escamosas debajo de una capa de queratina.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 69 años, sin antecedentes médicos de interés, derivada a la consulta de urología tras hallazgo incidental en ecografía de probable tumor vesical. Asintomática desde el punto de vista urológico.

Se llevó a cabo una revisión endoscópica, objetivándose extensas áreas hiperémicas difusas a lo largo de la mucosa vesical, con placas nacaradas que parecían flotar sobre el urotelio inflamado, se realizó resección transuretral (RTU) de las lesiones, y se envió muestras a anatomía patológica, que fueron informadas como, metaplasia escamosa queratinizante del urotelio, sin identificar signos de malignidad. No se indicó tratamiento adicional.

Se planteó seguimiento con cistoscopia cada 6 meses.

**DISCUSIÓN:** La metaplasia escamosa queratinizante del urotelio es una afección rara, cuya incidencia reportada es de 1:10.000, existiendo pocos datos en la literatura.

Existen numerosos factores etiológicos, todos ellos relacionados con irritación crónica del urotelio. La ITU por E.coli, Proteus y S.faecalis son los microorganismos mayormente identificados en estos pacientes.

El urotelio se reemplaza por epitelio escamoso estratificado queratinizante, existiendo riesgo de progresión a carcinoma de células escamosas invasivo en el 26-30% de los casos, así como en menor medida a carcinoma de células transicionales, adenocarcinoma y tumores indiferenciados, estando directamente relacionado con el grado de afectación de la mucosa.

Puede ser limitada o extensa. La historia natural de la lesión limitada es favorable y potencialmente curable, por el contrario, la enfermedad extensa tiene mayor riesgo de malignizar

Los síntomas generalmente se presentan como STUI, generalmente irritativos, incluyen disuria, polaquiuria, urgencia miccional, hematuria. Las lesiones deben tratarse con resección transuretral, estando indicado el seguimiento regular posterior de estos pacientes con cistoscopia y biopsia.

**CONCLUSIONES:** La metaplasia escamosa queratinizante del urotelio vesical es una afectación poco común que conlleva a un riesgo de carcinoma de células escamosas infiltrante. La literatura recomienda la resección del urotelio anormal en su totalidad, así como un seguimiento regular de estos pacientes con cistoscopia y biopsias.

## 09:40h METÁSTASIS EN PRÓSTATA

Lydia García Fuentes, Jaime Monllau Espuis, Elena Sanchez Izquierdo, Maria Soto Palacin, Ines Gimenez Andreu, Ana Aldaz Acin, Amaia Arrizabalaga Solano, Marta Burbano Herraiz, Clara Camprubi Polo, Pablo Gomez Castro, Ramiro Garcia Ruiz, María Jesús Gil Sanz

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**INTRODUCCION:** El cáncer de próstata en Europa es el más frecuente en hombres y la tercera causa de muerte por cáncer en estos. Sin embargo, los tumores secundarios de próstata son infrecuentes en comparación. Dentro de estos, la afectación secundaria de la próstata por carcinoma urotelial y por neoplasias hematológicas es relativamente común, a diferencia de la afectación a causa de tumores sólidos no uroteliales.

**OBJETIVOS:** Describir las metástasis prostáticas revisando la literatura.

**MATERIAL Y METODOS:** Se presenta el caso de un varón de 61 años diagnosticado en 2021 de tumor fibroso de pleura que se reseccó. Tres años después es diagnosticado de un nuevo tumor en pleura con metástasis pleuropulmonares y a destacar nódulo hiperdenso en lóbulo izquierdo prostático compatible con metástasis. Durante ingreso comienza con dificultad miccional que mejora con Tamsulosina. A la exploración tacto rectal II, con lóbulo izquierdo con lesión extraprostática de consistencia blanda que desdibuja contorno prostático. PSA 1,1.

En cuanto al tratamiento oncológico, se pauta inicialmente pazopanib, que tras progresión tumoral en varios TC de control se cambia a Trabectedina.

