

# Revista Internacional de Andrología

www.elsevier.es/andrologia



## PÓSTERS

### 10.<sup>a</sup> Reunión Ibérica de Andrología 17.º Congreso Nacional de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva

Meloneras, Gran Canaria, 14-16 de mayo de 2015

#### Medicina sexual

##### POMS-01. PRIAPISMO EN ANEMIA DE CÉULAS FALCIFORMES

L.S. Gómez-Guerra, M.E. Pineda-Rodríguez, L.F. Mares-Ureña  
y J. Robles-Torres

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. UANL.  
Monterrey. NL. México.

**Introducción y objetivos:** El priapismo se define como una erección sostenida que no se encuentra relacionada a un estímulo sexual, comúnmente asociado a dolor peneano y daño irreversible del tejido eréctil. La etiología es idiopática en la mayoría de los casos. La anemia de células falciformes (ACF) representa la principal causa reconocible de priapismo en pacientes pediátricos y responsable de un tercio de los casos en adultos. Debido al alto riesgo de daño irreversible del tejido eréctil y DE, el tratamiento oportuno es vital. En la actualidad, se dispone de muy pocos estudios sobre el tratamiento médico de este padecimiento.

**Material y métodos:** Masculino de 26 años, con AFC diagnosticado a los 2 años, con antecedente de múltiples transfusiones por crisis vasooclusivas. En tratamiento con hidroxiurea, ácido fólico y Deferasirox. Inicia su PA al presentar crisis vasooclusiva en pene con subsecuente priapismo, el cual fue tratado mediante aplicación de epinefrina con subsecuente drenaje e irrigación de cuerpos cavernosos. Continuó con episodios recurrentes de priapismo con predominio nocturno, con duración de 3 a 4 horas. Controlándolo en forma parcial mediante ejercicio exhaustivo, buprenorfina en parches y ketorolaco sublingual. A la exploración, presenta tumefacción parcial de pene, hiperpigmentación local franca, no dolorosa a la palpación, sin datos de hiperemia local. Se inicia tratamiento con Cialis (Tadalafil) 5 mg c/24 hrs VO. Se aprecia notable mejoría, sin volver a presentar eventos de priapismo.

**Resultados:** La ACF es la principal causa primaria de priapismo en adultos y casi la única causa descrita en pediátricos. El cuadro típico se describe como crisis vasooclusiva en pene, ocasionando episodios recurrentes de priapismo, con predominio nocturno. En

la actualidad no se cuenta con estudios clínicos extensos sobre el tratamiento médico a estos pacientes. En diversos estudios se ha propuesto el uso de fármacos inhibidores de la PDE-5 en dosis diaria para la prevención de episodios de priapismo<sup>1</sup>. En base a los ensayos clínicos y reporte de casos previos, se decide tratar al paciente con Cialis (Tadalafil) 5 mg c/24 hrs como medida preventiva de los episodios de priapismo. Se obtuvo una respuesta positiva al tratamiento, previniendo hasta la fecha nuevos episodios.

**Conclusiones:** El priapismo en la drepanocitosis es un padecimiento grave que requiere manejo eficaz y oportuno para la prevención de daño irreversible, fibrosis del tejido eréctil e impotencia. Se obtuvo una respuesta favorable al tratamiento médico para prevenir las crisis vasooclusivas en pene mediante Cialis (tadalafil) en dosis diaria. Sin embargo, no disponemos de estudios clínicos extensos que demuestren la eficacia del tratamiento a largo plazo.

**Palabras clave:** Priapismo. Disfunción eréctil. Anemia. Falciformes.

##### POMS-02. IMPORTANCIA DE LA ECOGRAFÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN LA TOMA DE LA DECISIÓN QUIRÚRGICA EN LA ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE

M. Rosselló Barbará<sup>1</sup>, J. Ferrer Lliteras<sup>2</sup>, E. Cerezo<sup>3</sup>,  
M. Fernández Arjona<sup>4</sup> y M. Rosselló Gayá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Urología, Andrología y Salud Sexual.  
Hospital Quirón Palma Planas. Palma de Mallorca.

<sup>2</sup>Centro de Diagnóstico por la Imagen Dr. Juan Ferrer.  
Palma de Mallorca. <sup>3</sup>Centro de Diagnóstico por la Imagen  
Dr. E. Cerezo. Madrid. <sup>4</sup>Instituto de Medicina Sexual. Madrid.

**Introducción y objetivos:** Explicar el protocolo de diagnóstico en los pacientes con curvatura de pene y la importancia de las pruebas diagnósticas para decidir la técnica quirúrgica.

**Material y métodos:** Análisis de distintas series de pacientes, y los resultados obtenidos.

**Resultados:** Análisis estadístico de los resultados obtenidos en las distintas series de pacientes.

**Conclusiones:** La ecografía de alta resolución es una herramienta necesaria para la toma de decisiones en cuanto a la técnica quirúrgica y la obtención de buenos resultados para los pacientes que sufren enfermedad de La Peyronie.

**Palabras clave:** Curvatura pene. Peyronie. Ecografía alta resolución. Disfunción eréctil.

### POMS-03. CORPOROPLASTIA CON PARCHES SEGÚN TÉCNICA DE EGYDIO. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA A PROPÓSITO DE DOS CASOS

C. Simón Rodríguez<sup>2</sup>, J.V. García Cardoso<sup>1</sup>, L. López Martín<sup>1</sup>, F.X. Jácome Pita<sup>1</sup>, P.M. Rodríguez Castro<sup>1</sup>, M.P. Alcoba García<sup>1</sup>, C. Gomis Goti<sup>1</sup> y C. González Enguita<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Infanta Elena. Madrid.

**Introducción y objetivos:** La enfermedad de la Peyronie produce una deformidad y acortamiento del pene que conlleva una afectación psicológica en un 80% de los casos. Muchos pacientes se encuentran insatisfechos tras la corrección quirúrgica por la pérdida de longitud peneana, a pesar de haber conseguido unos buenos resultados anatómicos y funcionales en cuanto a la rigidez de la erección. En determinados pacientes el tratamiento quirúrgico se debe enfocar a mantener la máxima longitud posible. La corporoplastia con parche descrita por P.H. Egidio. Permite una corrección manteniendo prácticamente la longitud peneana previa a la enfermedad.

**Material y métodos:** Describir la técnica de corrección de curvatura peneana con parche basada en principios geométricos descrita por Egidio.

**Resultados:** Se presentan dos pacientes de 50 y 54 años sin antecedentes de interés, diagnosticados de una curvatura de 90° dorsal y 80° izda por la enfermedad de la Peyronie. Se describe paso por paso la realización de una corporoplastia con parche de pericardio bovino.

**Conclusiones:** Las corporoplastias con parche son una alternativa quirúrgica que permite perder poca longitud con unos buenos resultados funcionales. Para su realización es importante seguir unos principios geométricos.

**Palabras clave:** Peyronie. Parche. Corporoplastia.

### POMS-04. ACORTAMIENTO PENEANO EN LA CAVERNOPLASTIA: AYUDA A LA VALORACIÓN POR EL PACIENTE (LA FOTO PARTIDA)

F. Juárez del Dago Pendás<sup>1</sup>, P. Juárez del Dago Anaya<sup>2</sup>, M.D. de Dios Vega<sup>1</sup> y J. Sagra Ruano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Gabinete de Urología y Andrología. Las Palmas de Gran Canaria.

<sup>2</sup>Fundació Puigvert. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** El tratamiento de la incurvación peneana mediante ojales de albugínea o plicaturas del cuerpo cavernoso ofrece unos buenos resultados de rectificación y funcionales, con un acortamiento peneano cuyo nuevo aspecto siempre preocupa a los pacientes. Estos desean saber cuánto se va a acortar su pene y el temor a este acortamiento les hace muchas veces rechazar una intervención correctora. La evaluación de la incurvación en erección mediante autofotografía (test de Kelami) y su objetivación favorecen la interacción médico-paciente a la hora de aceptar el grado de afectación peneana. Basándonos en ella, hemos desarrollado un método sencillo para ofrecer al paciente una respuesta bastante aproximada al acortamiento que eventualmente sufrirá el pene tras la intervención.

**Material y métodos:** En la autofotografía peneana, buscamos la imagen más representativa de la incurvación. Marcamos con dos

trazos transversales (perpendiculares al eje del pene) el final de la zona peneana sin incurvar por delante y por detrás de la zona incurvada. Estas líneas se cruzan formando un ángulo. Trazamos la bisectriz de dicho ángulo. Cortamos la fotografía por la bisectriz. Giramos el fragmento distal de la fotografía hasta enderezar el pene, cerrando por la parte externa de la curvatura. Al superponer los fragmentos, se obtiene una imagen del “nuevo pene”.

**Resultados:** Esta “plicatura virtual” sólo ofrece un resultado “natural” para ángulos pequeños, inferiores a 30°. En caso de extensiones amplias o incurvaciones completas, se repetirá este cálculo varias veces, creando varios ángulos pequeños para crear varias bisectrices. En caso de estar indicada la realización de plásticas de exéresis + sustitución, esta figuración carece de sentido. Comparamos nuestros cálculos virtuales usando la “foto partida” con resultados posquirúrgicos.

**Conclusiones:** La técnica de la “foto partida” es un método sencillo y fácil de realizar. Ayuda al médico a mostrar el acortamiento. Ayuda al paciente a evaluar el nuevo aspecto de su pene tras cirugía. Los resultados virtuales de la “foto partida” se corresponden con mucha aproximación a los resultados posquirúrgicos. La agilidad de los nuevos sistemas de fotografía e impresión facilita realizar esta tarea en la consulta en un breve espacio de tiempo.

**Palabras clave:** Incurvación peneana. Cavernoplastia. Test de Kelami.

### POMS-05. VALORACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON EYACULACIÓN PRECOZ

F.J. del Río Olvera<sup>1</sup>, F.J. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, E. Cano Vázquez<sup>2</sup>, J. Corral Formoso<sup>2</sup>, T. Maqueda Madrona<sup>2</sup> y F. Cabello Santamaría<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.

<sup>2</sup>Centro de Salud San Benito. Cádiz.

**Introducción y objetivos:** Evaluar la autoestima de sujetos que presentan eyaculación precoz (EP) y compararla con un grupo de sujetos sin EP.

**Material y métodos:** Estudio transversal, observacional, en atención primaria y medio urbano. Se seleccionaron 76 varones mayores de 18 años diagnosticados de EP y se compararon con 76 varones que no padecían EP. Todos los participantes tenían que tener una relación sexual estable durante más de tres meses, hicieron el cuestionario de herramienta diagnóstica de la eyaculación precoz (PEDT) y cumplieron la versión española del cuestionario de autoestima de Rosenberg. Análisis estadístico descriptivo mediante medias, desviaciones estándar y porcentajes.

**Resultados:** Participaron 152 varones. La edad media en el grupo con EP fue  $43,5 \pm 11,3$  y en el grupo sin EP  $46,2 \pm 10,8$ . La puntuación del cuestionario de autoestima fue  $25,3 \pm 4,4$  (autoestima baja) en el grupo de EP y  $37,5 \pm 5,2$  (autoestima elevada, considerada normal) en el grupo sin EP, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). En el grupo con EP, los que utilizaban tratamiento con ISRS (16%) tenían autoestima moderada (puntuación  $28,7 \pm 4,3$ ) y los que no los tomaban (84%) tenían autoestima baja (puntuación  $23,7 \pm 4,6$ ), siendo esta diferencia significativa ( $p = 0,012$ ). En el grupo de EP, el 73,2% consideraban la EP un problema que le afectaba a su vida diaria, pero solo habían solicitado tratamiento en algún momento el 11,7%.

**Conclusiones:** La EP no afecta exclusivamente a la función sexual del paciente sino que se transfiere a otras áreas de su vida disminuyendo su autoestima. Aunque una gran mayoría considera que es un problema que les afecta psicológicamente, muy pocos solicitan ayuda para tratarlo. Los que tomaban ISRS tenían una mejoría significativa de su autoestima, posiblemente debido al efecto del fármaco antidepressivo.

**Palabras clave:** Eyaculación precoz. Autoestima. Cuestionarios.

## POMS-06. VALIDACIÓN DEL TEST DE APTITUD EYACULATORIA

F. Cabello Santamaría, F.J. del Río Olvera y M.A. Cabello García

*Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.*

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se ha incrementado notablemente la investigación acerca de la eyaculación prematura (EP) y a pesar de las lógicas controversias que el tema suscita, existe un acuerdo generalizado acerca de que en la EP intervienen dos tipos de factores, los de “condición” del individuo (tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria y percepción de control) y los de impacto (distress, satisfacción y problemas interpersonales). Sin embargo, hasta ahora no existe ninguna herramienta que mida de forma objetiva todos los componente citados. El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas del Test de Aptitud Eyaculatoria (TAE) configurado para poder delimitar los dos tipos de factores y denominado de “aptitud” porque pretende no inducir a la patologización y al mismo tiempo está diseñado para evitar la discriminación y poder ser contestado independientemente de la orientación sexual del individuo.

**Material y métodos:** Se realizó un muestreo no probabilístico, de tipo incidental, en el que participaron de forma voluntaria 169 hombres pertenecientes a la Universidad de Málaga, un centro de formación profesional y a dos centros de tratamiento uno situado en Málaga y otro en Cádiz. Se utilizó el Test de Aptitud Eyaculatoria (TAE), compuesto por 14 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (Nunca, Casi nunca, Ocasionalmente, Habitualmente, Siempre).

**Resultados:** La fiabilidad de la escala se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un resultado de 0,889. El análisis de los ítems señaló que no era necesario modificar ninguno. Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales y la rotación varimax. Se obtuvo una solución factorial de 3 componentes que explican el 59,48% de la varianza.

**Conclusiones:** Se confirma que el cuestionario TAE tiene las propiedades psicométricas adecuadas para ser utilizado tanto en clínica como en investigación.

**Palabras clave:** Eyaculación precoz. Validación test.

## POMS-07. EYACULACIÓN PREMATURA AL ALIMÓN: RESULTADOS DE TRES AÑOS DE COLABORACIÓN ENTRE ANDROLOGÍA Y SEXOLOGÍA

J.M. Poyato Galán<sup>1</sup>, V. García Millán<sup>2</sup> y F. Rivera Muñoz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución de Utrera. <sup>2</sup>UMESEX. Sevilla.

<sup>3</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

**Introducción y objetivos:** En los últimos años se ha venido rompiendo el clásico abordaje no cooperativo del manejo de la Eyaculación Prematura entre Andrología y Sexología, evolucionándose recientemente hacia un planteamiento diagnóstico-terapéutico coordinado entre ambas disciplinas. El propósito de este trabajo es cuantificar los pacientes de esta patología tan prevalente atendidos conjuntamente en nuestra consulta de Medicina Sexual, del mismo modo que analizamos los resultados de las diferentes estrategias terapéuticas planteadas.

