

XLIII Reunión Manchego-Extremeña de Urología

Sesión: Sesión de posters 3

Moderadores: A.M. Soto Poveda y M. Segura Martín

Sala: Plenaria; Día: 16 de octubre; Hora: 16:00-17:30

P-27: METASTATIZACIÓN A NIVEL VESICAL INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Aguilar, A; Carmona Piña, C; Palacio Villamagua, P.A; Luque Moreno, J; Rodríguez Jauregualde, V; Pérez Cervera, J; Cabo González, J.A; Albano del Pozo, A.B; Manzanedo Bueno, M.F; Gordillo Morera, B.M

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

P-28: Metástasis testicular de tumor primario de pulmón tras remisión completa. A propósito de un caso.

Rodríguez Elena, José Luis; Aranda Pérez, Javier; Pareja Peña, Fernando; Ferrer López, Ana Isabel; Murgui Rodríguez, María; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruíz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, Maria Inmaculada

Hospital Universitario de Cáceres

P-29: Enfermedad de Paget escrotal. A propósito de un caso

Rodríguez Elena, José Luis; Aranda Pérez, Javier; Pareja Peña, Fernando; Ferrer López, Ana Isabel; Murgui Rodríguez, María; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruíz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, Maria Inmaculada

Hospital Universitario de Cáceres

P-30: Uso de everolimus en el manejo de angiomiolipomas renales bilaterales en complejo de esclerosis tuberosa. A propósito de un caso.

Castellanos Donoso, P.; Pacheco Moreno, M.; Parra Serván, P.; Cantero González, N.; Parra Escobar, J.L.

Servicio de Urología. Hospital de Mérida, Badajoz.

P-31: Puesta en marcha de la consulta de oncogeriatría en el Hospital General Universitario de Ciudad Real. Experiencia en el paciente urológico

Martinón Torres G.; Calahorra Fernández L.; Martín Márquez J.; Gil Moreno J.; Parras García de León N.; García Carreño E.; Esquinas Requena J.L; Mazoterías Muñoz, V.; De La Rubia Molina C.; Madrid López M.T.; Pantin González E.; Merchan Ordoñez V.; López Sánchez D.; Pérez Utrilla Pérez M.A.; Puerto Puerto A. L.; Lara Isla A.; Pérez Cadavid S.

Hospital General Universitario de Ciudad Real /Facultad de Medicina de Ciudad Real
(Universidad de Castilla-La Mancha)*

P-32: Serie de casos de priapismos según diferentes etiologías y sus principales diferencias; inyección intracavernosa, invasión tumoral y LMC.

Ferrer Lopez. A.I; Machado Rodriguez, G.A.; Lopes Alves Pinto de Almeida, J.B.; Rodriguez Rodriguez, M.A.; Bravo Fernandez, M.I.; Olivares Perez del Olmo, J.; Murgui Rodriguez, M.; García, L.; Rodriguez Elena, J.L.; Aranda Perez, J.; Parejo Peña, F.; Roldán Santos, P.; Andrés García Amorós, D.

HUC

P-33: INCISIÓN SOBRE PLACA FIBROSA Y USO DE INJERTO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE SEVERA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Legido Gómez, Ó.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Martínez Sanchíz, C.; Carrión López, P.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA)

P-34: Carcinoma verrucoso de pene. A propósito de un caso.

Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Lorenzo Romero, J.G.; Fernández Anguita, P.J.; Legido Gómez, O.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jimenez, S.; Carrión López, P.; Martínez Sanchiz, C.; Martínez Ruíz, J.; Moreillo Vicente, L.; Salinas Sánchez, A.S.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

P-35: ESTUDIO DE MASA EXTRATESTICULAR PARAESCROTAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Campos Valverde, D.; Damas Arroyo, F.J.; López Sánchez, D.; Grande Murillo, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Puerto Puerto, A.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; Perez Cadavid, S.; Lara Isla, A.; Pemintel Cussi, J.J.; Calahorra Fernandez, L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real

P-36: HEMATOMA PERIRRENAL TRAUMÁTICO

Luque Moreno, J.; Palacio Villamagua, P. A.; Carmona Piña, C.; Gutiérrez Aguilar, A.; Rodríguez Jauregualde, V.; Cabo González, J. A.; Mariño del Real, J.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

P-37: Serie de casos de sangrado retroperitoneal espontáneo o síndrome de Wunderlich

Campos Valverde, D.; Damas Arroyo, F.J.; López Sánchez, D.; Grande Murillo, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Puerto Puerto, A.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; Perez Cadavid, S.; Lara Isla, A.; Calahorra Fernandez, L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real

P-38: ESTUDIO DEL SUBTIPO DE ECTOPIA RENAL COMO FACTOR DE RIESGO DE REFLUJO VESICO-URETERAL, LITIASIS E INFECCIÓN

Campos Valverde, D.; González Gallego, C.; López Sánchez, D.; Gómez García, I.; Damas Arroyo, F.J.; Grande Murillo, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Perez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; Lara Isla, A.; Calahorra Fernandez, L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real y Hospital Virgen de la Salud

P-39: AFECTACIONES UROLÓGICAS COMPLEJAS EN EL SÍNDROME DE TURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Aguilar, A.; Carmona Piña, C.; Palacio Villamagua, P.A.; Luque Moreno, J.; Rodríguez Jauregualde, V.; Cabo González, J.A.; Albano del Pozo, A.B.; Manzanedo Bueno, M.F.; Gordillo Morera, B.M

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

P-40: Infarto renal tras traumatismo renal, a propósito de un caso

Casa Valencia, M; Pérez Cadavid, S; Damas Arroyo, F; Grande Murillo, D; Campos Valverde, D; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Pérez-Utrilla Pérez M; López Sánchez, D; Lara Isla, A; Puerto Puerto, A; Calahorra Fernández, L

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real.