**RESULTADOS:** Los tumores secundarios de próstata se diseminan directamente desde órganos adyacentes o metastatizan desde zonas distantes. Las neoplasias uroteliales son las que más frecuentes diseminan a la próstata, seguidos de tumores de recto.

Por otro lado, las metástasis prostáticas a distancia debido a tumores sólidos de origen no urotelial son raras. Las más frecuentes son debido a: pulmón, tracto gastrointestinal, piel y testículo.

Las metástasis prostáticas suelen producir sintomatología, siendo más frecuente: STUI, malestar abdominal o pélvico y hematuria.

**CONCLUSIONES:** Aunque no es frecuente, pueden aparecer tumores secundarios en próstata, ya sea por invasión directa o metástasis a distancia. Respecto a la literatura sobre estos últimos se compone sobre todo de casos clínicos, por lo tanto existen pocos datos clínicos-patológicos hasta el momento. Es importantes diferenciarlos de los tumores primarios de próstata ya que difieren en cuanto diagnóstico y tratamiento.

**CONCLUSIONES:** La metaplasia escamosa queratinizante del urotelio vesical es una afectación poco común que conlleva a un riesgo de carcinoma de células escamosas infiltrante. La literatura recomienda la resección del urotelio anormal en su totalidad, así como un seguimiento regular de estos pacientes con cistoscopia y biopsias.

## 09:45h CISTITIS ENFISEMATOSA GRAVE, REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPOSITO DE UN CASO

Pablo Gómez Castro, Clara Camprubi Polo, Elena Sanchez Izquierdo, Maria Soto Palacin, Ines Gimenez Andreu, Ana Aldaz Acin, Marta Burbano Herraiz, Amaia Arrizabalaga Solano, Jaime Monllau Espuis, Lidia Garcia Fuentes, Pablo Oteo Manjavacas, Maria Jesus Gil Sanz.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

**Introducción:** La cistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente de infección del tracto urinario inferior. Se caracteriza por la presencia de gas intraluminal, submucosa y muscular vesical. Los pacientes que padecen esta enfermedad tienen habitualmente alteraciones en el tracto urinario como obstrucción urinaria baja, vejiga neurogénica, glucosuria asociada a comorbilidad como diabetes mellitus, inmunosupresión secundaria a quimioterápicos, inmunomoduladores o desnutrición calórica proteica. La cistitis enfisematosa es una patología grave que puede conllevar importante repercusión sistémica. Las manifestaciones clínicas varían desde pacientes asintomáticos o síntomas irritativos a shock séptico. Es necesario solicitar pruebas de imagen con el objetivo de descartar complicaciones tales como fistulas vesicovaginales o uretrales, gangrena de Fournier, abscesos abdominales, peritonitis, pneumoperitoneo o pielonefritis enfisematosa. Por ello, es fundamental un diagnóstico precoz ante hallazgos como neumaturia o gas intraluminal con el objetivo de introducir antibioterapia de forma temprana.

**Objetivos:** se trata de poner de manifiesto la gravedad del cuadro infeccioso sistémico en la cistitis enfisematosa que requiere un manejo diagnóstico terapéutico precoz.

**Material y métodos:** revisión bibliográfica de cistitis enfisematosa a propósito de un caso de paciente en la práctica clínica diaria. Se realiza la búsqueda en bases de datos como PubMed y Cochrane.

**Resultados:** Pueden ser necesarias medidas de soporte y drogas vasoactivas en unidades de cuidados intensivos según evolución. Inicialmente se benefician de tratamiento conservador y derivación de vía urinaria. El tratamiento quirúrgico queda limitado a complicaciones severas como fistulas necrotizantes, abscesos o coexistencia de afectación de tracto urinario superior. Tras un diagnóstico y tratamiento antibiótico precoz el paciente fallece pasados meses debido a su causa oncológica.