**Material y métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo de tres años, clasificándose los pacientes en tres grupos dependiendo de su abordaje terapéutico: Farmacológico, Sexológico y Conjunto (combinando ambas opciones). El primer grupo recibió tratamiento oral con Dapoxetina en dosis orales acordes a cada perfil (30 o 60 mg); el segundo fue tratado según la etiología Psicopatológica mayoritariamente exhibida, a saber: Terapia Regresiva Reconstructiva (TRR), Técnicas de Integración Cerebral, Desensibilización y Re-proceso por el Movimiento de los Ojos (EMDR), Hipnosis Eriksoniana,

Técnicas de Liberación Emocional y Herramientas Cognitivo-Conductuales; y el tercer grupo recibió tratamiento combinado de Dapoxetina en el contexto de las técnicas Sexológicas antes enumeradas. Las incidencias numerales y porcentuales fueron recogidas al final de los tres años, del mismo modo que se analizaron los resultados terapéuticos.

**Resultados:** De 141 pacientes revisados se identificaron 37 tratados farmacológicamente (26,24%), 78 tratados sexológicamente (55,31%) y 26 tratados de forma combinada (18,43%). Entre los pertenecientes al segundo grupo, se emplearon principalmente técnicas de TRR (66,66%), Cognitivo-Conductuales (11,53%) y EMDR (6,41%). El grupo tratado de forma conjunta con Dapoxetina + Técnicas Sexológicas siguió el mismo patrón en cuanto al abordaje psicoterápico que el segundo grupo: TRR (73,07%), Cognitivo-Conductual (19,23%) y EMDR (7,69%). Algo que merece la pena destacar es el hecho de que del total de 141 pacientes examinados, 18 de ellos (12,76%) inicialmente pertenecientes al grupo de tratados con Dapoxetina, finalmente recalcaron en el tratamiento Sexológico ante la falta de resultados.

**Conclusiones:** El diagnóstico de Eyaculación Prematura está aumentando en nuestra sociedad y, en pos de mejores resultados y mayor satisfacción de los pacientes, se hace necesario un abordaje conjunto Andrológico-Sexológico. Los resultados no tan exitosos de la terapia Farmacológica nos obligan a plantear otras opciones, ya sean complementarias, ya alternativas, en el campo de la Psicoterapia.

**Palabras clave:** Eyaculación prematura. Sexología.

## POMS-08. VIVENCIA DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL POR EL HOMBRE: LA OPINIÓN DEL MÉDICO. RESULTADOS DE CANARIAS DEL PROYECTO NACIONAL “ATLAS DE LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL EN ESPAÑA”

R. Prieto<sup>1</sup>, A. Puigvert<sup>2</sup> y P. Gutiérrez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>HRU Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Córdoba.

<sup>2</sup>Instituto de Andrología y Medicina Sexual (Iandroms).

Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Urología. CHUC. CESEX. Universidad de La Laguna. Tenerife.

**Introducción y objetivos:** Pese al gran impacto que la disfunción eréctil (DE) tiene sobre el hombre que la padece, se sabe que pocos hombres buscan consejo médico y que les cuesta hablar sobre ello, lo que contribuye a su infradiagnóstico. Durante 2012-13 la Sociedad Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) realizó el proyecto “Atlas de la disfunción eréctil en España” con el objetivo de conocer los factores que influyen en el diagnóstico y el tratamiento de la DE por parte del médico de Atención Primaria (AP) en las distintas CC.AA. españolas. Una parte del estudio se centró en cómo vive el hombre la DE y se enfrenta a ella según la opinión del médico de AP. Se presentan los datos correspondientes a Canarias en el contexto nacional.

**Material y métodos:** Participaron 33 médicos de AP de esta comunidad que expresaron su opinión mediante un cuestionario (cuantificación porcentual y enunciados valorados mediante una escala de tipo Likert de 7 niveles).

**Resultados:** Los médicos participantes de Canarias fueron en su mayoría varones, en una proporción similar a la nacional (72,7% vs. 69,5%). Destaca el porcentaje inferior de médicos  $\geq 61$  años (33,0% vs. 40,2%). El 69,7% trabajaba únicamente en un centro público. Coinciden en que la DE es un problema muy importante para el hombre (6,6/7), incluso más que respecto a la media nacional (6,3/7). Los pacientes suelen creer que la causa de su DE es la edad o alguna enfermedad que padecen, y aceptan menos que a nivel nacional que sea algo normal porque otros la padecen. La DE les produce sobre todo falta de seguridad en sí mismos y estrés, con una valoración por encima de la media nacional (6,0/7 vs. 5,7/7 y 5,7/7 vs. 5,3/7). La principal fuente de información es Internet (42,9%) más que a nivel nacional (35,4%). El médico de AP tendría

menor peso como primera fuente (25% vs. 29,0%), siendo la preferida como segunda fuente (32,1%). El urólogo/andrólogo tiene una importancia superior que a nivel nacional como segunda fuente (17,9% vs. 8,0%). El retraso en lograr una erección durante el acto sexual es lo que más les hace sospechar de una posible DE, más que la reducción de la frecuencia de erecciones nocturnas. Tardan en buscar ayuda y posponen la visita pensando que se solucionará solo, más que a nivel nacional. Agradecen que el médico inicie la conversación, aunque aún es un tema tabú. A los jóvenes y a los que padecen DE grave les afecta más la DE y hablan más abiertamente del tema, más incluso que a nivel nacional. El hombre se resigna menos a padecer DE, independientemente de la edad o la gravedad de la DE. Cerca de dos de cada tres hombres acuden solos a la consulta del médico (58,7%) y solo uno de cada cuatro acude con su pareja (25,1%), una cifra ligeramente superior a la de la media nacional, donde solo el 22,3% acude acompañado.

**Conclusiones:** En opinión del médico de AP, al hombre canario le afecta más la DE, parece resignarse menos ante ésta y habla más abiertamente del tema. Acude a Internet con mayor frecuencia buscando información, y tarda más en acudir al médico. Da mayor relevancia al urólogo/andrólogo.

### POMS-09. MEDICINA SEXUAL EXTRAOFICIAL: INTRUSISMO, CURANDERISMO, SANACIÓN Y COACHING SEXUAL

J.M. Poyato Galán<sup>1</sup>, V. García Millán<sup>2</sup> y F. Rivera Muñoz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución de Utrera. <sup>2</sup>UMESX. Sevilla.

<sup>3</sup>Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

**Introducción y objetivos:** En nuestra sociedad existe un innegable auge de interés por las terapias alternativas, algunas de ellas de muy cuestionable origen pseudocientífico y en manos de supuestos expertos sin acreditación ni formación conocidas. El propósito de este trabajo es identificar y cuantificar los pacientes atendidos en nuestra consulta de Medicina Sexual que previamente han pasado por curanderos, sanadores y “coaches” sexuales, del mismo modo que analizamos las tendencias y los riesgos de estas prácticas.

**Material y métodos:** Se ha realizado un análisis retrospectivo de tres años, clasificándose los pacientes en tres grupos dependiendo de su origen: Curanderismo, Sanación y “Coaching” Sexual. Las variables estudiadas en varones fueron Disfunción Eréctil y Eyacuación Prematura; las analizadas en mujeres fueron Trastornos de la Excitación/Deseo/Orgasmo y Dolor Pélvico asociado con la actividad sexual (Dispareunia y Vaginismo). Las Infecciones de Transmisión Sexual fueron registradas en ambos sexos. Las incidencias porcentuales fueron recogidas y comparadas a lo largo de los tres años, del mismo modo que se analizaron las medidas terapéuticas aplicadas a todos los casos.

**Resultados:** De 3.180 pacientes revisados se identificaron 272 (164 hombres y 108 mujeres) como provenientes de un ejercicio profesional extraoficial, representando un 8,55% del total. Los varones mostraron un mayor porcentaje de curanderismo y Sanación, mientras que las mujeres se inclinaron principalmente por los “coaches” o entrenadores sexuales. A pesar de un apreciable y progresivo descenso en la incidencia de uso de estas prácticas no reguladas, en los 3 años examinados 33 pacientes requirieron Cirugía, 180 recibieron tratamiento Farmacológico y 272 (todos) siguieron técnicas de Psicoterapia.

**Conclusiones:** De la misma manera que existen los fármacos falsos existe Medicina Sexual no regulada o extraoficial. Quizás por la situación económica o la falta de educación para la Salud, en nuestra sociedad existe un grupo de personas que buscan consejo en curanderos, sanadores y “coaches”, lo que supone un elevado riesgo para su integridad.

**Palabras clave:** Intrusismo. Curanderismo. Sanación. Coaching sexual.

### POMS-10. VALORACIÓN DE LA UTILIDAD DEL CUESTIONARIO BREVE DE SATISFACCIÓN SEXUAL PARA LA VALORACIÓN DE LA SALUD SEXUAL DEL HOMBRE AÑOSO EN ATENCIÓN PRIMARIA

J. Romero Otero

FEA Urología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

**Introducción y objetivos:** Existe amplio consenso de que el grado de satisfacción sexual puede ser un importante indicador de la salud general y de la salud sexual. El objetivo del presente estudio fue analizar la utilidad del Cuestionario Breve de Satisfacción Sexual (BBSC) para valorar la salud sexual del hombre añoso en el ámbito de la atención primaria.

**Material y métodos:** Estudio transversal, descriptivo, multicéntrico, de ámbito nacional, llevado a cabo entre varones  $\geq 50$  años que acuden a consulta de Atención Primaria por cualquier motivo. Criterios de exclusión: pacientes con afectación del estado funcional (ECOG  $> 1$ ) o en tratamiento para la disfunción eréctil (DE). Se recogieron los datos clínicos y demográficos y se administró el cuestionario BBSC. Posteriormente se administró un cuestionario realizado con el fin de valorar la utilidad del BBSC (no validado) que constaba de 6 preguntas: 4 a cumplimentar por el paciente (1. Complejidad para cumplimentar el BBSC; 2. Tiempo necesario para hacerlo; 3. Utilidad del cuestionario para enfocar su problema con el médico; 4. Utilidad para abordar el problema con el médico) y 2 por el médico (1. Complejidad para cumplimentarlo; 2. Utilidad para evaluar la salud sexual del paciente).

**Resultados:** Participaron 527 pacientes con una edad media de 61,5 años. El 62% expresó estar insatisfecho con su vida sexual según el BBSC. El 90% se muestra complacido por poder hablar de ello. El 59% de los pacientes expresó no resultarle nada complicado cumplimentar el cuestionario BBSC (poco: 22%; normal: 15%; bastante: 4%; mucho: 0,3%). La media de tiempo para cumplimentarlo fue de  $5,0 \pm 4,8$  min. El 47% expresó encontrarlo bastante / muy útil para enfocar su problema (nada: 12%; poco: 13%; normal: 27%). El 58% de los pacientes lo consideró útil para abordar sus problemas sexuales: no lo hubiesen hecho de no haberlo cumplimentado. En este último aspecto se observó una diferencia significativa entre satisfechos e insatisfechos ( $p = 0,0001$ ). En lo que respecta al médico, el 59% consideró que no era nada complicado de cumplimentar (poco: 26%; normal: 11%; bastante: 4%; mucho: 0,3%). El 64% consideró este cuestionario bastante / muy útil para evaluar la salud sexual del paciente (nada: 5%; poco: 7%; normal: 44%). Teniendo en cuenta ambas opiniones, el 64,5% de las respuestas acerca de la complejidad de cumplimentación y un 52,7% acerca de la utilidad coinciden entre ambos colectivos.

**Conclusiones:** En nuestra población de pacientes que acede a consultas de Atención Primaria por diversos motivos de carácter no sexual, con un alto grado de insatisfacción sexual (62%) y abiertos a hablar de ello, el cuestionario BBSC parece ser —tanto para el paciente como para el médico— una herramienta útil, poco compleja y rápida para evaluar la satisfacción sexual del paciente.

### POMS-11. INFLUENCIA DE LA EDAD EN EL DESEO SEXUAL Y LAS ACTITUDES EN HOMBRES

F.J. del Río Olvera<sup>1</sup>, F. Cabello Santamaría<sup>1</sup>, M.A. Cabello García<sup>1</sup>, F.J. Ruiz Ruiz<sup>2</sup>, E. Cano Vázquez<sup>2</sup> y J. Corral Formoso<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.

<sup>2</sup>Centro de Salud San Benito. Cádiz.

**Introducción y objetivos:** De estudios previos se desprende que la edad afecta negativamente al deseo (Cabello, 2010) y a las actitudes sexuales (Sierra et al., 2014). El objetivo de esta investigación era analizar la influencia de la edad en el deseo y en las actitudes sexuales.



**Material y métodos:** La muestra estaba compuesta por 696 hombres, seleccionados mediante un muestreo por conglomerados en 17 países de habla hispana. La media de edad era de 31,13 años (DT = 10,164), teniendo 16 años el más joven y 63 el más veterano. Se utilizaron los cuestionarios CSFQ-14 (Keller, McGarvey y Clayton, 2006), para medir el nivel de deseo y el cuestionario EROS (Del Río, López y Cabello, 2013) para medir las actitudes sexuales. Se dividió a los participantes en 10 grupos en función de la edad. Se analizó la relación entre la edad, y el deseo y las actitudes sexuales mediante correlación de Pearson, y la diferencia entre los grupos de edad mediante la prueba ANOVA de un factor.

**Resultados:** La puntuación media en la escala de deseo del cuestionario CSFQ-14 fue de 19,04 (DT = 3,41), y la puntuación media en el cuestionario EROS fue de 89,78 (DT = 17,29). La correlación de Pearson señala que existe diferencia estadísticamente significativa y negativa, entre la edad y el deseo (-0,105), lo que indica que a mayor edad, menor deseo sexual. Mediante la prueba de ANOVA también se encontró diferencia estadísticamente significativa en la puntuación de deseo entre los grupos (Sig. = 0,003). No se encontraron diferencias significativas entre la edad y las actitudes sexuales.

**Conclusiones:** Se confirma que a mayor edad menor deseo sexual. Es una variable que hay que tener en cuenta en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en el hombre. Así mismo, las actitudes sexuales no varían con la edad, lo que puede servir de herramienta terapéutica para trabajar el deseo en personas mayores.

**Palabras clave:** Deseo. Actitudes. Edad.

## POMS-12. RELACIÓN ENTRE DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y ANSIEDAD

F.J. del Río Olvera, F. Cabello Santamaría y M.A. Cabello García

*Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.*

**Introducción y objetivos:** La ansiedad afecta negativamente a la respuesta sexual, convirtiéndose en un factor importante en el desarrollo de diferentes disfunciones sexuales, y entre ellas la disfunción eréctil. El objetivo del presente estudio es analizar la relación existente entre la ansiedad y la disfunción eréctil.

**Material y métodos:** Su utilizó un muestreo por conglomerados en el que participaron 1007 hombres de 27 provincias españolas. La edad media de los participantes fue de 34,70 años (DT = 7,73), teniendo el más joven 18 años y el más veterano 61. Se utilizó la escala de disfunción eréctil del cuestionario Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Rust y Golombok, 1986), y el cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982).

**Resultados:** La puntuación media en la escala de disfunción eréctil fue de 2,79 (DT = 2,31), presentando problemas de disfunción eréctil el 34,99% (352 hombres). Las puntuaciones medias en las escalas de ansiedad fueron de 19,19 (DT = 10,47) para la Ansiedad Estado y de 24,60 (DT = 10,50) para la Ansiedad Rasgo. Se analizó la relación entre la puntuación obtenida en la escala de disfunción eréctil y las puntuaciones obtenidas en las escalas de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo, mediante la correlación Rho de Spearman. Los resultados señalan una correlación positiva y significativa ( $p < 0,01$ ) entre la puntuación obtenida en la escala de disfunción eréctil y las escalas de Ansiedad Estado (0,172) y Ansiedad Rasgo (0,146).