P-41: Hemorragia suprarrenal aguda. A propósito de un caso

García Torres, A; Pérez Cadavid, S; Puerto Puerto, A; Grande Murillo, D; Campos Valverde, D; Higuero Acevedo, D; Casa Valencia, M; Damas Arroyo, F.J; López Sanchez, D; Pérez-Utrilla Pérez, M; Calahorra Fernández, L

Hospital General Universitario de Ciudad Real

V-42: RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA URGENTE DE UNA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

Aranda Pérez, J; Pareja Peña, F; Rodríguez Elena, J.L.; Ferrer López, A.I.; García Martín, L.A.; Rodríguez Romero, M.A.; Lopes Alves, J.B.; Murgui Rodríguez, M; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Bravo Fernández, I

Hospital Universitario de Cáceres

METASTATIZACIÓN A NIVEL VESICAL INUSUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Aguilar, A; Carmona Piña, C; Palacio Villamagua, P.A; Luque Moreno, J; Rodríguez Jaureguialde, V; Pérez Cervera, J; Cabo González, J.A; Albano del Pozo, A.B; Manzanedo Bueno, M.F; Gordillo Morera, B.M

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres a nivel mundial, presentando una alta tasa de mortalidad debido a su rápida capacidad de propagación a otros órganos. En la mayor parte de los casos esta tumoración suele metastatizar a nivel óseo, no siendo la vejiga una localización común para este tipo de neoplasia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 68 años con antecedentes personales de carcinoma lobulillar de mama tratada con cuadrantectomía junto con radioterapia, quimioterapia, y hormonoterapia, la cual precisa ingreso a cargo del Servicio de Urología por dolor lumbar junto con fracaso renal agudo, objetivándose en ecografía de urgencia engrosamiento vesical y ureterohidronefrosis grado II-III bilateral. En el estudio de extensión se objetiva masa pélvica de dudoso origen con metástasis óseas y hepáticas, siendo realizada primera biopsia a nivel hepático sin obtener resultados esclarecedores. Posteriormente se realiza resección transuretral vesical con diagnóstico anatomopatológico de infiltración por carcinoma de origen mamario.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama metastásico es una enfermedad que clínicamente presenta manifestaciones muy variables de acuerdo a su localización y gravedad. Las metástasis vesicales por carcinoma de mama son infrecuentes, correspondiéndose la mayoría de las mismas a carcinoma lobulillar secundario, simulando un comportamiento y apariencia similar a la variante más atípica de carcinoma urotelial. Este tipo de diseminación de células tumorales a vejiga, no es una ocurrencia clínica común y podría deberse a pequeños émbolos tumorales.

CONCLUSIONES

Dentro de los focos primarios que generen metástasis a nivel vesical los más comunes actualmente son el tracto genitourinario, el colon y el recto, siendo el melanoma la neoplasia más común en los casos de focos distantes. Aunque las metástasis a nivel vesical por carcinoma de mama son infrecuentes, la literatura revela un discreto aumento de esta ocurrencia actualmente, transcurriendo varios años desde el diagnóstico primario con asociación de otros focos metastásicos. El diagnóstico definitivo de metástasis a nivel vesical por cáncer mamario suele ser complejo, lo que plantea un desafío importante para los distintos profesionales médicos implicados.

Metástasis testicular de tumor primario de pulmón tras remisión completa. A propósito de un caso.

Rodríguez Elena, José Luis; Aranda Pérez, Javier; Pareja Peña, Fernando; Ferrer López, Ana Isabel; Murgui Rodríguez, María; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruíz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, Maria Inmaculada

Hospital Universitario de Cáceres

INTRODUCCIÓN:

Las lesiones metastásicas testiculares, excluyendo linfoma y leucemia son extremadamente raras. En la mayoría de los casos son incidentalmente diagnosticados tras análisis anatomopatológico de pieza de orquiectomía radical ante sospecha de tumor sincrónico testicular.

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Paciente de 74 años. Con antecedente personal de Diabetes Mellitus tipo 2, dislipemia y enfermedad arterial periférica. Exfumador.

En Enero de 2019 en contexto de clínica de hemoptisis y disfonía se diagnostica de tumor pulmonar bilateral.

Se realiza Neumonectomía izquierda + resección atípica de lóbulo superior derecho + linfadenectomía. Anatomía patológica de pulmón izquierdo de carcinoma neuroendocrino de célula grande combinado. Pulmón derecho adenocarcinoma.

Se realiza tratamiento quimioterápico adyuvante con carboplatino.

Acude al servicio de urgencias por lesión cutánea en hemiescrotos izquierdo + exudado hemático-purulento. Se realiza tratamiento antibiótico.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

A la exploración física se observa en hemiescrotos izquierdo, zona ulcerada, masa fija y dura que se extiende a canal inguinal izquierdo.

En ecografía escrotal se visualiza cordón inguinal izquierdo aumentado de calibre. Bolsa escrotal ocupada por masa heterogénea, vascularizada.

Se indica biopsia de dicha lesión en diciembre de 2020 con anatomía patológica de carcinoma neuroendocrino de célula grande.

Se realiza PET TC de control en enero de 2021. Objetivando masas hipermetabólicas en canal inguinal izquierdo y en lado izquierdo de bolsa escrotal sugestivas de malignidad.

Se decide exéresis de masa. En marzo de 2021 se realiza orquiectomía radical izquierda + exéresis de masa inguinoescrotal. Anatomía patológica de metástasis dérmica de tumor indiferenciado de células grandes con marcadores neuroendocrinos. Conglomerado adenopático con nidos metastásicos.

En postoperatorio se realiza curetaje por parte de cirugía plástica por gangrena de Fournier.

Se propone tratamiento quimioterápico adyuvante.

RESULTADOS:

Tras exéresis de lesión metastásica se decide tratamiento adyuvante quimioterápico con carboplatino + gemcitabina obteniéndose una buena respuesta. Se realiza PET TC en abril de 2021 sin hallazgos patológicos. Marcadores tumorales dentro de normalidad.