**Conclusiones:** la cistitis enfisematosa es una entidad poco frecuente, grave y requiere

un diagnóstico y tratamiento precoz, así como un seguimiento regular de estos pacientes con cistoscopia y biopsias.

## 09:50h RESULTADOS Y SEGURIDAD DEL HOLEP. ¿IMPACTA LA DOCENCIA EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES?

Carmina Muñoz Bastidas, M.D. Tapia Tapia, A. Calva López, V. Talavera Cobo, J. Colombras Vives, C. Gutierrez Castañe, J. Ancizu Marckert, L. Labairu Huerta, J.E. Robles García, M. Torres Roca, E. Gordo Flores, F. Diez Caballero Alonso, D. Sanchez Zalabardo, B. Miñana López.

*Clinica Universidad de Navarra, Pamplona*

**INTRODUCCIÓN:** La enucleación prostática con láser de holmio (HoLEP) se ha instaurado en nuestro centro como la técnica principal para el tratamiento desobstructivo de la próstata.

**OBJETIVO:** Evaluar el perfil del paciente, los resultados y la seguridad de la técnica durante el inicio de un programa formación de residentes en HoLEP.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Revisamos de forma retrospectiva 152 casos de HoLEP durante el año 2021 en la Clínica Universidad de Navarra. La intervención fue realizada por un cirujano experto, así como 2 residentes iniciándose en la técnica, con enucleación bilobular con fuente Lumenis Pulse 100H y el morcelador Storz DrillCut-X II. Se recogen y analizan las características preoperatorias y comorbilidades del paciente y las complicaciones postoperatorias.

**RESULTADOS:** La edad media fue de 68.8 años (47-92), en la valoración pre anestésica fueron clasificados como ASA 1-2 el 74.3% y ASA 3-4 el 25.7%. La toma de anticoagulantes orales se encontró en el 13.8% y de antiagregantes en el 11.2%. El tamaño prostático medio fue de 86.1cc (26-275) con un PSA total preoperatorio medio de 4.67ng/mL (0.34- 16.1), 29% tenían una intervención prostática previa y 18.4% eran portadores de sonda vesical. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 94 min (40- 259 min) y no se registraron complicaciones intraoperatorias. El descenso medio de hemoglobina fue de 2g/dL y ningún paciente requirió transfusión sanguínea; la mediana de estancia hospitalaria fue de 48 horas y la mediana del tiempo de sondaje de 46h, con una continencia precoz del 69.1% tras la retirada de la sonda y un flujo máximo medio de 12.9%. La tasa de complicaciones postoperatorias fue del 20% (31/152 pacientes), siendo el 96% complicaciones menores Clavien-Dindo I-II (y 6% Clavien IIIb. El único factor que demostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de complicaciones fue la edad ( $p=0.03$ ).

**CONCLUSIONES:** La enucleación prostática con laser Holmio durante el inicio de un programa de formación de residentes demostró ser una técnica segura y reproducible en independientemente de las comorbilidades del paciente.





## Organiza



XXVI AUNAR

## Junta Directiva AUNAR

*Presidente:*

Francisco Monzón Alebesque

*Vicepresidente:*

Daniel Sánchez Zalabardo

*Secretaria-Tesorera:*

Elena Carceller Tejedor

*Vocal Aragón:*

Patricia Serrano Frago

*Vocal Navarra:*

Manuel Montesino Semper

## Colaboran



J&J Innovative Medicine



## SEDE

AC HOTEL CIUDAD DE TUDELA

Misericordia, s/n 31500

Tudela Navarra

## SECRETARÍA TÉCNICA

Proyectos y Personas, eventos S.L.U.

C/ Ibón de Estanés, 2, local 50011 Zaragoza

T. 876 160 347

[eventos@proyectosypersonas.es](mailto:eventos@proyectosypersonas.es)

[www.proyectosypersonas.es](http://www.proyectosypersonas.es)