**Conclusiones:** Los datos de este estudio vienen a reforzar la idea de eliminar la ansiedad en los pacientes que sufren de disfunción eréctil para conseguir resultados eficaces. Se infiere que de no ser tenida en cuenta esta variable (ansiedad estado y ansiedad

rasgo) los resultados obtenidos tanto con el tratamiento farmacológico como con otras aproximaciones pueden no resultar del todo satisfactorios.

**Palabras clave:** Disfunción eréctil. Ansiedad.

## POMS-13. VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE DESEO SEXUAL Y AVERSIÓN (DESEA)

F. Cabello Santamaría, F.J. del Río Olvera y M.A. Cabello García

*Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.*

**Introducción y objetivos:** Hasta ahora la mayoría de los cuestionarios empleados en la evaluación del deseo sexual presentan buenas propiedades para el campo de la investigación pero tienen importantes deficiencias en su aplicación clínica, de hecho, ninguno permite diferenciar si la falta de deseo, en caso de existir, está más influenciada por factores personales (hormonales y otras patologías de carácter orgánico, influencia educativa, traumas psicológicos, etc.), conflictos de pareja (falta de deseo porque el nivel de comunicación en pareja no es adecuado, la pareja ha perdido el atractivo, etc.) o se trata de una aversión al sexo (la aversión ha desaparecido "misteriosamente" del DSM5 pero en consulta se sigue viendo a diario y aunque la etiología es común en muchas ocasiones a la pérdida del deseo, el abordaje terapéutico puede llegar a ser totalmente distinto). El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas del cuestionario Deseo Sexual y Aversión (DESEA) configurado para la evaluación de tres dominios: Deseo, Aversión y Estrés Interpersonal.

**Material y métodos:** Participaron en la validación un total de 1581 personas. Se realizó un muestreo por conglomerados, seleccionando diferentes asociaciones y centros de investigación, de España y Latinoamérica (en total de 17 países). Además se utilizó el muestreo de bola de nieve, de forma que las personas participantes debían seleccionar al menos otros dos participantes. Se utilizó el cuestionario Deseo Sexual y Aversión (DESEA), compuesto por 14 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (Nada, Un poco, Bastante, Mucho, Muchísimo).

**Resultados:** El coeficiente alfa de Cronbach señaló una fiabilidad para el cuestionario de 0,834. El análisis de los ítems señaló que no era necesario modificar ninguno. Se realizó un análisis factorial exploratorio utilizando como método de extracción el análisis de componentes principales y la rotación varimax. Se obtuvo una solución factorial de 3 componentes que explican el 56,62% de la varianza.

**Conclusiones:** Se confirma que el cuestionario DESEA tiene las propiedades psicométricas adecuadas para ser utilizado tanto en clínica como en investigación.

**Palabras clave:** Deseo sexual. Aversión. Cuestionario.

## POMS-14. VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS PERTENECIENTES A NUESTRA UNIDAD DE SALUD MENTAL

J.P. Osorio Ramos<sup>1</sup>, J.P. Campos Hernández<sup>2</sup>, E. Gómez Gómez<sup>2</sup>, J. Márquez López<sup>2</sup>, J. Ruiz García<sup>2</sup>, J. Carrasco Valiente<sup>2</sup>, M.J. Requena Tapia<sup>2</sup> y R. Prieto Castro<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Equipo de Salud Mental de Peñarroya-Pueblonuevo. Córdoba.

<sup>2</sup>Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). UGC Urología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

**Introducción y objetivos:** La disfunción sexual en pacientes con trastornos mentales graves (TMG) es a menudo un cuadro subestimado o ignorado por los facultativos. La tasa de disfunción sexual en estos sujetos es muy elevada y generalmente infradiag-

nosticada. Hemos realizado un estudio para valorar la función sexual de los pacientes en seguimiento en nuestra Unidad de Salud Mental.

**Material y métodos:** Análisis transversal de una cohorte de pacientes en tratamiento por TMG en la Unidad de Salud Mental de Peñarroya-Pueblonuevo (Córdoba). Se analizaron datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes. La función sexual se valoró utilizando el Cuestionario para Cambios en la Función Sexual (CSFQ-14), que es un instrumento de evaluación validado en castellano que consta de 14 ítems sobre comportamientos y / o problemas en las tres fases del ciclo de la respuesta sexual, es decir, el deseo, la excitación y el orgasmo. El CSFQ-14 ofrece una puntuación total sumando las puntuaciones de los 14 ítems. El sumatorio total oscila entre 14 y 70. En todos los casos, las puntuaciones más altas reflejan mejor funcionamiento sexual. Valores < 47 para los hombres y < 41 para las mujeres sugieren disfunción sexual global.

**Resultados:** Se incluyeron 25 pacientes en el estudio [14 varones (56%) y 11 mujeres (44%)]. Los diagnósticos según la CIE10 más frecuentes se englobaron dentro del apartado "Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes" (n = 18; 72%) y el resto fueron diagnosticados de Trastorno Afectivo Bipolar (n = 7; 28%). La media de tiempo desde el diagnóstico fue de 198 meses (rango de 24 a 444 meses). La puntuación media en el cuestionario CSFQ-14 fue de 31,96 (rango 14-55). Un elevado número de pacientes puntuó por debajo de los puntos de corte propuestos como normalidad (n = 19; 76%). Comparando ambos géneros, 9 de 11 mujeres (71,4%), y 10 de 14 varones (81,8%) tuvieron un cuestionario alterado, sin presentar diferencias entre ambos sexos (p = 0,5). Según el tipo de patología, los pacientes con Esquizofrenia presentaban una media de puntuación. Los intervalos del cuestionario que hacían referencia a las fases de deseo, excitación y orgasmo tuvieron valores patológicos. En la fase de deseo la media de puntuación fue 12,4 (rango de 5 a 21), para la excitación 7,2 (rango de 3-13) y para el orgasmo 7,2 (rango 3-14).

**Conclusiones:** La función sexual de pacientes con TMG se encuentra francamente alterada respecto a la población general, viéndose perjudicada su calidad de vida global. Esta disfunción podría estar en relación con la propia patología o con los tratamientos, siendo necesarios nuevos análisis para poder aclarar este hecho, así como su posible efecto sobre la adherencia a los tratamientos pautados.

**Palabras clave:** Esquizofrenia. Trastorno bipolar. Disfunciones sexuales.

#### POMS-15. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA SEXUAL EN PAREJAS ESTÉRILES. INFLUENCIA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

E. Reyes Afonso<sup>1</sup>, D. Báez Quintana<sup>1</sup> y M. Mas García<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reproducción Humana. CHUC. San Cristóbal de La Laguna. <sup>2</sup>CESEX. Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna.

**Introducción y objetivos:** Introducción: La esterilidad se define como la incapacidad para concebir tras un año de relaciones sexuales no protegidas. Actualmente afecta a un 10-15% de las parejas occidentales. Los avances en las técnicas de reproducción asistida han supuesto la solución para muchas de estas parejas. No obstante, el impacto sobre la esfera sexual ha comenzado a estudiarse recientemente. Objetivos: 1) Valorar la calidad de vida sexual de las parejas que consultan por esterilidad, comparándola con la de parejas que no presentan este problema. 2) Analizar los posibles cambios tras el procedimiento de evaluación clínica y tratamiento hormonal para la inducción de la ovulación.

**Material y métodos:** 60 parejas estériles y 46 parejas control participaron en el estudio. Ambos grupos completaron los cuestionarios:

Demográfico/Social (elaboración propia), SLQQ (Sexual Life Quality Questionnaire) y FSM (Función sexual de la Mujer). Las mujeres que recibieron tratamiento hormonal, fueron citadas, junto con sus parejas, para una segunda entrevista donde repitieron los formularios SLQQ y FSM.

**Resultados:** EL 41,7% de las parejas estériles estaban casadas, frente al 58,3% que convivían; el tiempo que llevaban buscando el embarazo fue de  $35,52 \pm 39,28$  meses (media  $\pm$  desviación estándar). En las parejas estériles se encontró que los varones mostraron una mayor preocupación por el rendimiento sexual que los del grupo control (p = 0,031). A su vez, las mujeres presentaron una mayor preocupación por el rendimiento sexual (p = 0,0412), y un descenso del deseo sexual (p = 0,0019) con respecto a sus controles. El proceso de evaluación clínica y el tratamiento para la inducción de la ovulación se asoció a una mayor ansiedad anticipatoria al acto sexual en las mujeres (p = 0,0113). No se observaron cambios en los varones.

**Conclusiones:** La esterilidad conyugal supone una situación estresante que repercute de manera negativa sobre la calidad de vida sexual. El proceso diagnóstico-terapéutico parece tener escasas repercusiones en este aspecto; no obstante, hacen falta estudios con un tamaño muestral mayor.

**Palabras clave:** Esterilidad. Reproducción asistida. Vida sexual.

#### POMS-16. ALPROSTADIL INTRAURETRAL (MUSE®): PERFIL DE SEGURIDAD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA

I. Blaha, J. Aragón Chamizo, J. Jara Rascón, D. Ramírez Martín, E. Lledó García, G. del Pozo Jiménez, T. Renedo Villar, F. Herranz Amo y C. Hernández Fernández

Servicio de Urología. Unidad de Andrología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción y objetivos:** El alprostadil en presentación de aplicación intrauretral (MUSE®) como tratamiento de la disfunción eréctil (DE) ofrece múltiples ventajas respecto a la preparación clásica en forma de inyección intracavernosa (IIC): es cómodo, seguro y al aplicarse a través del meato uretral se evitan riesgos en pacientes con tratamiento anticoagulante, además del dolor y efectos de rechazo psicológico asociados a la técnica de inyección. A diferencia de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (IPDE5), no precisa de integridad de las bandeletas neurovasculares responsables de la erección. Por último, al estar financiado por el sistema nacional de salud constituye una alternativa terapéutica muy económica. En esta revisión analizamos el cumplimiento y perfil de seguridad de pacientes tratados con MUSE® en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de 55 varones tratados con MUSE®, en consulta de Andrología entre abril de 2013 y enero de 2014, con seguimiento posterior mínimo de 1 año. Recogimos las variables de edad, comodidad de aplicación, efectos secundarios, frecuencia y continuidad del uso y tratamientos posteriores.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de 61,64 años. 44 pacientes (80%) utilizaron el MUSE® en al menos una ocasión, 11 casos (20%) no lo tomaron. 39 sujetos (88,6%) se encontraban cómodos con la vía de aplicación intrauretral, 3 (6,8%) se mostraban indiferentes y 2 (4,5%) se encontraban incómodos. 37 pacientes (84,1%) no refirieron ningún efecto secundario durante el tratamiento, 6 (13,6%) refirieron escozor uretral y 1 (2,3%) refirió cefalea. 41 (93,2%) de los pacientes utilizaron el MUSE® entre 1 y 2 veces por semana. 7 (15,9%) pacientes decidieron continuar tratamiento con MUSE®, 36 (81,8%) suspendieron el mismo por pérdida subjetiva de eficacia, mientras que 1 (2,3%) lo hizo por incomodidad en la aplicación. Actualmente, 6 sujetos (13,6%) utilizan IPDE5, 16 (36,4%) están siendo tratados con IIC y 3 (6,8%) recibieron implante de prótesis de pene. 12 (27,3%) pacientes no toman ningún tratamiento.

**Conclusiones:** El tratamiento de la DE con alprostadil intrauretral parece un tratamiento seguro y cómodo, con escasos efectos secundarios. Sin embargo, la adherencia terapéutica al mismo se vio limitada en el 81,8% de los casos por la pérdida de eficacia.

**Palabras clave:** Alprostadil. Intrauretral. MUSE<sup>®</sup>.

## POMS-17. DISFUNCIÓN SEXUAL EN EL TRATAMIENTO CON OPIOIDES DEL DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO

A. Segura<sup>1</sup>, R. Ajo<sup>2</sup>, G. Ferrández<sup>1</sup>, A. Sánchez-Barbie<sup>3</sup>, C. Margarit<sup>4</sup> y A.M. Peiró<sup>4,5</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Andrología. Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). <sup>2</sup>Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO)-HGUA. <sup>3</sup>Centro de Investigación Operacional (CIO). Facultad de Estadística. UMH. <sup>4</sup>Unidad de Dolor-HGUA. <sup>5</sup>Farmacología Clínica. Servicio de Medicina Interna. HGUA.

**Introducción y objetivos:** La Disfunción Sexual es una patología prevalente en el tratamiento con opioides en el dolor crónico no oncológico, que generalmente no es comunicada por los pacientes ni investigada por los profesionales sanitarios. Se trata por tanto de efectos secundarios infradiagnosticados e infratratados. El objetivo de este trabajo es valorar la presencia de disfunción sexual en pacientes de ambos sexos en tratamiento con opioides.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio piloto, transversal, en dolor moderado-severo (n = 263 pacientes, 143 mujeres, 120 hombres) de pacientes tratados con opiáceos a largo plazo (> 12 meses) en nuestra unidad de dolor. Se utilizan cuestionarios para evaluar el dolor (EVA) y los efectos adversos a opioides, incluyendo la función sexual con el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y el índice internacional de función eréctil (IIEF).

**Resultados:** La prevalencia global de disfunción sexual referida por los pacientes fue del 20-25% en ambos sexos. De las 143 mujeres (edad media 58 ± 12,3 años; EVA 6,2 ± 2,7, el 81% refirió disfunción sexual con IFSF medio: 15 ± 5 puntos). En los 120 hombres (edad media: 56 ± 10,6 años; EVA 5,71 ± 2,3, 75% refirió DE moderada-severa, con IIEF-Disfunción eréctil medio: 6,32 ± 3,67 puntos). Los pacientes estaban siendo tratados con tramadol (36-40%), opioides mayores (60-74%) y fármacos coadyuvantes (68-89%).

**Conclusiones:** Las alteraciones de la función sexual son un efecto adverso frecuente en los pacientes con dolor crónico no oncológico tratado con opioides. Es necesaria la intervención de los profesionales sanitarios en este campo ya que influye de manera destacada en su calidad de vida.

## POMS-18. TRATAMIENTO FOCAL EN EL ADENOCARCINOMA DE PRÓSTATA. PREVENCIÓN DEL RIESGO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL/INCONTINENCIA

M. Rosselló Barbará<sup>1</sup>, F. Lugnani<sup>2</sup>, P. Torrecillas<sup>3</sup> y M. Rosselló Gayá<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Urología, Andrología y Salud Sexual. Hospital Quirón Palma Planas. Palma de Mallorca. <sup>2</sup>Clinica Lugnani. Trieste. Italia. <sup>3</sup>Clinica Urología, Andrología y Sexología. Málaga.

**Introducción y objetivos:** Presentar las ventajas de la terapia focal con criocirugía para prevenir la disfunción eréctil y la incontinencia.