Palabras clave: Carcinoma neuroendocrino, carcinoma de pulmón, neumonectomía, carboplatino, metástasis escrotal

Enfermedad de Paget escrotal. A propósito de un caso

Rodríguez Elena, José Luis; Aranda Pérez, Javier; Pareja Peña, Fernando; Ferrer López, Ana Isabel; Murgui Rodríguez, María; Lopes Alves Pinto de Almeida, Joao Bernardo; García Martín, Luis Alberto; Rodríguez Romero, Miguel Armando; Machado Fernández, Gabriel Alejandro; García Amorós, Daniel Andrés; Roldán Santos, Pablo; Olivares Ruíz del Olmo, Jesús Ángel; Bravo Fernández, Maria Inmaculada

Hospital Universitario de Cáceres

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad de Paget extramamaria es una neoplasia intraepitelial poco común que se presenta clínicamente en forma de lesiones eccematosas que aparecen en localizaciones cutáneas ricas en glándulas sudoríparas apocrinas. Histopatológicamente se caracterizan por la presencia de células grandes con citoplasma amplio. A diferencia de la enfermedad de Paget mamaria, la extramamaria se relaciona con cáncer anexial subyacente en 24-33% de los casos y con cáncer visceral a distancia en 12-15%.

HALLAZGOS CLÍNICOS:

Paciente de 69 años. En estudio por hematología por síndrome leucoeritroblástico.

Presenta lesión eccematosa de 2 cm móvil, cutánea, bien delimitada a nivel escrotal derecho que se asocia a sangrado espontáneo.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

Se realiza biopsia de dicha lesión con anatomía patológica de enfermedad de Paget extramamaria escrotal.

Estudio de extensión sin datos de enfermedad a distancia. En abril de 2020 se realiza exéresis de lesión con anatomía patológica de enfermedad de Paget extramamaria secundaria a carcinoma epitelial infiltrante. Inmunohistoquímica concordante con Paget primario (CK7+, Cam 5.3+, CK35+; B12+, HER 2+). Infiltración de dermis superficial y profunda hasta subcutáneo.

En PET TC de control en mayo de 2020 se objetivan adenopatías mediastínicas + retroperitoneales +inguinales.

Esplenomegalia hipermetabólica. Sospecha de infiltración linfoproliferativa.

Estudio por parte de hematología con diagnóstico de síndrome mielodisplásico vs mieloproliferativo sincrónico.

Tratamiento con azacitidina.

RESULTADOS.

La enfermedad de Paget extramamaria es una enfermedad rara. Un alto índice de sospecha combinado con histología y corroborado con diagnóstico inmunohistoquímico es esencial para un diagnóstico de certeza. El tratamiento de elección es quirúrgico. El seguimiento a largo plazo es fundamental para identificar posible recurrencia o concurrencia de malignidad.

Palabras claves. Enfermedad de Paget, Paget extramamario, Carcinoma epitelial, escroto

Uso de everolimus en el manejo de angiomiolipomas renales bilaterales en complejo de esclerosis tuberosa. A propósito de un caso.

Castellanos Donoso, P.; Pacheco Moreno, M.; Parra Serván, P.; Cantero González, N.; Parra Escobar, J.L.
Servicio de Urología. Hospital de Mérida, Badajoz.

El Complejo de Esclerosis Tuberosa (CET) es un trastorno genético de herencia autosómica dominante caracterizado por el crecimiento de tumores, habitualmente benignos, a nivel multisistémico como consecuencia de un fallo en la inhibición de la vía de mTOR (*mammalian Target Of Rapamycin*).

Entre las manifestaciones renales asociadas a CET destaca el desarrollo de angiomiolipomas, que en contraposición a los hallados en las formas esporádicas, suelen presentarse de forma bilateral y múltiple. Se ha observado un aumento de prevalencia y tamaño con el incremento de edad, acarreando diversas implicaciones a nivel clínico y pronóstico, como el mayor riesgo de hemorragia retroperitoneal o deterioro renal crónico.

Actualmente el uso de everolimus, fármaco inhibidor de mTOR, ha sido aprobado para el manejo terapéutico de angiomiolipomas renales bilaterales de gran tamaño asociados a CET aunque estos sean asintomáticos, mostrando resultados prometedores.

Presentamos el caso de una paciente de 30 años diagnosticada de CET en la infancia y remitida en edad adulta a consulta de Urología por angiomiolipomas renales bilaterales múltiples diagnosticados en ecografía; así mismo presentaba otras manifestaciones típicas de este trastorno como lesiones subependimarias cerebrales, rabdomioma cardíaco, astrocitomas retinianos, angiofibromas cutáneos y linfangioleiomiomatosis pulmonar. Se realizó ampliación de estudio y RMN donde se confirmaba la presencia de dichas masas tumorales a nivel renal, la mayor de 10.2x6.1x5.4cm con presencia de microaneurismas asociados, decidiéndose, según las recomendaciones de la *International Tuberous Sclerosis Complex Consensus Conference* en 2012, el inicio de tratamiento con everolimus en dosis de 10mg/día.

Durante el seguimiento, en la RMN de control al 6º mes de tratamiento se ha observado una disminución de tamaño significativa de los angiomiolipomas renales, presentando, el ya mencionado, un diámetro mayor de 6cm; además de una mejora de las lesiones cutáneas.

El efecto adverso más significativo ha sido el desarrollo de neutropenia grado 3, que obligó a suspender el tratamiento hasta normalización de valores, reiniciándose posteriormente a mitad de dosis (5mg/día), sin afectar a la reducción de los angiomiolipomas.

Como conclusión, podemos afirmar que hasta el momento el tratamiento con everolimus está produciendo un efecto beneficioso, aunque se debe continuar con el seguimiento.