**Material y métodos:** Análisis de 6 casos realizados en nuestro centro, monitorizando el estado de función eréctil e incontinencia pre y post tratamiento focal con criocirugía en pacientes con adenocarcinoma de próstata.

**Resultados:** Análisis de los resultados de los cuestionarios y evolución de los 6 pacientes tratados con terapia focal.

**Conclusiones:** La terapia focal puede estar indicada en aquellos pacientes que reúnan las condiciones y que muestren especial interés por preservar su función eréctil/continencia después de recibir tratamiento para su adenocarcinoma de próstata.

**Palabras clave:** Criocirugía. Disfunción eréctil. Tratamiento focal. Adenocarcinoma de próstata.

## POMS-19. DISFUNCIÓN ERÉCTIL Y CICLISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A.B. Albano del Pozo, J. Mateos Blanco, M.F. Manzanedo Bueno, J.A. Cabo González, J. Mariño del Real, A.D. Urbina Lima, J.J. Colombo Stentrom y E. Polo Alonso

Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

**Introducción y objetivos:** La disfunción eréctil es una patología multifactorial que afecta a un gran número de varones (desde el 19 al 52% dependiendo de los estudios de referencia), siendo preciso un despistaje diagnóstico amplio. Presentamos el caso de un paciente de 30 años con antecedentes de colon irritable e hipotiroidismo correctamente tratado, derivado desde Atención Primaria por presentar hipoestesia en pene y disfunción eréctil, detectados tras montar en bicicleta durante 3 horas, a pesar de practicar ciclismo de forma semanal.

**Material y métodos:** En la exploración física del paciente no se encuentran alteraciones. Ante la sospecha de origen neurológico al no existir factores de riesgo vascular (sospecha de posible compresión del nervio pudendo), se solicita para completar estudio RMN de columna lumbar y TAC de suelo pélvico, sin encontrar hallazgos que justifiquen la clínica del paciente. Ante esta situación, y con este diagnóstico de sospecha clínica, se envía a Neurología para valoración, quienes confirman los hallazgos clínicos sin demostración de patología en las pruebas de imagen. Durante el seguimiento se solicita ecografía escrotal que es normal. Se recomienda no montar en bicicleta durante un periodo de tiempo, y posteriormente se pauta un inhibidor de 5PDE ante la ansiedad presente en el paciente, con miedo a las relaciones sexuales ante la dificultad para lograr la erección.

**Resultados:** El paciente presenta evolución favorable, con recuperación paulatina de normalidad en las relaciones. A los tres meses presenta parestesias solo ocasionales peneanas y erecciones que pierde con facilidad por ansiedad ante el miedo de no concluir satisfactoriamente la relación sexual, pautando el inhibidor de la 5PDE. Siete meses después presenta erecciones normales, y descarta por su parte volver a montar en bicicleta, a pesar de no indicarlo por nuestra parte. La neuropatía del pudendo tiene una incidencia de 1 de cada 2000 habitantes. Existen diferentes etiologías y modos de presentación. Siempre hay que descartar patología orgánica previamente. Aunque el ejercicio físico está relacionado con una disminución del riesgo de padecer disfunción eréctil, también existe relación establecida entre la aparición de disfunción eréctil y el ciclismo. Durante el ciclismo, el apoyo del peso del ciclista al inclinarse hacia delante genera una presión extrema sobre la región perineal que puede comprimir el nervio pudendo contra el arco púbico. Los movimientos de pedaleo también pueden conducir a la compresión del nervio pudendo en el canal de Alcock. Además, dicho nervio puede estirarse durante la inclinación hacia delante. El tiempo de presión está relacionado con la severidad de la disfunción neural. Existen recomendaciones sobre el uso de la bicicleta para prevenir la disfunción eréctil.

**Conclusiones:** En la etiología de la disfunción eréctil debemos tener en cuenta el realizar ciclismo, principalmente con sintomatología sensorial acompañante. Para diagnosticar neuropatía



del pudiendo se debe descartar patología orgánica. Existe ergonomia del ciclismo para prevenir este cuadro. El uso de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 permite disminuir la ansiedad del paciente ante un cuadro que presente resolución espontánea tras el abandono del ciclismo que realizaba sin adopción de medidas ergonómicas.

**Palabras clave:** Disfunción eréctil. Ciclismo. Neuropatía.

## POMS-20. DISFUNCIÓN ERÉCTIL TRAS FRACTURA DE PENE

L. González Pérez, P. Gutiérrez Hernández,  
D. Hernández Hernández, Y. Ortega González,  
M.A. Tamayo Jover, A. Cabral Fernández,  
V. Ramos Gutiérrez, J.G. Pérez Abreu y T. Concepción Masip

*Servicio de Urología. CHUC. San Cristóbal de La Laguna.*

**Introducción y objetivos:** La fractura de pene es una urgencia urológica, que requiere intervención quirúrgica urgente. Suele producirse por impacto del pene contra el pubis o periné de su pareja. La lesión más común es la rotura de los cuerpos cavernosos y túnica albugínea, aunque en un 12-22% se suele asociar con cuerpo esponjoso o uretra. Presenta un 9% de complicaciones postoperatorias. El tratamiento conservador no está recomendado, ya que presenta un 35% de fibrosis/angulación y un 62% de impotencia. El objetivo es evaluar el grado de complicaciones a largo plazo en las fracturas de pene del HUC en los últimos 10 años.

**Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de los traumatismos peneanos en nuestro hospital en los últimos 10 años. Se recogieron datos del paciente de forma retrospectiva (edad, mecanismo producción, pruebas, intervención...). Para valorar la situación actual del paciente y las complicaciones tardías se citaron en consulta externa. La fibrosis e incubación peneana fue valorada mediante la historia clínica y una exploración física de genitales. La función sexual se evaluó a través del IIEF. Ninguno de los pacientes presentaba STUI.

**Resultados:** Se revisaron un total de 10 pacientes, con edad media de 39 años. El mecanismo más frecuente de producción fue el coito (90%), sólo en un 10% de los pacientes fue secundario a masturbación. Un 30% presentaba uretrorragia. Un 30% de los pacientes precisaron de RN peneana, y sólo un 10% se realizó ecografía peneana previa a la misma. El 90% recibió tratamiento quirúrgico urgente. Un 33,3% presentaba rotura de cuerpos cavernosos y cuerpo esponjoso con compromiso uretral. En un 20% existieron complicaciones perioperatoria por erecciones matutinas (hematoma peneano importante con necesidad de reintervención). Actualmente sólo el 11,1% de los pacientes presenta disfunción eréctil de carácter leve (con un IIEF de 23). Existe un 33,3% de incurvación peneana, que no condicionan la penetración y el 88,9% de los paciente refieren una potencia sexual igual a la que presentaban previa al traumatismo, sin necesidad de tratamiento con IPDE-5. El 100% de los pacientes que presentaban rotura uretral, presentan un chorro normal y sin síntomas del tracto urinario inferior. El nivel de satisfacción global de los pacientes tras la cirugía es muy satisfactorio.

**Conclusiones:** La fractura de pene es una patología muy importante. La historia clínica y examinación puede darnos el diagnóstico, aunque en algunos casos se precisa de pruebas de imagen (RM/ECO). El tratamiento conservador presenta un alto porcentaje de complicaciones a largo plazo. Revisones recientes muestran un 9% de estenosis uretral, 9% de disfunción eréctil leve, 27% de fibrosis palpable y un 18% de curvatura peneana durante la erección. Y en un 91% de los pacientes la potencia sexual y micción estaba conservada. Podemos concluir que los resultados obtenidos son bastante alentadores y comparables con los con los datos publicados, presentando un bajo porcentaje de complicaciones a corto y a largo plazo.

**Palabras clave:** Fractura de pene.

## POMS-21. FRACTURA DE PELVIS Y LESIÓN DE URETRA POSTERIOR: SU REPERCUSIÓN EN LA FUNCIÓN ERÉCTIL Y LA RESPUESTA A REHABILITACIÓN PENEANA CON TADALAFIL

L.S. Gómez Guerra, A. Nieto Esquivel y M.E. Pineda Rodríguez

*Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. UANL. Monterrey. México.*

**Introducción y objetivos:** DE las lesiones del tracto urinario más discapacitantes es la de la uretra posterior. Si no se proporciona un tratamiento adecuado, pueden quedar consecuencias devastadoras para la calidad de vida, no solo afectando la continencia y la micción; sino también causar graves repercusiones en la función sexual. La incidencia de lesión uretral en fractura de pelvis es 1,6-25% (media 9,9%). Presentando disfunción eréctil en el 43-52% de estos pacientes.

**Material y métodos:** De Enero 2012 a Diciembre del 2014 se presentaron 8 pacientes con fractura de pelvis y lesión de uretra posterior asociada, todos ellos con lesión completa de uretra, con edades de 26, 26, 28, 34, 31, 36, 42 y 56 años de edad (promedio de edad: 34 años). Se les realizó alineamiento uretral de urgencia a los 8 pacientes. Se realizó el IIFE 1 mes posterior al trauma y se inició inhibidor de 5 fosfodiesterasa (tadalafil) a dosis de 5 mg cada 24 h durante 3 meses. Se tomó como grupo control 3 pacientes de 32, 35 y 40 años los cuales no recibieron dicho tratamiento. Todos los pacientes completaron el ciclo de tratamiento. Solo reportaron cefalea al inicio de tratamiento. Se realizó IIFE 1 semana posterior a los 3 meses de tratamiento con tadalafil.

**Resultados:** El IIFE fue de 7, 7, 7, 8, 9, 9, 10 y 10 (promedio IIFE inicial: 8.375) con un IIFE posterior al tratamiento de 22, 22, 23, 23, 21, 23, 20 y 12 respectivamente (promedio IIFE final: 20,75). Los pacientes control (32, 35, 40 años) refirieron una adecuada erección (permitía la penetración) 6, 12 y 14 meses posteriores al trauma respectivamente.

**Conclusiones:** Es posible realizar la rehabilitación peneana con tadalafil 5 mg cada 24 hrs de forma segura y con buenos resultados en pacientes con disfunción eréctil secundaria a lesión de uretra posterior por fractura de pelvis. Mostramos estos resultados preliminares, ya que a pesar de que nuestra serie es muy pequeña, hemos encontrado resultados prometedores, que pueden dar pie a nuevas líneas de investigación.

**Palabras clave:** Disfunción eréctil. Fractura de pelvis. Lesión uretra posterior. Rehabilitación peneana.

## POMS-22. NECROSIS DE PUNTA DE PENE. UNA SERIE DE CASOS

L.S. Gómez Guerra, A. Nieto Esquivel y M.E. Pineda Rodríguez

*Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. UANL. Monterrey. México.*

**Introducción y objetivos:** La necrosis de punta de pene es un padecimiento urológico poco común. Esta es una entidad rara, se han descrito menos de 40 casos en la literatura mundial. Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la necrosis de pene, a través de una serie de 5 casos presentados durante los últimos 18 meses.

**Material y métodos:** De los 3 casos presentados durante los últimos 18 meses, el rango de edad fue de 57 a 68 años, con una media de 64 años. La totalidad de los pacientes compartían los siguientes antecedentes: Tabaquismo > 20 paquetes/año, alcoholismo suspendido meses previos a su internamiento, tatuajes y negaban el uso de drogas recreativas. Pacientes negaban HTA y referían DM2 > 20 años de evolución con mal apego a su tratamiento en tres pacientes y sin tratamiento en dos paciente. Un paciente contaba con diagnóstico de hepatitis C. Tres pacientes fueron internados por alteración en



el estado de la conciencia asociado a uremia, por lo que fueron iniciados en terapia de remplazo renal tipo hemodiálisis; y dos por necrobiosis diabética ambos en miembro pélvico derecho. El motivo de consulta en los cinco pacientes fue fimosis e incapacidad para colocar SFTU. A los cinco pacientes fue necesario realizar postectomía con desbridación de tejido necrótico en punta de pene.

**Resultados:** Se ha descrito una alta mortalidad cuando la necrosis de pene se presenta en personas con diabetes mellitus y enfermedad renal crónica. Llegando a ser esta hasta el 50% a 6 meses.

**Conclusiones:** La necrosis de pene es una entidad clínica secundaria a múltiples patologías que afectan la circulación del pene causando isquemia, necrosis y secundariamente infección en muchos de los casos. Por medio del presente trabajo presentamos la serie más amplia a la fecha de esta patología. Se requiere ampliar la presente o futuras series para establecer una conducta terapéutica.

**Palabras clave:** Necrosis. Pene. Diabetes. Enfermedad renal crónica.

### POMS-23. ENGROSAMIENTO DE PENE CON GRASA ENRIQUECIDA CON CÉLULAS FRACCIÓN ESTROMAL

M. Rosselló Gayá<sup>1</sup>, M. Rosselló Barbará<sup>1</sup> y R. Llull<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Urología, Andrología y Salud Sexual. Hospital Quirón Palma Planas. Palma de Mallorca. <sup>2</sup>STEM CELL CENTER. Hospital Quirón Palma Planas. Palma de Mallorca.

**Introducción y objetivos:** Presentar resultados comparativos entre dos distintas formulas de tratamiento de la grasa.

**Material y métodos:** La realización del engrosamiento de pene mediante grasa del propio paciente ya es una técnica ampliamente descrita. En esta ocasión presentamos la comparativa de resultados entre la serie ya presentada en anteriores congresos, que ha ido aumentando y la nueva fórmula de enriquecimiento de la grasa mediante células de fracción estromal, con los primeros resultados de los primeros casos con más de 6 meses de evolución.

**Resultados:** Una vez sometidos análisis estadístico, la tasa de reabsorción de la grasa enriquecida con células de fracción estromal frente a la no enriquecida es inferior de una forma estadísticamente significativa.

**Conclusiones:** La nueva serie aun es limitada pero los resultados positivos en este sentido nos hacen predecir que el mejor tratamiento de la grasa y su enriquecimiento con células de fracción estromal puede ser de gran ayuda para mejorar las tasas de reabsorción en los engrosamientos de pene con grasa.

**Palabras clave:** Engrosamiento. Pene con grasa enriquecida. Células. Fracción. Estromal.

### POMS-24. IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL Y LA SEXUALIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS VARONES TRANSEXUALES

D. González González<sup>1</sup>, V. Mahtani Chugani<sup>2</sup>,  
M. Fernández Sánchez Barbudo<sup>3</sup> y D. Báez Quintana<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad de La Laguna. La Laguna. <sup>2</sup>Unidad de Investigación. CHUNSC. Santa Cruz de Tenerife. <sup>3</sup>Unidad de Atención a Transexuales. CS Ofra. Santa Cruz de Tenerife. <sup>4</sup>Unidad de Reproducción Humana. CHUC. La Laguna.