Puesta en marcha de la consulta de oncogeriatría en el Hospital General Universitario de Ciudad Real.**Experiencia en el paciente urológico**

Martinón Torres G.; Calahorra Fernández L.; Martín Márquez J.; Gil Moreno J.; Parras García de León N.; García Carreño E.; Esquinas Requena J.L.; Mazoterías Muñoz, V.; De La Rubia Molina C.; Madrid López M.T.; Pantin González E.; Merchan Ordoñez V.; López Sánchez D.; Pérez Utrilla Pérez M.A.; Puerto Puerto A. L.; Lara Isla A.; Pérez Cadavid S.

Hospital General Universitario de Ciudad Real /Facultad de Medicina de Ciudad Real (Universidad de Castilla-La Mancha*

Introducción

El aumento de la esperanza de vida y el alto nivel de la atención sanitaria conlleva que cada vez se diagnostiquen más enfermedades neoplásicas en pacientes de edad avanzada, con un buen estado funcional y una expectativa de vida razonable. Con la finalidad de valorar de manera global, y no solo con el criterio de la edad, al paciente geriátrico con patología oncológica, existe la herramienta de la valoración geriátrica integral (VGI) que ayuda a decidir que pacientes se pueden beneficiar de tratamientos quirúrgicos, radioterápicos y/o quimioterápicos adaptados, con intención curativa de acuerdo con su situación basal funcional, cognitiva, social, comorbilidades y su expectativa de vida. La oncogeriatría ha surgido con fuerza y se ha convertido en una realidad necesaria.

Material y método

La valoración oncogeriatría se realiza en Consultas Externas. Para la derivación del paciente se emplean inicialmente herramientas de screening específicas (VES13, G8, Balducci) que ayudan a seleccionar a aquellos pacientes que se beneficiarán de la VGI. La VGI es un examen multidimensional que evalúa mediante test y escalas validadas las distintas esferas del paciente. La valoración funcional se realiza mediante la aplicación de índice de Barthel y Katz, Lawton y Brody, valoración fragilidad con SPPB, time up and go, FRAIL. A nivel cognitivo se emplea Pfeiffer y MiniCog. Se recogen datos nutricionales mediante MNA, y se valoran comorbilidades con el Índice de Charlson. Se completa estudio con analítica completa que incluye sistemático de sangre, VSG, función renal, iones, función hepática, perfil lipídico perfil anemia, hormonas tiroideas, PTH y vitamina D. Una vez realizado todo el examen, el paciente se clasifica en paciente robusto, frágil y dependiente, y se identificarán las causas potencialmente reversibles que pueden mejorar la situación funcional del paciente, para que mediante la pre habilitación, se puedan beneficiar de un tratamiento oncológico estándar o adaptarlo según sus cualidades. La decisión es compartida con los médicos responsables de la aplicación de la terapia oncológica.

Resultados

Se presenta los resultados de la aplicación de la valoración geriátrica integral del paciente oncológico urológico. Los pacientes remitidos con edad igual o superior a 75 años que van a ser sometidos a cirugía radical: cistectomía, nefrectomía, prostatectomía y nefroureterectomía. En los últimos meses se están realizando valoraciones de pacientes con cáncer de próstata avanzado susceptible de tratamiento con quimioterapia o nuevos antiandrógenos. Los informes de posicionamiento terapéutico y los protocolos de las sociedades científicas, incorporan la VGI en el proceso de selección del tratamiento.

Conclusión

La valoración oncogeriatría ha demostrado su utilidad para una decisión más adaptada a las características del paciente anciano oncológico, permitiendo detectar las áreas de vulnerabilidad del enfermo, y su grado de reversibilidad, mejorando la situación mediante la intervención geriátrica en la pre habilitación.

Serie de casos de priapismos según diferentes etiologías y sus principales diferencias; inyección intracavernosa, invasión tumoral y LMC.

Ferrer Lopez, A.I; Machado Rodriguez, G.A.; Lopes Alves Pinto de Almeida, J.B.; Rodriguez Rodriguez, M.A.; Bravo Fernandez, M.I.; Olivares Perez del Olmo, J.; Murgui Rodriguez, M.; García, L.; Rodriguez Elena, J.L.; Aranda Perez, J.; Parejo Peña, F.; Roldán Santos, P.; Andrés García Amorós, D.

HUC

El priapismo es una entidad rara de características urgentes que se asocia sobre todo a la ingesta o inyección intracavernosa de fármacos o drogas. Existen sin embargo otras causas de la misma que deben estar en el diagnóstico diferencial como el origen hematológico o tumorales.

Presento 3 casos clínicos de diferentes etiologías; inyección de drogas intracavernosas, priapismo como debút de LMC, invasión tumoral por proximidad para evaluar la diferencia entre el diagnóstico, el tratamiento y la evolución según la etiología casuante del cuadro

INCISIÓN SOBRE PLACA FIBROSA Y USO DE INJERTO COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE SEVERA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Legido Gómez, Ó.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jiménez, S.; Díaz de Mera Sánchez-Migallón, I.; Martínez Sanchíz, C.; Carrión López, P.; Martínez Ruiz, J.; Salinas Sánchez, A.S.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE (CHUA)

OBJETIVO: Evaluación del resultado del tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de La Peyronie severa (incurvación peneana cuyo ángulo es mayor de 60 grados).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se exponen dos casos clínicos de pacientes afectos de Enfermedad de La Peyronie severa en fase estable, ambos con una placa fibrosa dorsal en base peneana que ocasiona incurvación dorsal de aproximadamente 80 grados junto con incurvación lateral de unos 20 grados en *test de Kelami* farmacológico y que son intervenidos practicando corporoplastia de incisión e injerto de parche de pericardio bovino. Ninguno de ellos refería síntomas de disfunción eréctil.

RESULTADOS

Previamente a intervención, se procede a medición de longitud peneana, así como curvatura mayor, menor y curvatura dorsolateral. Una vez finalizada se realiza nueva medición.