**Introducción y objetivos:** La vivencia de la transexualidad es un tema poco estudiado, la importancia de entender el proceso de reasignación de género desde la perspectiva de las personas que lo realizan es fundamental para asegurar que se ofrece el apoyo necesario para disminuir el impacto que tiene en las vidas de estas personas y su entorno. El objetivo de este estudio es conocer qué supuso para los participantes todo el proceso de reasignación de sexo, incluyendo desde los primeros contactos con el sistema sanitario hasta la

realización de intervenciones para cambiar médica y quirúrgicamente sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios. Buscamos entender cómo se sintieron en esos momentos y cómo se sienten ahora, las dificultades que han encontrado y cómo las han afrontado, y sobre todo, conocer cómo influye en su día a día su imagen corporal y qué repercusiones tiene todo este proceso en su sexualidad. Con este enfoque, se pretende comprender, desde un punto de vista más cercano, la posición de la población de varones transexuales, de manera que podamos orientar a los diversos equipos sanitarios implicados en el proceso de reasignación de sexo, para que puedan ofrecer una atención más ajustada a sus necesidades.

**Material y métodos:** Estudio cualitativo, utilizando como técnicas de recogida de datos las entrevistas individuales abiertas grabadas en audio y la redacción de diarios reflexivos. Se realizó transcripción verbatim y análisis temático con el apoyo del programa ATLAS Ti versión 6,2. Siguiendo criterios teóricos para la selección de participante con perfiles que conformaran una variedad de posibles experiencias se reclutó a 7 participantes de los cuales 5 fueron entrevistados y 2 participaron redactando el diario reflexivo.

**Resultados:** La toma de decisión en someterse a una intervención con el fin de modificar la imagen corporal para el cambio en la identidad sexual es compleja. Los factores que influyen se relacionan con la necesidad de aceptación de su propio cuerpo, la experiencia con los tratamientos hormonales, la relación con la familia y el entorno social y de pareja, el manejo de los propios miedos, la organización de los servicios sanitarios y la relación y comunicación con los profesionales sanitarios y aspectos económicos. Para comprender la iniciativa de solicitar una intervención quirúrgica de estas características es preciso conocer la trayectoria de vida. Este tipo de intervenciones repercuten en positivo en todos los ámbitos de la vida de la persona aunque no está exenta de complicaciones a diferentes niveles, y en parte relacionados con la desinformación que hay sobre el tema.

**Conclusiones:** Tanto los profesionales como los servicios sanitarios deben tener en cuenta y profundizar en el tema de conocer el significado de las intervenciones de reasignación de sexo para asegurar una mejor atención a la transexualidad.

### POMS-25. HALLAZGOS HISTOLÓGICOS DE PIEZAS DE HISTERECTOMÍA Y DOBLE ANEXECTOMÍA DE PACIENTES TRANSEXUALES EN TRATAMIENTO CON TESTOSTERONA

D.R. Báez Quintana<sup>1</sup>, C.N. Hernández León<sup>2</sup>,  
R.N. Rodríguez Rodríguez<sup>2</sup> y F. Valladares Parrilla<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reproducción Humana. CHUC. Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna. <sup>2</sup>Unidad de Reproducción Humana. CHUC. San Cristóbal de La Laguna. <sup>3</sup>Departamento de Anatomía, Anatomía Patológica y Fisiología. Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna.

**Introducción y objetivos:** La Asociación Internacional de Disforia de Género y la Asociación Harry Benjamín, proponen la histerectomía y doble anexectomía, como tratamiento quirúrgico de la disforia de género mujer-hombre. Hay autores que no la recomiendan por su irreversibilidad o rechazan el hecho de extirpar órganos sanos. Los que si están a favor, argumentan el efecto negativo de la testosterona sobre los genitales internos femeninos. Analizamos los cambios histológicos en útero, endometrio y ovarios, de 19 pacientes, en tratamiento con testosterona, comparándolos con piezas de histerectomía de mujeres intervenidas por otras causas, con la finalidad de observar diferencias achacables al tratamiento hormonal.

**Material y métodos:** Los pacientes cumplían los criterios de elegibilidad/disponibilidad. Se les realizó exploración ginecológica con citología cervical y ecografía. Firmaron su consentimiento tras ser informados de las consecuencias de la cirugía y del procedimiento. La intervención fue realizada en el quirófano habitual de

Ginecología. Las piezas fueron incluidas en formol y analizadas en el Departamento de Anatomía Patológica. La edad de los pacientes osciló entre 22 y 38 años. El tiempo medio de tratamiento con testosterona fue de 12 meses.

**Resultados:** Útero: Sus dimensiones medias fueron  $7,78 \times 4,97 \times 3,29$  cm. El espesor miometrial fue de 1,59 cm (1,1-2,1). Se constataron tres miomas y un pólipo endometrial. Cérvix: 13 presentaron metaplasia escamosa. 3 fueron descritos normales. 3 cervicitis crónicas. Endometrio: Su grosor medio 1,34 cm (0,6-2,1), todos en fase proliferativo inicial o hipotrófico. Ovarios: Tamaño medio del derecho fue de  $3,58 \times 2,23$  y el del izquierdo de  $3,35 \times 2,16$  cm. El hecho más relevante es la descripción de poliquistosis ovárica que afecta a los dos ovarios en 17 casos y solo al ovario izquierdo en uno. El tamaño de los quistes varía entre 2 y 17 mm y se distribuían pericorticalmente. Se detectó un cistoadenoma seroso.

**Conclusiones:** Existen escasas publicaciones que analicen los cambios producidos por la testosterona en los órganos genitales internos. Si comparamos las piezas con aquellas procedentes de mujeres sin tratamiento hormonal y en edad fértil, los cambios más llamativos se producen a nivel del endometrio y de los ovarios. Estos adquieren una morfología macroscópica y microscópica semejante al síndrome de ovarios poliquísticos descrito por Stein y Leventhal, la cuestión es si estos folículos quísticos son secundarios a la terapia o estaban antes. El útero no presenta diferencias en el miometrio pero sí en el endometrio. Este es más grueso en las mujeres. El efecto endometrial sería el responsable de la ausencia de menstruación. No se objetivan atipias. Concluimos que la testosterona ejerce un efecto significativo sobre el endometrio y ovarios y menos sobre el miometrio. Estudios posteriores podrían analizar estos cambios en función del tiempo de tratamiento hormonal o profundizar en cambios moleculares y receptoriales.

**Palabras clave:** Transexualidad masculina. Histerectomía.

## POMS-26. ESTUDIO CLÍNICO DE NUEVO TRATAMIENTO EN DISFUNCIÓN ERÉCTIL. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Prieto<sup>1</sup> y A. Puigvert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HRU Reina Sofía. Universidad de Córdoba. Córdoba. <sup>2</sup>Instituto de Andrología y Medicina Sexual (landroms). Barcelona.

**Introducción:** Las ondas de choque de baja intensidad (LI-ESWT del inglés) tienen propiedades angiogénicas que inducen la neovascularización de los tejidos afectados y la mejora de la circulación sanguínea. La extrapolación de estos resultados a la disfunción eréctil (DE) ha llevado a la hipótesis de que si se aplica a los cuerpos cavernosos, podría mejorar el flujo sanguíneo en el pene y la función endotelial, mejorando la erección.

**Objetivo:** Documentar los cambios vasculares que se producen en pacientes diagnosticados de DE vascular postratamiento LI-ESWT, su correlación con los cambios clínicos determinados por el IIEF/SHIM y subjetivos en cuanto a la calidad de la rigidez peneana, determinando su permanencia en el tiempo.

**Material y método:** Criterios de inclusión: pacientes diagnosticados de DE con más de 6 meses de evolución; mayores de 18 años; sexualmente activos con pareja estable; múltiples factores de riesgo cardiovascular; índice de Función Eréctil < 15 (IIEF/EF); al menos el 50% de intentos de coito infructuosos; no respondedores a IPDE-5. Criterios de exclusión: DE neurológica o psicógena; lesionados medulares; cirugía pélvica; patología médica inestable; alteraciones morfológicas del pene (Peyronie y otras); enfermedad cardiovascular que impide la actividad sexual normal. Protocolo del estudio: se reclutaron 70 sujetos con edad media/rango (53/40-66 años), IIEF/EF:  $11 \pm 1$ , no respondedores a IPDE5. Puntuación IIEF/EF pretratamiento y de 1 mes después. Estudio vascular peneano con IIC de 20 mcg de alprostadil pretratamiento y de 1 mes después. Procedimiento LI-ESWT. Se aplicaron un total de 5.000 ondas de choque.

Nivel de energía de 4. Frecuencia máxima de 8 Hz. Energía efectiva de 3,4 mJ por onda, para un total de 17.000 mJ. El protocolo consistió en una sesión semanal durante 5 semanas, en cinco zonas diferentes: tres a lo largo del cuerpo del pene, dos a nivel crural.

**Resultados:** Al mes de finalizar el tratamiento, 60 de los 70 varones (85,7%) mejoraron al menos 7 puntos en el IIEF con un incremento medio de 11 puntos; 23 (32,8%) alcanzaron una puntuación > 25. De los 70, 37 (52,8%) fueron capaces de lograr la penetración vaginal con IPD5.

**Conclusiones:** LI-ESWT es eficaz y seguro en DE no respondedora a IPDE-5. Actúan mejorando la vascularización arterial con efectos no significativos sobre el mecanismo corporovenoclusivo. Existe correlación fuerte y significativa entre la evaluación subjetiva de la función sexual mediante cuestionarios y los resultados objetivos de flujo sanguíneo en el pene. Ningún paciente reportó evento adverso durante o después del tratamiento. Los resultados se mantienen tras 1 año de seguimiento, aunque dependiendo del control de los factores etiológicos desencadenantes de la DE.

## Medicina reproductiva

### POMR-01. RELACIÓN ENTRE MEIOSIS EN BIOPSIA TESTICULAR Y FRAGMENTACIÓN DE ADN, APOPTOSIS Y DIPLOIDÍAS EN SEMEN EYACULADO

M. Brassesco Macazaga<sup>1</sup>, P. Godoy Barahona<sup>1</sup>, R. Lafuente Varea<sup>1</sup>, G. López Granollers<sup>1</sup>, E. Fabián Bonaño<sup>1</sup>, A. García Peiró<sup>2</sup>, J. Ribas Maynou<sup>2</sup> y C. Brassesco Julio<sup>1</sup>

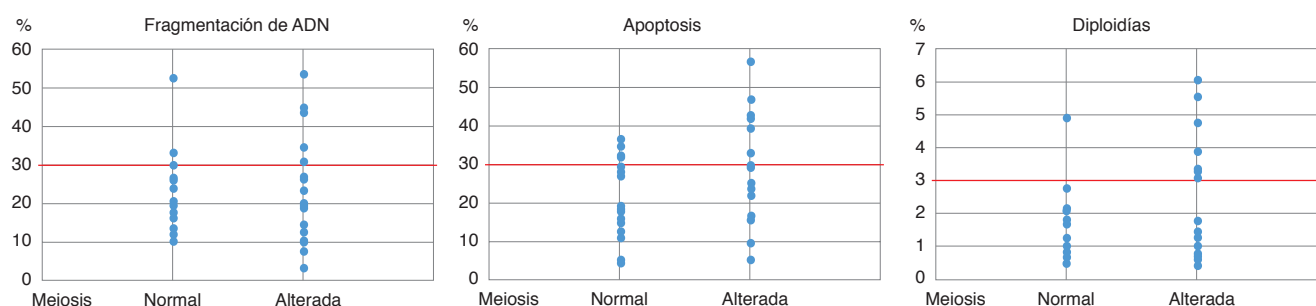
<sup>1</sup>Centro de Infertilidad y Reproducción Humana.

<sup>2</sup>Clínica Corachán. Barcelona. <sup>3</sup>CIMAB. Parc de Recerca de la UAB. Bellaterra. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Actualmente se necesita un estudio más profundo y detallado del semen; por lo que se han ido desarrollando distintos biomarcadores seminales para brindar un diagnóstico más preciso del factor masculino en la infertilidad. El objetivo de este estudio es valorar la relación entre los resultados de la meiosis encontrados en la biopsia testicular (BT) con los resultados de la fragmentación de ADN (%SDF), diploidías y apoptosis encontrados en el semen eyaculado.

**Material y métodos:** Se incluyeron 44 pacientes con ambos estudios de biopsia testicular y muestra de semen eyaculado. Todos tenían una historia de fallo de implantación después de dos ciclos de FIV y  $\geq 6$  embriones transferidos en total. Los resultados de la meiosis fueron alterados en 21 pacientes, mientras que estuvieron normales en los otros 23. Cada muestra fue analizada para la fragmentación (%SDF) utilizando el ensayo de la estructura de la cromatina espermática (SCSA), el test de diploidías basado en la tinción de yoduro de propidio y marcadores de apoptosis. Todos los datos fueron obtenidos por citómetro de flujo (Analizador MACS-Quant, Milteniy-Biotec). Los resultados fueron considerados como alterados cuando el % de SDF fue > 30%, la apoptosis fue > 30% y las diploidías > 3%.

**Resultados:** Al comparar los resultados de las meiosis alteradas con las normales no se encontró diferencia en la media de fragmentación. Por otro lado, 5 de 23 (21%) de las meiosis normales y 5 de 21 (24%) de las meiosis alteradas tenían %SDF alterados. En cuanto a las diploidías; el promedio en la meiosis normal fue de 1,4%, mientras que en la meiosis alterada fue de 2,5%. 1 de 23 (4%) de las meiosis normales y 8 de 21 (38%) de las alteradas tuvieron valores anormales de diploidías. La apoptosis fue del 20,9% en las meiosis normales y del 28,1% en las alteradas. 6 de 23 (26%) meiosis normales contra 8 de 21 (38%) meiosis alteradas tuvieron valores



Figuras Póster POMR-01

anormales de apoptosis. Los 5 valores de apoptosis que se encuentran > 40% son del grupo de las meiosis alteradas.

**Conclusiones:** Aunque el número de pacientes es pequeño, los valores de fragmentación del ADN > 30%, diploidias > 3% y apoptosis > 40% pueden hacernos sospechar de que pudiera existir una meiosis alterada de base. Se necesita un mayor número de pacientes para confirmar estos datos preliminares, además deben incluirse los resultados clínicos como los fallos de implantación y abortos para un manejo más integral del paciente.

**Palabras clave:** Meiosis en biopsia testicular. Seminoanálisis avanzado.

## POMR-02. ¿FISH O FRAGMENTACIÓN DEL ADN? DIFERENTES APROXIMACIONES DIAGNÓSTICAS CON DIFERENTES RESULTADOS

M.A. Checa<sup>1</sup>, R. Lafuente<sup>2</sup>, G. López-Granollers<sup>2</sup>, J. Ribas-Maynou<sup>3</sup>, A. García-Peiró<sup>3</sup>, J. Benet<sup>4</sup> y M. Brassesco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología. Parc de Salut Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH). Barcelona. <sup>3</sup>Centro de Infertilidad Masculina y Análisis de Barcelona (Cimab). Parc de Recerca UAB. Bellaterra. Barcelona. <sup>4</sup>Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Se estima que en un 70% de los fallos de implantación existe un origen genético. Con el fin de determinar la presencia de factores genéticos relacionados con la infertilidad masculina, el estudio de aneuploidias mediante FISH y el estudio de la fragmentación del ADN espermático son metodologías comúnmente utilizadas. En relación a la fragmentación del ADN espermático, estudios recientes señalan al método COMET alcalino como la técnica más sensible mientras que al SCSA (sperm chromatin structure assay) como la menos sensible. El objetivo de este estudio fue determinar el grado de coincidencia en el diagnóstico entre los métodos mencionados.