	Paciente 1	Paciente 2
Longitud peneana previa (mm)	118	112
Longitud peneana final (mm)	115	130
Curvatura mayor (mm)	58	55
Curvatura menor (mm)	23	25
Curvatura dorsal (°)	80	80
Curvatura lateral izquierda (°)	20	20

Se realiza *degloving* peneano e incisión parauretral bilateral de fascia de Buck con disección completa de paquete vasculonervioso dorsal. A continuación, se realiza una incisión *en doble Y* según *técnica de Egdioen* placa albugínea cavernosa y sutura de parche de pericardio bovino previamente confeccionado (con un 20% de exceso). Finalmente, se realiza *test de Gites* comprobado corrección completa, sutura de fascia de Buck y postectomía con posterior colocación de sonda vesical y vendaje compresivo.

A las 72 horas los pacientes son evaluados comprobando evolución favorable e indicándose ejercicios de tracción autoadministrados, extensor peneano durante 3 horas diarias y tratamiento con tadalafilo 5 mg/24 h.

En la revisión realizada a los 3 y 6 meses tras la intervención ambos sujetos presentan erecciones plenas no dolorosas sin incurvación peneana.

CONCLUSIONES

La corporoplastia de incisión e injerto de parche de pericardio bovino es una técnica con alta efectividad en la corrección de la enfermedad de La Peyronie severa en pacientes sin disfunción eréctil.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad de la Peyronie, tratamiento quirúrgico, injerto, pericardio bovino.

Carcinoma verrucoso de pene. A propósito de un caso.

Díaz de Mera Sánchez Migallón, I.; Lorenzo Romero, J.G.; Fernández Anguita, P.J.; Legido Gómez, O.; Rico Marco, S.; Lorenzo Sánchez, M.V.; Navarro Jimenez, S.; Carrión López, P.; Martínez Sánchez, C.; Martínez Ruíz, J.; Moreillo Vicente, L.; Sálina Sánchez, A.S.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

Introducción:

El condiloma acuminado o tumor de Buschke – Lowenstein es una lesión premaligna que puede progresar a carcinoma verrucoso de pene, variante caracterizada por tratarse de una lesión maligna con afectación local pero escaso potencial de afectación a distancia. Se describe un caso diagnosticado y tratado en nuestro Servicio.

Caso clínico:

Varón de 61 años sin antecedentes de interés, remitido a consulta por lesión en glande de más de 5 cm, con posible afectación de cuerpo peneano distal y palpación de adenopatías en región inguinal superficial derecha que se confirman en TC de extensión. La biopsia de la lesión informa de condiloma acuminado, con presencia microscópica de hiperqueratosis y coilocitos.

Se realiza penectomía parcial con linfanectomía inguinal superficial y profunda derecha laparoscópica que, en biopsia intraoperatoria, confirma ausencia de malignidad a nivel ganglionar. El resultado histológico de la pieza quirúrgica es de carcinoma verrucoso con afectación de cuerpo esponjoso y margen quirúrgico negativo, sin afectación de la muestra ganglionar analizada pT2N0. Durante el seguimiento, tras control con exploración física y pruebas de imagen (TC), el paciente se encuentra, en el momento actual, libre de enfermedad.

Comentario:

El carcinoma verrucoso de pene se considera una variante infrecuente de carcinoma escamoso, suponiendo entre el 3 – 8 % del total. Se asocia a infección por HPV y condiloma acuminado como lesión premaligna y destaca por tratarse de una neoplasia con bajo potencial de afectación a distancia, siendo excepcionales las metástasis. Por tanto, es un tipo de lesión que presenta buen pronóstico con el tratamiento local.

ESTUDIO DE MASA EXTRATESTICULAR PARAESCROTAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Campos Valverde, D.; Damas Arroyo, F.J.; López Sánchez, D; Grande Murillo, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Puerto Puerto, A.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; Perez Cadavid, S.; Lara Isla, A.; Pemintel Cussi, J.J.; Calahorra Fernandez, L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

El tumor testicular representa el 0.5-1% de los tumores en el varón. Sin embargo, entre los 15 y los 35 años representa, junto con los linfomas, los tumores más frecuentes del sexo masculino. La supervivencia de estos tumores a los 5 años es del 95% que disminuye hasta el 60-70% en el caso de que presenten metástasis en el momento del diagnóstico (0.8-2.3%).

En el caso de los tumores escrotales, los tumores testiculares corresponden al 98% del total mientras que los paratesticulares corresponden solamente a un 2%.

Dentro de los tumores paratesticulares el 70% son benignos y un 30% malignos. Los tumores benignos más frecuentes son el lipoma (66%), tumor adenomatoide, leiomioma, fibroma y hemangioma. En el caso de los tumores malignos destacan el rhabdomyosarcoma, leiomyosarcoma, liposarcoma y el fibrosarcoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Comentaremos el caso de un varón de 16 años que acude a la consulta de urología derivado por su médico de familia por masa paratesticular asintomática.

RESULTADOS

Paciente con antecedentes de obesidad e hipotiroidismo que acude a la consulta por masa paratesticular izquierda asintomática. Se realizó estudio con marcadores tumorales, siendo estos normales, ecografía escrotal y resonancia magnética. En la ecografía y resonancia informan de masa extratesticular intraescrotal de 54 x 68 x 85 mm con hallazgos sugieren lesión quística compleja que no impresiona de malignidad, pero no permite descartarla y recomiendan exéresis quirúrgica.

Se realiza la intervención quirúrgica por vía inguinal con control del cordón espermático y se disecciona por el plano de separación con el testículo izquierdo objetivando la ausencia de invasión. Se extirpa la masa paratesticular y se comprueba la integridad del testículo izquierdo.

En el informe anatomopatológico se observa que la masa paratesticular corresponde con quiste dermoide. Tras la recuperación el paciente es valorado en consultas y dado de alta.

CONCLUSIÓN

Los tumores paratesticulares plantean un diagnóstico diferencial muy amplio entre los que se incluyen hernias inguinales, testículo supranumerario, tumores benignos, malignos e incluso aneurismas de la arteria femoral. Debido a esta gran variabilidad de diagnósticos es preciso un estudio diagnóstico exhaustivo e incluso la exéresis quirúrgica y el estudio posterior anatomopatológico.