**Material y métodos:** El estudio de aneuploidias se realizó en 49 pacientes infértiles mediante FISH en núcleos descondensados de espermatozoide, utilizando sondas específicas para los cromosomas X, Y, 18, 13, 21 (Vysis, Abbott Molecular, Illinois, USA). El estudio de fragmentación del ADN se realizó en 18 casos mediante la técnica SCSA (Evenson y col., 1980) y en 31 casos mediante el ensayo COMET alcalino (Ribas-Maynou y col., 2012).

**Resultados:** En 20/49 casos analizados (40,8%) se observaron porcentajes de espermatozoides aneuploides significativamente incrementados. En 16/31 casos analizados (51,6%) se observaron valores de fragmentación del ADN espermático alterados mediante COMET alcalino. En 1/18 casos analizados (5,6%) se observaron valores de fragmentación del ADN espermático alterados mediante SCSA. Se observó una coincidencia del diagnóstico alterado o normal del 65% entre la técnica COMET alcalino y FISH, mientras que la coincidencia

entre SCSA y FISH fue del 44%. En pacientes con FISH normal, el análisis mediante Comet alcalino reveló que 9/31 pacientes (29%) presentaron valores alterados de fragmentación del ADN espermático.

**Conclusiones:** El análisis de la fragmentación mediante el ensayo COMET alcalino y el estudio de aneuploidias mediante FISH presentaron resultados más coincidentes que el análisis de fragmentación mediante SCSA. Un 29% de los casos diagnosticados como FISH normal podrían presentar fragmentación del ADN de cadena sencilla alterada.

**Palabras clave:** Fragmentación del ADN. FISH.

## POMR-03. EFECTOS DIFERENCIALES DE LOS MÉTODOS DE SELECCIÓN ESPERMÁTICA SWIM-UP Y GRADIENTES DE PERCOLL SOBRE DIFERENTES TIPOS DE FRAGMENTACIÓN DEL ADN ESPERMÁTICO

E. García<sup>1</sup>, L. Costa<sup>1</sup>, J. Ribas-Maynou<sup>2</sup>, M.J. Amengual<sup>3</sup>, E. Rodríguez-Sánchez<sup>3</sup>, R. Lafuente<sup>4</sup>, M. Brassesco<sup>4</sup>, J. Benet<sup>5</sup>, A. García-Peiró<sup>2</sup> y M.A. Checa<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Servei de Ginecologia. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-UAB. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Infertilidad Masculina y Análisis de Barcelona (Cimab). Parc de Recerca UAB. Bellaterra. Barcelona. <sup>3</sup>UDIAT. Centre Diagnòstic. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-UAB. Barcelona. <sup>4</sup>Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH). Barcelona. <sup>5</sup>Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. <sup>6</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología. Parc de Salut Mar. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Estudios previos han demostrado que la determinación del tipo de daño en el ADN espermático, fragmentación de cadena sencilla (ssSDF) o de cadena doble (dsSDF), aporta un valor clínico diferencial que no puede ser ignorado. Mientras que el daño de cadena sencilla se asocia a capacidad de embarazar, el daño de doble cadena tiene un efecto a nivel de fallos de implantación y aborto durante el primer trimestre de gestación. Desde que la mayoría de otros estudios se refieren a la fragmentación de forma global utilizando métodos que no distinguen entre tipos de daño cabe esperar que las consecuencias clínicas que cada tipo de daño producen no sean debidamente identificadas. Por otra parte, se ha publicado que los sistemas de selección espermática como el swim up (SWU) y los gradientes de percoll (GDP) reducen significativamente el daño "global" del ADN, pero hasta nuestro conocimiento, pocos estudios han determinado el efecto diferencial de estos tratamientos sobre la cadena sencilla o doble del ADN espermático en eyaculados procedentes de pacientes infértiles. El objetivo del presente estudio fue determinar la ssSDF y dsSDF antes y después de selección espermática mediante las técnicas swim-up y gradientes de percoll.

**Material y métodos:** Se determinó la fragmentación del ADN espermático de cadena sencilla y doble en un total de 140 muestras de semen procedentes de individuos infértiles mediante el método COMET en condiciones de pH alcalino y neutro, respectivamente. El análisis se realizó en espermatozoides procedentes de eyaculado antes y después de realizar SWU y GDP. El análisis estadístico se realizó con el test de Wilcoxon para muestras pareadas. El nivel de significación estadística se fijó en el 95% del intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se observó una reducción estadísticamente significativa de la ssSDF ( $p < 0,001$ ) y dsSDF ( $p = 0,002$ ) tras el SW-UP que pasó del  $48\% \pm 12$  al  $42\% \pm 12$  y del  $61\% \pm 16$  al  $59\% \pm 17$ , respectivamente. Con GDP se observó una reducción estadísticamente significativa de la ssSDF ( $p < 0,001$ ) y dsSDF ( $p < 0,001$ ) que pasó del  $51\% \pm 14$  al  $40\% \pm 12$  y del  $63\% \pm 15$  al  $58\% \pm 17$ , respectivamente. En global, los dos métodos redujeron de media un 10% el daño de cadena sencilla y un 3,5% el de doble cadena.

**Conclusiones:** Ambos métodos consiguen reducir el porcentaje de espermatozoides con fragmentación del ADN de forma similar si bien la fragmentación de cadena sencilla se redujo casi el triple que la fragmentación de doble cadena.

#### POMR-04. ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD DE LA FRAGMENTACIÓN DEL ADN ESPERMÁTICO Y OTROS PARÁMETROS SEMINALES DE INDIVIDUOS INFÉRTILES

J. Ribas-Maynou<sup>1</sup>, E. García<sup>2</sup>, L. Costa<sup>2</sup>, M. J. Amengual<sup>3</sup>, A. Belaguas<sup>3</sup>, E. Rodríguez-Sánchez<sup>2</sup>, J. Benet<sup>4</sup> y A. García-Peiró<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Infertilidad Masculina y Análisis de Barcelona (Cimab). Parc de Recerca UAB. Bellaterra. Barcelona. <sup>2</sup>Servei de Ginecologia. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-UAB. Barcelona.

<sup>3</sup>UDIAT. Centre Diagnòstic. Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-UAB. Barcelona. <sup>4</sup>Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra.

**Introducción y objetivos:** La variabilidad intra-individuo se define como la oscilación que una variable de naturaleza biológica presenta dentro de un mismo individuo mientras que, la precisión de un análisis, se refiere a la dispersión del conjunto de valores obtenidos a partir de una serie de mediciones de una misma magnitud, siendo mayor la precisión cuanto menor es la dispersión. La variabilidad intra-individuo y la precisión del análisis deben ser controlados con la finalidad de ofrecer datos clínicos fiables. En concreto, los parámetros seminales como concentración, movilidad progresiva y fragmentación del ADN espermático son magnitudes biológicas en general utilizadas para diagnosticar la infertilidad masculina, si bien, existen pocos estudios que determinen la variabilidad intra-individuo y la precisión. El objetivo de este estudio ha sido determinar la variabilidad intra-individuo de la fragmentación del ADN espermático de cadena sencilla, de cadena doble (ssSDF y dsSDF), la concentración y la movilidad progresiva en eyaculados procedentes de varones infértiles obtenidos durante un periodo máximo de 3 meses.

**Material y métodos:** Para determinar la variabilidad intra-individuo, 88 eyaculados de 31 pacientes infértiles fueron incluidos. Cada paciente aportó de dos a cuatro eyaculados durante un periodo máximo de 3 meses. Para evaluar la variación inter-análisis, un mismo eyaculado ( $n = 60$ ) fue analizado un mínimo de dos veces. Los parámetros de concentración y movilidad espermática se determinaron mediante el software SCA (Microptic, Barcelona). La ssSDF y dsSDF se determinó mediante el ensayo COMET alcalino y neutro, respectivamente. Ningún software de análisis específico para COMET fue utilizado. El coeficiente de variación (CV%) fue la variable utilizada.

**Resultados:** El promedio del coeficiente de variación (CV) intra-individuo fue del 45% para la concentración espermática; 27% para la movilidad progresiva; 20% para la ssSDF y 24% para la dsSDF. El CV de la concentración espermática fue estadísticamente superior al del resto de variables ( $p < 0,01$ ). El promedio del coeficiente de variación (CV) inter-análisis fue 3% para la concentración espermática; 12,5% para la movilidad progresiva; 8% para la ssSDF y 10% para la dsDNA. El CV de la concentración espermática fue estadísticamente más preciso que el resto de variables ( $p < 0,01$ ). No se observaron diferencias significativas entre la precisión obtenida en el análisis de fragmentación y en el de la movilidad progresiva ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** La variabilidad intra-individuo fue mayor en la concentración que en la movilidad progresiva o la ssSDF o dsSDF. La medida de la concentración espermática mediante software específico presentó la mayor precisión analítica mientras que el análisis de la fragmentación sin análisis mediante software y el de la movilidad progresiva mediante software específico ofrecieron una precisión similar. En el rango de tiempo de 3 meses la fragmentación del ADN fue la variable biológica más estable de todas las analizadas.

#### POMR-05. ESTUDIO DE LA FRAGMENTACIÓN DE DOBLE CADENA DEL ADN ESPERMÁTICO EN ESPERMATOZOIDE ÚNICO SELECCIONADO MEDIANTE CRITERIOS MSOME

J. Ribas-Maynou<sup>1</sup>, C. Brassesco<sup>2</sup>, R. Lafuente<sup>2</sup>, J. Benet<sup>3</sup>, M. Brassesco<sup>2</sup> y A. García-Peiró<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Infertilidad Masculina y Análisis de Barcelona (Cimab). Parc de Recerca UAB. Bellaterra. Barcelona. <sup>2</sup>Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH). Barcelona.

<sup>3</sup>Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.

**Introducción y objetivos:** La morfología espermática aporta un valor sustancial en el diagnóstico de la infertilidad y en el pronóstico en tratamientos de reproducción asistida (TRA). Junto a la movilidad progresiva, constituyen dos de los criterios con mayor peso específico en la selección de cada espermatozoide previo a tratamiento ICSI. Por otra parte, algunos autores han asociado positivamente la técnica MSOME (motile sperm organelle morphology examination) que permite seleccionar de una forma más precisa espermatozoides con morfología normal, sin vacuolas en su citoplasma, con mayores tasas de embarazo, mayores tasas de nacimientos y menores tasas de aborto; al contrario que otros autores que no han encontrado ninguna asociación y se oponen a dichos resultados. La fragmentación del ADN espermático, en su vertiente de cadena doble (dsSDF) puede comportar un riesgo de alteración cromosómica en el embrión. La selección de espermatozoides libres de este tipo de daño podría representar una mejora en los resultados de TRA. El principal objetivo del presente estudio preliminar fue determinar la presencia de dsDNA en espermatozoide seleccionado con los criterios de a) ICSI y b) MSOME.

**Material y métodos:** Se ha utilizado un microscopio invertido equipado con un micromanipulador para seleccionar 70 espermatozoides de diferentes pacientes infértiles según criterio habitual para ICSI. La técnica MSOME se utilizó para seleccionar hasta 25 espermatozoides de grado I, 100 espermatozoides de grado II, 100 de grado III y 100 de grado IV. Para determinar la dsSDF, el ensayo COMET neutro, con algunas modificaciones, se aplicó en cada uno de los espermatozoides seleccionados.

**Resultados:** Un 56% de los espermatozoides seleccionados para ICSI presentaron dsSDF. Los espermatozoides seleccionados mediante MSOME presentaron dsSDF en un 48% para grado I; 42%, para grado II; 58%, para grado III; y 64%, para grado IV. Si bien, existe una relación entre los criterios de morfología y vacuolización con la dsSDF.



**Conclusiones:** Aproximadamente la mitad de los espermatozoides seleccionados para ICSI y de los espermatozoides seleccionados por MSOME presentan dsSDF. El estudio de dsSDF en espermatozoide único seleccionado podría aportar información sobre cuál de los dos tratamientos, ICSI o MSOME es más eficiente para cada paciente.

#### POMR-06. RELACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS CITOGENÉTICOS Y FISH DE ESPERMATOZOIDES EN ESTERILIDAD MASCULINA

A. Segura<sup>1,2</sup>, A. Urbano<sup>2,3</sup>, I. Ochando<sup>3</sup>, M.A. de Pedro<sup>3</sup>, J.J. López-Gálvez<sup>1,2</sup>, M. Lloret<sup>1,2</sup>, C. Avilés<sup>1,2</sup> y J. Rueda<sup>2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Unidad de Reproducción. Clínica Vistahermosa. Alicante.

<sup>2</sup>Cátedra de Biomedicina Reproductiva. Universidad Miguel Hernández (UMH)-Clínica Vistahermosa. Alicante.

<sup>3</sup>Unidad de Genética. Clínica Vistahermosa. Alicante.

<sup>4</sup>Departamento de Histología. UMH. Alicante.

**Introducción y objetivos:** El polimorfismo es una variante de la normalidad del cariotipo. Se ha sugerido una relación entre polimorfismo y esterilidad; podría relacionarse con la existencia de alteraciones meióticas que pueden detectarse por análisis de hibridación in situ fluorescente (FISH) en el espermatozoide. Evaluamos los resultados del FISH de espermatozoides para valorar la relación entre los polimorfismos y la esterilidad masculina.

**Material y métodos:** Se evalúa el cariotipo en sangre periférica y las tasas de aneuploidia espermática (disomía y diploidia) en los cromosomas 13, 18, 21, X e Y mediante FISH en 254 hombres estériles con cariotipo sin reordenamientos estructurales.

**Resultados:** 85 pacientes (33,5%) presentaron alteraciones en el FISH. 52 pacientes (20,4%) presentaban algún polimorfismo. El 22,6% de los pacientes con polimorfismo mostraba un FISH alterado frente al 19,7% de los pacientes con polimorfismo y FISH normal. El polimorfismo más frecuente encontrado fue el 9qh+ (11%). No hubo diferencias significativas en el FISH espermático patológico entre individuos con polimorfismos cromosómicos y con cariotipo normal (36,5% vs 32,7%;  $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Aunque algunos estudios han demostrado que en la población estéril hay una mayor prevalencia de polimorfismos que en la población normal, nuestros datos muestran que no parece haber correlación entre la presencia de variables cromosómicas y la posible alteración de la meiosis estudiada mediante FISH.

#### POMR-07. EFECTO EN LA LONGITUD TELOMÉRICA DE LA SELECCIÓN ESPERMÁTICA MEDIANTE GRADIENTES DE PERCOLL Y SWIM-UP

E. Bosch<sup>1</sup>, R. Lafuente<sup>2</sup>, C. Brassesco<sup>2</sup>, J. Ribas-Maynou<sup>3</sup>, M.A. Checa<sup>4</sup>, M.J. Amengual<sup>5</sup>, J. Benet<sup>1</sup>, A. García-Peiró<sup>3</sup> y M. Brassesco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona.

<sup>2</sup>Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH). Barcelona.