HEMATOMA PERIRRENAL TRAUMÁTICO

Luque Moreno, J.; Palacio Villamagua, P. A.; Carmona Piña, C.; Gutiérrez Aguilar, A.; Rodríguez Jauregui, V.; Cabo González, J. A.; Mariño del Real, J.

Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

Introducción: Los traumatismos renales son la afectación traumática más frecuente en urología, siendo una de sus consecuencias el desarrollo de hematomas perirrenales por la lesión del parénquima renal o de su vasculatura.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 53 años, que acude al Servicio de Urgencias por fiebre y dolor en fosa renal derecha que aumenta de forma progresiva, a raíz de una caída 4 días antes, con sospecha ecográfica de hematoma perirrenal. Se realiza TAC de abdomen urgente con hallazgo de: "Gran hematoma retroperitoneal derecho con efecto de masa muy significativo sobre la celda renal, de forma que el riñón derecho está comprimido. El hematoma tiene una densidad elevada, en relación con sangrado, y es dishomogéneo, debido a sangrado en diferentes fases. No se ven signos de sangrado activo". Ante el buen estado clínico-analítico y la estabilidad hemodinámica, se opta por una estrategia terapéutica conservadora. Días después, tras desarrollo de fiebre y necesidad de sucesivas transfusiones sanguíneas, se decide intervención quirúrgica, realizándose una evacuación del hematoma y una correcta hemostasia del lecho quirúrgico, con posterior evolución favorable.

Discusión: los hematomas renales en el contexto de traumatismos son una patología que requiere una valoración urgente del paciente, ya que, en los casos más graves, puede comprometer su vida de forma aguda, requiriendo una actitud terapéutica agresiva urgente. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los hematomas pueden manejarse de manera conservadora, mediante reposo absoluto, tratamiento antibiótico y, en algunas ocasiones, angiembolización selectiva del vaso sangrante.

Conclusiones

- Importancia de las constantes vitales para la detección de cuadros urgentes
- Utilidad de las pruebas de imagen en la detección de sangrado activo.
- Ante discrepancia clínico-radiológica, la clínica marca la actitud a seguir.

Serie de casos de sangrado retroperitoneal espontáneo o síndrome de Wunderlich

Campos Valverde, D.; Damas Arroyo, F.J.; López Sánchez, D; Grande Murillo, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Puerto Puerto, A.; Pérez-Utrilla Pérez, M.; Perez Cadavid, S.; Lara Isla, A.; Calahorra Fernandez, L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

El sangrado retroperitoneal espontáneo (o Síndrome de Wunderlich SW) consiste en un sangrado a nivel del retroperitoneo sin causa aparente. El SW es un síndrome raro con una frecuencia que varía del 0.1-0.6%. El SW presenta una sintomatología anodina puede llevar al retraso del diagnóstico resultando en shock hipovolémico e incluso la muerte.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es analizar los principales factores de riesgo del SW en tres casos ocurridos en el Hospital General Universitario de Ciudad Real (HGUCR) de cara a un mejor diagnóstico y tratamiento de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron los pacientes que presentaron sangrado retroperitoneal espontáneo durante los años 2018 y 2019 en el HGUCR.

Se trata de un estudio transversal en el que obtenemos las variables demográficas (edad, sexo), diálisis, toma de anticoagulantes, antecedentes de trasplante, amiloidosis, artritis reumatoide, hipertensión, Diabetes Mellitus y dislipemia.

Dentro de los principales factores de riesgo, analizados en estudios previos, se encuentran pacientes anticoagulados o en hemodiálisis.

RESULTADOS

Se incluyeron 3 pacientes con una edad media de $60,67 \pm 8,62$ que presentaron SW durante los años 2018 y 2019 en el HGUCR.

El caso 1 se presentó con sangrado retroperitoneal espontáneo intradiálisis y los casos 2 y 3 se presentaron con sangrado retroperitoneal espontáneo en sus domicilios a primera hora de la mañana sin traumatismo. Todos presentaron hipotensión, dolor en flanco, palidez, astenia y mal estar general asociado a anemia, elevación de creatinina y alteraciones de la coagulación. El caso 1 fue derivado a radiología vascular para embolización arterial y posterior ingreso en UCI. Los casos 2 y 3 ingresaron directamente en UCI.

Los 3 pacientes presentaron inestabilidad hemodinámica a pesar de drogas vasoactivas por lo que requirieron nefrectomía de urgencia. Todos los casos estaban en tratamiento con diálisis crónica, ya sea hemodiálisis o diálisis peritoneal.

CONCLUSIONES

El SW es una patología poco frecuente pero potencialmente mortal. A pesar de ser poco frecuente existen factores de riesgo como la diálisis o el tratamiento anticoagulante por lo que estos pacientes requerirán una vigilancia y seguimiento estrecho.

Sería interesante realizar nuevos estudios ampliando la muestra potenciales factores de riesgo.

ESTUDIO DEL SUBTIPO DE ECTOPIA RENAL COMO FACTOR DE RIESGO DE REFLUJO VESICO-URETERAL, LITIASIS E INFECCIÓN

Campos Valverde, D.; González Gallego, C.; López Sánchez, D; Gómez García, I.; Damas Arroyo, F.J.; Grande Murillo, D.; García Torres, A.; Higuero Acevedo, D.; Casa Valencia, M.; Perez Cadavid, S.; Puerto Puerto, A.; Lara Isla, A.; Calahorra Fernandez, L.

Hospital General Universitario de Ciudad Real y Hospital Virgen de la Salud

INTRODUCCIÓN

La ectopia renal es una patología poco frecuente con una incidencia 1:1000-7500 caracterizada por alteraciones en la localización anatómica por malformaciones en la migración embriológica de los riñones.

Existen subtipos de ectopia como la ectopia simple y la ectopia cruzada. La ectopia con fusión presenta seis subtipos: ectopia cruzada con fusión inferior, fusión superior, riñón sigmoideo, riñón en forma de "L" y riñón lump.

Es una patología asintomática. Cuando presenta complicaciones suele relacionarse con litiasis, reflujo vesicoureteral e infección.

Presentamos este estudio con el fin de estudiar una serie de casos de ectopia renal, junto a sus variantes anatómicas, y la incidencia de reflujo, litiasis e infecciones del tracto urinario.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 8 casos de ectopia renal del Hospital General Universitario de Ciudad Real y del Hospital Virgen de la Salud de 2015 hasta 2019.

Se recogieron las variables demográficas (edad y sexo), subtipo de ectopia renal, hipertensión, diabetes, dislipemia, reflujo vesicoureteral, litiasis e infección y se clasificaron como variables cualitativas.

Se analizaron las variables mediante la prueba de Chi-Cuadrado. Se seleccionó como significación estadística un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se observó que la edad media era de 49 años con una desviación típica de 32,75.

Los pacientes mayores de 18 años presentaron el subtipo de ectopia renal cruzada con fusión renal. En los menores de 18 años se observó más variabilidad observando ectopia renal cruzada con fusión, ectopia renal derecha y riñón en torta o "pancake".

El análisis de Chi-Cuadrado buscó relación entre subtipo de ectopia renal y las variables: reflujo vesicoureteral, infección y litiasis.

Se obtuvo una relación estadísticamente significativa para el subtipo de ectopia y reflujo vesicoureteral con un $p = 0,046$.

El resto de los análisis obtuvieron $p > 0,05$ siendo estadísticamente no significativos aunque destacando la relación entre HTA y subtipo de ectopia con una $P = 0,072$.

CONCLUSIONES

La presencia de ectopia renal podría considerarse factor de riesgo para desarrollar reflujo vesicoureteral, por lo tanto, convendría realizar seguimiento de estos pacientes.

Es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes para confirmar hallazgos y encontrar una posible relación entre ectopia renal e HTA.

AFECTACIONES UROLÓGICAS COMPLEJAS EN EL SÍNDROME DE TURNER: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gutiérrez Aguilar, A; Carmona Piña, C; Palacio Villamagua, P.A; Luque Moreno, J; Rodríguez Jaureguialde, V; Cabo González, J.A; Albano del Pozo, A.B; Manzanedo Bueno, M.F; Gordillo Morera, B.M

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE BADAJOZ

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Turner, también conocido como síndrome de hipoplasia ovárica congénita, es la anomalía cromosómica sexual más común que se encuentra en las mujeres, originada por la pérdida parcial o total de un cromosoma X. Las anomalías renales son frecuentes en dicho síndrome, e incluyen malformaciones del sistema colector, anomalías posicionales y riñones en herradura, presentando una alta tasa de mortalidad, tres veces mayor que la población general.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una paciente mujer de 53 años de edad, con síndrome de Turner y antecedentes de riñón en herradura con litiasis vesicales y bolsón hidronefrótico derecho, la cual es derivada desde servicio de Urgencias por posible pielonefritis xantogranulomatosa junto con absceso perirrenal derecho. Al no ser posible en ese momento tratamiento percutáneo de dicha colección por falta de acceso seguro, se procede a colocación de catéter ureteral doble jota derecho, con posterior drenaje de la misma y exploración quirúrgica de la celda renal del hemirriñón derecho. La paciente posteriormente se mantiene con tratamiento antibiótico y es intervenida en segundo tiempo de heminefrectomía derecha.

DISCUSIÓN

Hasta en el 38% de los pacientes con síndrome de Turner se manifiestan las malformaciones congénitas del sistema urinario que incluyen alteraciones en el tejido renal, en el tracto urinario y en los vasos renales, siendo las más frecuentes las anomalías estructurales de rotación como el riñón en herradura o la fusión de los polos renales, los cuales se relacionan con el cariotipo 45,X; así como las malformaciones del sistema colector, duplicidad de pelvis y uréteres, frecuentemente asociadas a mosaicismos.

CONCLUSIONES

Aunque en muchos casos las malformaciones urinarias asociadas al Síndrome de Turner no tienen expresión clínica, si aumentan el riesgo de hipertensión, infecciones urinarias e hidronefrosis con el consiguiente riesgo de presentar daño renal crónico. La obstrucción debida a anomalías de la unión ureteropélvica puede conllevar a la aparición de hidronefrosis y aumentar el riesgo por lo tanto de pielonefritis, conduciendo en los casos más graves a exéresis de dicha unidad renal.

Infarto renal tras traumatismo renal, a propósito de un caso

Casa Valencia, M; Pérez Cadavid, S; Damas Arroyo, F; Grande Murillo, D; Campos Valverde, D; García Torres, A; Higuero Acevedo, D; Pérez-Utrilla Pérez M; López Sánchez, D; Lara Isla, A; Puerto Puerto, A; Calahorra Fernández, L
Servicio de Urología, Hospital General Universitario Ciudad Real.

Introducción

El traumatismo renal es el más frecuente del aparato genitourinario representando aproximadamente el 3- 5% de todos los traumatismos, sin embargo, la trombosis de la arteria renal es una complicación anecdótica.

El diagnóstico de elección es el TC abdominal con contraste, correspondiendo al grado IV de la AAST según últimas guías.

El tratamiento de la trombosis renal en el traumatismo renal es controvertido debido a la escasez de estudios y asociación con otros traumatismos, pudiéndose realizar tratamiento quirúrgico o conservador.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un varón de 28 años sin antecedentes de interés que sufre un accidente laboral con aplastamiento de zona abdominal y miembros inferiores por una plancha metálica de 2.000 kilogramos siendo derivado en helicóptero al Hospital, encontrándose hemodinámicamente estable en todo momento.

Analíticamente no presentaba alteraciones de la función renal, encontrándose una LDH de 591 UI/L, CPK 4794 UI/L y Colinesterasa de 4000 UI/L.