<sup>3</sup>Centro de Infertilidad Masculina y Análisis de Barcelona (Cimab). Parc de Recerca UAB. Bellaterra. Barcelona. <sup>4</sup>Departamento de Obstetricia y Ginecología. Parc de Salut Mar. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. <sup>5</sup>UDIAT. Centre Diagnòstic, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí. Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí-UAB. Sabadell. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Los telómeros son secuencias repetitivas de ADN localizadas en los extremos de los cromosomas que desempeñan funciones relacionadas con la preservación de la integridad genética y el control del ciclo celular. Diversos estudios experimentales han asociado el acortamiento telomérico con al-

teraciones en la meiosis a nivel de formación de quiasmas, concentración espermática e incluso en etapas iniciales del desarrollo embrionario. Mecanismos efectores de daño en el ADN como el estrés oxidativo o determinadas enzimas con actividad nucleasa contribuyen en el acortamiento de los telómeros. Más recientemente se ha demostrado que determinadas sustancias y tratamientos farmacológicos podrían contribuir al daño por acortamiento telomérico. El objetivo de este estudio preliminar fue determinar la longitud telomérica en espermatozoide procedente de eyaculado antes y después de selección espermática mediante gradientes de Percoll (GDP) y Swim-up (SWU).

**Material y métodos:** Se han realizado GDP o SWU en dos cohortes de 15 eyaculados cada una, procedentes de pacientes infértiles. El análisis de la longitud telomérica se ha realizado mediante hibridación in situ fluorescente cuantitativa (Q-FISH) con sondas PNA (Peptide Nucleic Acid; PNA-FICT conjugado CCCTAA; Panagene). Previo a la hibridación, los espermatozoides fueron fijados en Carnoy y desnaturalizados en una solución 0,5M de NaOH durante 4' a temperatura ambiente y deshidratados en etanol al 70%, 90% y 100% durante dos minutos cada uno. La sonda fue desnaturalizada a 72 °C durante 6 minutos. A cada muestra se añadieron 15 µL de solución de hibridación que contenía 800 ng/mL de sonda PNA, 10 mM NaHPO<sub>4</sub>, 10 mM NaCl, 20 mM Tris y 70% de Formamida. La intensidad de fluorescencia se capturó mediante un microscopio de epifluorescencia Nikon equipado con un sistema de captura (Metasystems, Boston, USA). Un software específico para análisis de la intensidad telomérica, TFL-Telo, fue utilizado. Como control interno se utilizó una línea celular tumoral de longitud telomérica conocida a partir de la cual se extrapolaron los resultados obtenidos en las muestras de semen analizadas antes y después de los tratamientos de selección espermática. Se realizó el test de Wilcoxon para muestras pareadas. El nivel de significación estadística se fijó en el 95% del intervalo de confianza ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** La longitud telomérica fue de  $2,87 \pm 4,28$  Kb y  $3,11 \pm 4,05$  Kb antes y después del swim-up, respectivamente, y  $3,64 \pm 2,28$  Kb y  $3,62 \pm 2,09$  Kb, antes y después de GDP, respectivamente. Los resultados no presentaron diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Los espermatozoides seleccionados mediante swim-up o gradientes de percoll no presentan diferencias respecto a la muestra total en cuanto a longitud telomérica. Los datos obtenidos hasta el momento indican que SWU o GDP no tienen un efecto sobre la longitud telomérica del espermatozoide, más datos son necesarios para confirmar estos resultados.

#### POMR-08. MEDIDA DE LA LONGITUD TELOMÉRICA DURANTE LA ESPERMATOGÉNESIS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MEIOSIS ALTERADA Y NORMAL

L. Carretero<sup>1</sup>, E. Fabián<sup>2</sup>, R. Lafuente<sup>2</sup>, G. López-Granollers<sup>2</sup>, C. Brassesco<sup>2</sup>, J. Ribas-Maynou<sup>3</sup>, J. Benet<sup>1</sup>, A. García-Peiró<sup>3</sup> y M. Brassesco<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departament de Biologia Cel·lular, Fisiologia i Immunologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona.

<sup>2</sup>Centro de Infertilidad y Reproducción Humana (CIRH). Barcelona.

<sup>3</sup>Centro de Infertilidad Masculina y Análisis de Barcelona (Cimab). Parc de Recerca UAB. Bellaterra. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Estudios previos han aportado evidencias de que la longitud telomérica se incrementa durante la espermatogénesis. Este aumento es especialmente significativo entre las fases de espermátida redonda hasta espermatozoide. Interesantemente, el aumento de la longitud telomérica entre estos estadios celulares parece obedecer a ciertos mecanismos no dependientes de telomerasa todavía no caracterizados. Como resultados del proceso, el espermatozoide tiene una longitud telo-

mérica que al menos duplica la de cualquier estadio celular previo y cuya función principal sería proteger y mantener la integridad cromosómica. El objetivo del presente estudio ha sido determinar la longitud telomérica en las etapas de: espermatogonia en interfase, espermatozoides en profase I y espermatozoides testiculares a partir de extensiones de estadios meióticos obtenidos de biopsias testiculares de pacientes infértiles con diagnóstico de: a) meiosis alterada y no alterada y b) seminograma normal (SMN) y oligoastoteratozoospermia (OAT).

**Material y métodos:** Se han incluido en el estudio muestras de biopsia testicular de 18 pacientes infértiles. El análisis de la longitud telomérica se ha realizado mediante hibridación in situ fluorescente cuantitativa (Q-FISH) con sondas PNA (Peptide Nucleic Acid; Panagene). Brevemente, la biopsia testicular fue tratada con una solución hipotónica durante 1 hora a 37 °C y disgregada hasta obtener una suspensión celular. Tras la sedimentación de los túbulos seminíferos, las células fueron fijadas con una solución de carnoy y extendidas en portaobjetos. Cada extensión fue tratada para desnaturalizar el ADN mediante una solución de 0,5 M NaOH y la Q-FISH se realizó a temperatura ambiente en la solución de hibridación que contenía 800 ng/mL de sonda PNA. La intensidad de fluorescencia se capturó mediante un microscopio de epifluorescencia Nikon equipado con un sistema de captura (Metasystems, USA) y se analizó mediante un software específico (TFL-Telo). Como control interno se utilizó una línea celular tumoral de longitud telomérica conocida a partir de la cual se extrapolaron los resultados.

**Resultados:** La longitud telomérica media en espermatogonias interfásicas, espermatozoides en profase I y en espermatozoides testiculares fue  $1,30 \pm 0,6$  Kb,  $1,31 \pm 0,7$  Kb y  $3,53 \pm 2,0$  Kb, respectivamente, para el grupo de pacientes con diagnóstico de meiosis normal, y  $1,17 \pm 0,3$  Kb,  $1,04 \pm 0,4$  Kb y  $3,31 \pm 2,0$  Kb respectivamente para el grupo con meiosis alterada. Interesantemente, la longitud telomérica de espermatozoides testiculares en el grupo OAT fue de 4,06 Kb duplicando la del grupo SMN, sugiriendo una relación entre longitud telomérica y concentración espermática, si bien no se encontraron diferencias significativas ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** La longitud telomérica se incrementa en espermatozoides testiculares respecto a la que presenta la etapa de la profase I meiótica. Los telómeros de individuos OAT podrían ser más largos que los de individuos SMN, futuros estudios deberán confirmar los presentes resultados.

## POMR-09. CARACTERIZACIÓN FUNCIONAL DE PATRONES ESPECÍFICOS DE TERATOZOOSPERMIA SEVERA

O. López Rodrigo<sup>1</sup>, A. Mata Vila<sup>1</sup>, A. García Gimenez<sup>1</sup>, O. Martínez-Pasarell<sup>1</sup>, R. Gustá Clavell<sup>1</sup>, J. Sánchez Curbelo<sup>2</sup>, M.J. Saiz Eslava<sup>3</sup>, C. Chianese<sup>4,5</sup>, D. Lo Giacco<sup>6</sup>, O. Bogle<sup>7</sup>, C. Attardo Parrinello<sup>7</sup>, R. Oliva Virgili<sup>7</sup> y L. Bassas Arnau<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Seminología y Embriología. Fundació Puigvert. Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Andrología. Fundació Puigvert. Barcelona. <sup>3</sup>Servicio de Ginecología. Hospital de la Santa Creu y Sant Pau. Barcelona. <sup>4</sup>Laboratorio de Biología Molecular. Fundació Puigvert. Barcelona. <sup>5</sup>Departamento de Ciencias Biomédicas Experimentales y Clínicas. Universidad de Florencia. <sup>6</sup>Laboratorio de Genómica del Cáncer VHIO. Barcelona. <sup>7</sup>Laboratorio de Genética Humana. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. IDIBAPS Hospital Clínic. Barcelona.

**Introducción y objetivos:** Determinados síndromes relacionados con teratozoospermias severas (globozoospermia y macrocefalia) afectan negativamente la constitución y la función espermática y en consecuencia, el pronóstico de fertilidad. Los objetivos de este estudio son caracterizar los parámetros biológicos de individuos con fenotipos de teratozoospermia severa, y establecer una correlación con los resultados reproductivos.

**Material y métodos:** Se analizaron los parámetros seminales clásicos de 28 hombres con esterilidad primaria. Se establecieron 3 grupos según el fenotipo morfológico predominante, evaluado en extensiones teñidas con panóptico rápido (PR). El grupo A ( $n = 2$ ) presentaba un 100% de globozoospermia (cb-GL), el grupo B ( $n = 23$ ) presentaba cb-GL parcial ( $< 90\%$ ) más otros defectos graves, como ausencia del acrosoma (cb-AA), y el grupo C ( $n = 3$ ) mostró macrocefalia (cb-M) y/o cabezas dobles o múltiples (cb-DM), así como flagelos dobles o múltiples (fl-DM) y menos del 10% de cb-GL. Se utilizó la lectina pisum sativum agglutinin (PSA) para visualizar la morfología y la integridad de los acrosomas. La fragmentación del DNA espermático (FDE) se determinó mediante TUNEL, y el estudio de aneuploidias espermáticas mediante FISH en espermatozoides con 5 sondas (cromosomas 13, 18, 21, X e Y).

**Resultados:** No se observaron diferencias en la concentración y la motilidad espermática progresiva entre los tres grupos. Todos los patrones morfológicos evaluados mostraron diferencias significativas entre los grupos A, B y C. El patrón fenotípico ca-M predominó en el grupo C comparado con el grupo B ( $45 \pm 7,8$  vs  $10 \pm 5,4$ ;  $p < 0,001$  respectivamente) así como fl-DM ( $87 \pm 7,5$  vs  $21,3 \pm 13,1$ ;  $p < 0,001$  respectivamente). La tinción con PSA en los grupos A y B mostró correlación con los defectos acrosómicos (cbSA + cbGL) evaluados con PR, pero en el grupo C la tinción con PSA mostró un porcentaje de ausencia de acrosoma ( $89,5 \pm 0,7$ ) superior a cbSA + cbGL evaluado con PR ( $23 \pm 5$ ). Los valores de FDE para los grupos A, B y C fueron  $38,5 \pm 6,4$ ;  $34,2 \pm 12,5$  y  $44,5 \pm 10,6$  respectivamente (valor referencia  $< 20\%$ ). La suma de anomalías cromosómicas totales en el grupo C ( $99,7 \pm 0,5$ ), fue superior que en los grupos A y B ( $1,5 \pm 1,1$  y  $3,4 \pm 4,0$ ;  $p < 0,016$  respectivamente). Se realizaron técnicas de reproducción asistida en 19 parejas (A = 2; B = 15; C = 2), donde la tasa de fecundación por grupos fue de 8,8%; 63,5% y 50% (A, B y C respectivamente), y la tasa de gestación por ciclo de 33% (1 de 3), 12% (3 de 15) y 0%, en los grupos A, B y C respectivamente. Se produjeron 2 gestaciones espontáneas, ambas pertenecientes al grupo B.

**Conclusiones:** 1. Las globozoospermias totales o parciales presentan incrementos de la fragmentación del DNA y las aneuploidias espermáticas. 2. Los síndromes teratozoospermicos severos con macrocefalia, o cabezas y colas dobles o múltiples muestran la mayor tasa de aneuploidias. 3. Los resultados reproductivos en las teratozoospermias dependen del fenotipo específico, y justifican el examen detallado de las anomalías morfológicas del seminograma.

**Palabras clave:** Teratozoospermia. Globozoospermia. Macrocefalia.

## POMR-10. ALTERACIONES EN LOS PARÁMETROS SEMINALES POR EL USO DE TELÉFONOS CELULARES EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

F. Vázquez Rengifo, M. Alvis Núñez, G. Morales, L. Rueda, M. Freite, L. Vega y M. Peñuela

Universidad del Norte. Programa de Medicina. Barranquilla. Colombia.

**Introducción y objetivos:** Estudios anteriores han planteado un impacto negativo sobre la fertilidad masculina y el uso de celulares. Establecer la relación existente entre el uso de teléfonos móviles y la alteración de los parámetros seminales en estudiantes universitarios.

**Material y métodos:** Estudio exploratorio descriptivo de tipo transversal realizado en 47 Estudiantes universitarios que usan celulares. Fuente de información Primaria. Se efectuó una solicitud individual, por medio de un consentimiento informado, donde dieron autorización para el análisis de su muestra de semen y del uso de la información recogida en las encuestas para el estudio. Variables estudiadas: sociodemográficas, uso de celular, parámetros

seminales, estilo de vida. La tabulación de los datos, se realizó de forma mecánica, utilizando el programa Excel. Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS versión 20.

**Resultados:** Se observa disminución en cuanto al conteo y movilidad total de espermatozoides en aquellas personas que usan su celular desde hace 9 y 13 años en comparación de aquellos que lo usaron menos años (5 a 8 años; se encontró una disminución de la concentración total, movilidad y vitalidad en aquellos que afirmaron tener un celular gama alta, con relación a los que tenían gama baja; no se encontró relación entre el tiempo de uso del teléfono celular en el bolsillo del pantalón y la alteración de los parámetros seminales.

**Conclusiones:** No se encontró una relación clara entre alteraciones en los parámetros seminales y la exposición a los teléfonos celulares. Es necesario incluir en el estudio una muestra mayor para lograr significancia estadística y mejorar la toma de los datos en cuanto al uso en horas al día por el sesgo de información encontrado que altera la significancia de los resultados. Sería recomendable la realización de estudios prospectivos, que a largo plazo evalúen la relación del uso de teléfonos celulares y las variables del espermograma descritas, debido a que todos los estudios realizados hasta el momento han sido de tipo transversal y retrospectivo.

**Palabras clave:** Infertilidad masculina. Ondas de radiofrecuencia. Teléfonos móviles. Parámetros seminales. Espermograma.

#### POMR-11. PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PAREJAS INFÉRTILES CON FACTOR MASCULINO

M.Y. Ortega González, P.R. Gutiérrez Hernández, L. González Pérez, M.A. Tamayo Jover, A.V. Cabral Fernández, D. Hernández Hernández, R. González Álvarez, A.C. Plata Bello, B.Y. Padilla Fernández y T. Concepción Masip

*Servicio de Urología. CHUC. San Cristóbal de La Laguna.*

**Introducción y objetivos:** Las dificultades para concebir afectan al 15% de las parejas. Estas dificultades alteran su bienestar psicológico en muchos casos, y pese a esto, pocos estudios existen al respecto que indaguen en este campo. El estudio que presentamos surgió con el fin de evaluar la prevalencia de depresión en las parejas que consultan por infertilidad en nuestra Unidad.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un análisis prospectivo de las parejas que acudieron a la Unidad de Andrología remitidas desde la Unidad de Reproducción Humana por alteraciones en el seminograma. Se pasó a ambos miembros el Inventario de Depresión de Beck II.