En el TC abdominal se observaba una ausencia de repleción de la arteria renal izquierda aproximadamente a 14 mm de su origen compatible con una disección o trombosis postraumática junto con una hipodensidad difusa del riñón izquierdo compatible con infarto por hipoperfusión. El riñón derecho no presentaba alteraciones significativas.

Debido a la ausencia de sangrado renal en el momento actual y estabilidad hemodinámica, se decidió manejo conservador y vigilancia, dando prioridad a las lesiones pulmonares y vertebrales que comprometían la vida del paciente.

En TC de control persistía la ausencia de repleción de la arteria renal izquierda e hipodensidad difusa del riñón ipsilateral (grado IV de la AAST), sin signos de sangrado activo, por lo que la actitud terapéutica siguió siendo conservadora dada la buena función renal del riñón contralateral.

Conclusión

La trombosis de la arteria renal tras traumatismo renal es un suceso muy infrecuente en nuestro medio, correspondiendo a un grado IV de la clasificación de la AAST.

Generalmente suele asociarse con otros traumatismos que comprometen la vida del paciente, cuya resolución es prioritaria, por lo que no existe mucha evidencia acerca de su tratamiento.

El tratamiento de elección es tromboembolectomía, aunque siempre hay que individualizarlo.

Hemorragia suprarrenal aguda. A propósito de un caso

García Torres, A; Pérez Cadavid,S; Puerto Puerto. A; Grande Murillo, D; Campos Valverde, D; Higuero Acevedo, D; Casa Valencia. M; Damas Arroyo, F.J; López Sanchez. D; Pérez-Utrilla Pérez, M; Calahorra Fernández, L
Hospital General Universitario de Ciudad Real

INTRODUCCIÓN

La hemorragia suprarrenal aguda unilateral no traumática es una patología poco frecuente. Pueden ser debidas a coagulopatías, tumores subyacentes, estrés o idiopáticas. Suelen cursar con dolor abdominal, flanco o espalda y datos de hipovolemia. El tratamiento inicial de elección es el conservador, siempre que sea posible, y serán precisas pruebas de imagen de control para verificar la resolución del hematoma y descartar posibles lesiones malignas subyacentes.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 54 años que acude a urgencias por dolor abdominal muy intenso en flanco derecho irradiado a epigastrio y espalda, de inicio brusco, junto con náuseas. Afebril y estable hemodinámicamente (TA a su llegada de 121/78). A la exploración el abdomen es blando y depresible, con dolor a la palpación en flanco y fosa renal derecha, sin irritación peritoneal. A su llegada hemoglobina de 15,9.

Se realiza TAC abdominal urgente que evidencia imagen compatible con hematoma suprarrenal derecho, con un eje craneocaudal máximo de 130 mm alcanzando el polo inferior del riñón.

Ingresa en planta de urología y durante su estancia la hemoglobina desciende progresivamente (13,7, 12,2, 12), hasta un valor mínimo de 11.2, a partir del cual, se estabiliza y sin necesidad de transfusión comienza a subir.

Se realiza con él un manejo conservador en todo momento, con vigilancia estrecha de la hemoglobina y de la tensión arterial, analgesia intravenosa y profilaxis con antibióticos.

En TAC de control a los 6 meses del episodio agudo, se descartan lesiones subyacentes y el hematoma se ha resuelto

CONCLUSIONES

La hemorragia suprarrenal aguda es un diagnóstico que debemos considerar ante un abdomen agudo cuyo origen no nos queda claro con la anamnesis y exploración. Normalmente llegaremos al diagnóstico al realizar una prueba de imagen. Su tratamiento debe ser individualizado en función de la situación clínica del paciente.

RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA URGENTE DE UNA RETENCIÓN AGUDA DE ORINA

Aranda Pérez, J; Pareja Peña, F; Rodríguez Elena, J.L.; Ferrer López, A.I.; García Martín, L.A.; Rodríguez Romero, M.A.; Lopes Alves, J.B.; Murgui Rodríguez, M; Machado Fernández, G.A.; Olivares Ruiz del Olmo, J.A.; Bravo Fernández, I

Hospital Universitario de Cáceres

RESUMEN

La estenosis del cuello de la vesical tras una prostactomía radical abierta ocurren en el 0,5 al 10% de los pacientes. Esta complicación surge debido a una inadecuada coaptación de las superficies mucosas, ya sea por una aproximación inadecuada en el momento de la cirugía, extravasación urinaria o por un hematoma a nivel del cuello vesical.

El diagnóstico debe considerarse en cualquier paciente que refiera empeoramiento de su dinámica miccional habitual.

Si el tratamiento con dilatación cistoscópica simple falla, la incisión directa del cuello de la vejiga a las 3, 6 y 9 en punto seguida de cateterismo uretral durante un tiempo limitado generalmente corrige el problema.

OBJETIVO

Presentamos el caso en formato vídeo, de un paciente de 75 años con antecedentes quirúrgicos de cirugía abdominal por obstrucción intestinal, hernioplastia supraumbilical y una prostactomía radical abierta + linfadenectomía iliobuturtriz bilateral en 05/2021 con Anatomía Patológica de adenocarcinoma de próstata Gleason 3+4. pT2N0. Niveles de PSA tras intervención indetectables.

Acude al servicio de urgencias a los 3 meses de la intervención por incapacidad para orinar de 12 horas de evolución y retención aguda de orina. El paciente refiere empeoramiento progresivo del flujo miccional y dolor suprapúbico. Imposibilidad de sondaje vesical con sonda hasta calibre de 10Ch, incluso bajo visión directa.

Dado que el paciente estaba anticoagulado con apixaban y a las cirugías abdominales previas, se decide intervención quirúrgica urgente para derivación urinaria mediante dilatación endoscópica con balón neumático Nephromax + trigonocervicotomía endoscópica con láser Holmio. Tras dicho procedimiento se procede al sondaje vesical bajo guía con sonda del calibre 22 Ch que se mantuvo durante 3 semanas. Tras su retirada el paciente refiere adecuada dinámica miccional.