**Resultados:** Se analizaron 11 parejas, de las cuales el 42% presentaban también factor femenino. Se obtuvo una puntuación media de 6 (rango 0-20), con puntuaciones mayores en hombres que en mujeres (medias de 5 y 7 respectivamente). Sólo un 18% de las jóvenes obtuvo puntuaciones mayores que sus parejas. Un 9% de los varones presentó estado depresivo intermitente y un 25% leves perturbaciones del estado de ánimo, mientras que en el grupo de las mujeres sólo se detectó un 18% de leves perturbaciones del estado de ánimo. Los ítems con mayores puntuaciones fueron, en este orden, el 16, que valora el sueño, el 5 que valora el sentimiento de culpabilidad, y el 17 que valora el cansancio. Cuando analizamos estos datos por sexos, se mantuvo la misma clasificación en hombres, mientras que en mujeres, tras los dos primeros (16 y 5), se obtuvieron puntuaciones equiparables en los ítems 1 y 4 (que valoran los sentimientos de tristeza y la insatisfacción con las cosas, respectivamente).

**Conclusiones:** Siempre se ha considerado que la depresión en las parejas infértiles es mayor en la mujer que en el varón. Sin embargo, según se desprende de nuestro estudio, en los casos en los que interviene el factor masculino y al menos en la primera visita al Andrólogo, las puntuaciones en la escala de Depresión son mayores

en varones. El inventario de depresión de Beck parece una buena herramienta para valorar el impacto psicológico de la infertilidad en los pacientes y seleccionar los casos que requieren valoración especializada.

**Palabras clave:** Depresión. Infertilidad masculina.

#### POMR-12. TUMOR TESTICULAR EN VARÓN CON AZOOSPERMIA

R. Vozmediano Chicharro, P. Morales Jiménez, C. Bautista Vidal y A. Martín Morales

*HRU Carlos Haya. Málaga.*

**Introducción y objetivos:** Acude a consulta varón de 34 años con intento de descendencia desde hace 2 años sin éxito, aporta seminograma con azoospermia. Pareja de 36 años sin antecedentes personales con estudio ginecológico normal.

**Material y métodos:** El paciente refiere criptorquidia intervenida a la edad de 6 años de teste izquierdo. Niega otros antecedentes personales. Exploración: se aprecia teste izquierdo disminuido de tamaño y consistencia de unos 2 cm de longitud. Teste derecho de consistencia normal con tamaño de unos 4 cm. Resto sin interés. Se realiza estudio completo hormonal junto con ecografía testicular. Se aprecia lesión sólida de 1,2 x 2,3 en región posteroexterna de teste derecho con aumento de vascularización compatible con Tumor testicular derecho, teste izquierdo con microcalcificaciones aisladas. Se realiza RNM confirmando lesión testicular aislada sin evidenciar otras lesiones. Estudio hormonal destaca TST límite bajo, con estrógenos ligeramente elevados, FSH elevada tres veces el valor normal. Estudio genético con cariotipo 46 XY sin microdelecciones del cromosoma Y.

**Resultados:** Ante el deseo de descendencia del paciente se procede a biopsia testicular y criopreservación junto a exéresis de la lesión realizando tratamiento conservador de teste derecho. Se extraen muestras de ambos testículos sin poder encontrar espermatozoides en teste izquierdo. Teste derecho se logran extraer 4 espermatozoides móviles aptos para criopreservar. Biopsia de la lesión confirmando T. Testicular compatible con leydigmioma testicular con márgenes libres. A los 3 meses revisión con ecografía y RNM y marcadores normales sin evidencia local de recidiva ni a distancia. Se realiza ICSI con óvulos de pareja logrando 2 óvulos fecundados de los cuales tras la implantación la pareja permanece embarazada de 8 semanas en la actualidad.

**Conclusiones:** Se debe reivindicar un papel más activo del urólogo en el diagnóstico y tratamiento del varón infértil debido a la presencia de patologías urológicas que debemos abordar y formar parte en el diagnóstico y tratamiento en las unidades de fertilidad.

**Palabras clave:** Infertilidad. Tumor testicular.

#### POMR-13. VITRIFICACIÓN DE ESPERMATOZOIDES EN SISTEMA DE CAPILAR ULTRAFINO SAFE SPEED® FRENTE A LA CONGELACIÓN LENTA: EFECTO EN LA MOVILIDAD ESPERMÁTICA

M. González Martínez, M. Dorado Silva, M. Hebles Duvison, B. Migueles Pastor, L. Aguilera Duvison, N. Cruz Navarro y P. Sánchez Martín

*Clínica Ginemed. Sevilla.*

**Introducción y objetivos:** Hasta hace unos años la criopreservación del gameto masculino era una práctica que se llevaba a cabo en determinados casos de varones que deseaban mantener su fertilidad, como en pacientes oncológicos, previo a tratamientos de quimio o radioterapia, aquellos con enfermedades infecciosas virales transmitidas por vía sexual, o antes de someterse a una vasectomía. Sin embargo, actualmente se ha convertido en una prác-



tica rutinaria por otros motivos, como sociales o laborales, en los laboratorios de reproducción asistida. Es por ello, y dado que la técnica de vitrificación se ha realizado con éxito en la criopreservación de ovocitos y embriones, por lo que se ha incorporado recientemente a la criopreservación del gameto masculino. Por ser los primeros trabajos que hacemos para la puesta a punto de la técnica el presente estudio compara la supervivencia espermática entre congelación lenta y vitrificación en las muestras seminales de 10 varones normozoospermicos (WHO 2010).

**Material y métodos:** Los espermatozoides se seleccionaron por swim-up. Para ello, y tras la licuefacción, se lavaron las muestras con Human Tubal Fluid (HTF), se centrifugaron a 400 g por 10 minutos y se añadió lentamente al pellet HTF, suplementado con Albúmina Sérica Humana (HSA) al 1%. Se incubaron a 37 °C durante 60 minutos recogiendo posteriormente el sobrenadante. La fracción obtenida se dividió en 3 subfracciones: La primera se congeló por congelación lenta, con medio crioprotector Test Yolk Buffer (TYB) Irvine Scientific®, que se añadió lentamente gota a gota en proporción 1:1. Posteriormente se cargaron pajuelas CBS (Cryo Bio System) de 0,5 ml, se sellaron y se colocaron horizontalmente en vapores de nitrógeno líquido por 30 minutos, para sumergirlas posteriormente en el nitrógeno líquido. La descongelación se realizó transfiriendo la pajuela a un baño a 37 °C durante 2-3 minutos, posteriormente a temperatura ambiente por 5 minutos y tras cortar los extremos se transfirió a un tubo estéril. La segunda subfracción se vitrificó y desvitrificó con el sistema Safe Speed®, según protocolo adaptado para espermatozoides, pues es un nuevo sistema cerrado que se utiliza hasta ahora para ovocitos y embriones, y cuyo soporte consta de un capilar muy fino que optimiza la eficiencia de transmisión de la temperatura tanto en el enfriamiento como en el recalentamiento de las muestras. La tercera se utilizó como control. Se evaluó y comparó la movilidad espermática de las 3 subfracciones (WHO 2010).

**Resultados:** Como hemos comentado en este primer trabajo sólo valoramos la movilidad progresiva. Los resultados obtenidos en las 3 subfracciones son de 32%, 79% y 95% respectivamente. En posteriores trabajos iremos viendo si se ve afectada la fragmentación, la tasa de supervivencia a las 24 horas, las tasas de fertilización y de abortos.

**Conclusiones:** A la vista de estos resultados podemos concluir que La vitrificación es una alternativa a la congelación lenta. Su éxito creemos es porque elimina totalmente la formación de cristales de hielo, ya que aumenta la velocidad de enfriamiento y recalentamiento. A diferencia de las pajuelas convencionales o con el sistema de arrojar directamente al nitrógeno líquido la suspensión espermática, formándose pequeñas esferas, con el sistema de capilar ultrafino SafeSpeed, la tasa de enfriamiento y recalentamiento es mucho mayor, de ahí su eficacia en cuanto a la movilidad espermática. También se ha probado a realizar sin crioprotector, aunque aún estamos haciendo ajustes para la optimización del protocolo definitivo. Además es una técnica mucho más rápida, de menor costo y relativamente fácil de realizar.

**Palabras clave:** Criopreservación espermática. Vitrificación de espermatozoides.

#### POMR-14. CÁNCER TESTICULAR Y DEMANDA DE CRIOPRESERVACIÓN DE SEMEN EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS. NUESTRA EXPERIENCIA

M.A. Tamayo Jover, P.R. Gutiérrez Hernández, M.Y. Ortega González, D. Hernández Hernández, L. González Pérez, A.V. Cabral Fernández, B. Padilla Fernández, R.J. González Álvarez, A.C. Plata Bello y T. Concepción Masip

Servicio de Urología. CHUC. San Cristóbal de La Laguna.

**Introducción y objetivos:** El cáncer testicular representa entre el 1% y el 1,5% de las neoplasias masculinas y el 5% de los tumores urológicos, con aparición de 3 a 6 casos nuevos por 100.000 varones/año

en la sociedad occidental. En los últimos años se ha notado una clara tendencia al aumento de la incidencia que coincide con un rango de edades donde los pacientes son potencialmente fértiles. Hoy en día podemos afirmar que los tumores testiculares son potencialmente curables, y por tanto se debe intentar preservar el deseo de paternidad de los pacientes que así lo deseen; es por este motivo que nos planteamos como objetivo valorar el evolutivo de estos pacientes en nuestro centro y la demanda de criopreservación de semen.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo, observacional y descriptivo de los tumores testiculares primarios en los últimos 6 años en nuestro centro, describiéndose la edad de presentación, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, evolución, complicaciones, y demanda de criopreservación de semen, entre otros.

**Resultados:** Se analizaron 39 pacientes con edad media de 36,7 años. Los tumores no seminomatosos se presentan más precozmente. El antecedente mayormente registrado fue la Criptorquidia (15,15%). El motivo de consulta en el 66,66% fue aumento de volumen testicular. La duración media de los síntomas fue de 5,7 meses. Más del 75% presentó alguna alteración en la exploración física. Más del 80% presentó marcadores tumorales elevados y la ecografía fue la prueba diagnóstica en el 93%, con patrón predominante heterogéneo en 60% y evidenciando microcalcificaciones solo en 35,5%. La mayoría de los casos se diagnosticaron en estadio I (76,92%). Se realizó Orquiectomía inguinal en todos. Los seminomas resultaron ser los más frecuentes (57,57%). 60,6% recibieron tratamiento quimioterápico registrándose efectos adversos en solo 45% de estos. La media de seguimiento fue de 36,6 meses con una supervivencia del 96%. Un 22,2% de los pacientes por debajo de 55 años, se sometieron a criopreservación de semen, con edad media de 32,3 años. El 37,5% eran padres biológicos de 1 niño previa congelación y en el 12,5% la iniciativa de congelación fue por parte del paciente. Recuento de espermatozoides medio fue de 23,08 millones/cc, (rango entre 0-70 millones/cc). Un 12,5% presentaba astenoospermia y solo un 12,5% no fue apto para congelación debido a azoospermia. El 50% de los varones presentaban oligospermia (50% leve y 50% moderada).

**Conclusiones:** El cáncer testicular se presenta en el paciente joven. Los protocolos de tratamiento oncológicos utilizados proporcionan una alta tasa de curabilidad, aunque es necesario el seguimiento a largo plazo de estos pacientes. Se debe proponer a todo paciente oncológico en edad fértil y con potencial deseo genésico, la posibilidad de criopreservación de semen, antes de comenzar los tratamientos oncológicos.

**Palabras clave:** Cáncer. Testículo. Criopreservación. Semen.

#### POMR-15. CAMBIOS SEMINALES POSVASECTOMÍA CON INYECCIÓN DEFERENCIAL DE AZUL DE METILENO O AGUA INYECTABLE

L.S. Gómez-Guerra y M.E. Pineda-Rodríguez

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. UANL. Monterrey, México.

**Introducción y objetivos:** En la actualidad, la Vasectomía, que consiste en la sección de ambos conductos deferentes a nivel de su porción recta, sigue siendo el único método anticonceptivo definitivo que puede ofrecerse al varón. El objetivo de nuestro estudio consistió en demostrar el efecto en la concentración seminal después de la vasectomía con la irrigación deferencial. También alterar la motilidad y vitalidad en los espermatozoides restantes. Así como comparar los efectos in Vitro de la solución de Azul de Metileno y el Agua Inyectable sobre los espermatozoides.

**Material y métodos:** De acuerdo a los criterios de inclusión, se reclutaron 11 varones, programados para la realización de Vasectomía y fueron asignados de manera aleatoria a la aplicación deferencial distal de Azul de Metileno, Agua o control. Se analizó el



semen de un paciente normal (espermograma), y posterior a la exposición in Vitro con dos soluciones, Azul de Metileno y Agua Inyectable, midiendo dos variables: Motilidad y Vitalidad, a los 30, 60 y 120 minutos de exposición. Se asignaron los pacientes aleatoriamente en tres grupos: Grupo I con inyección deferencial de azul de metileno (AM), Grupo II con inyección deferencial de Agua Inyectable (A) y Grupo III, control (C), vasectomía sin inyección deferencial. Las variables se midieron prevasectomía y en la primera eyaculación posterior al procedimiento (E1).

**Resultados:** La motilidad registrada antes del contacto con las soluciones fue de 63%, 54% y 36% a los 30, 60 y 120 minutos respectivamente y posterior al contacto con Azul de Metileno 1%, 0% y 0% y con agua 3%, 6% y 4% en los mismos intervalos. La Vitalidad previo a exposición con soluciones fue de 90%, 77% y 77% y al valorarlos después de contacto con solución de Azul de Metileno disminuye a 63%, 70% y 60% y al contacto con agua inyectable 76%, 70% y 71%.

**Conclusiones:** Se aprecia un efecto directo con disminución de la Vitalidad y Motilidad en los espermatozoides restantes post-vasectomía al compararlo con el grupo control. La concentración espermática no se ve afectada de manera contundente tras la irrigación, al comparar con el grupo control. Pero se requieren estudios con una muestra mayor para determinar el significado estadístico de los resultados. Implementar el paso de la Irrigación Deferencial durante la Vasectomía, no afecta importantemente el costo del procedimiento. Resulta técnicamente sencillo la Irrigación deferencial durante la Vasectomía. No se reportaron efectos adversos por la Irrigación Deferencial con solución de azul de metileno o agua. Los pacientes han aceptado el procedimiento de la Vasectomía y los efectos de la Irrigación Deferencial.

**Palabras clave:** Vasectomía. Planificación familiar. Permanente. Irrigación.

#### POMR-16. CONSULTA NO PRESENCIAL POSVASECTOMÍA. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS, COMPLICACIONES Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO

C. Simón Rodríguez<sup>2</sup>, J.V. García Cardoso<sup>1</sup>, A. Husillos Alonso<sup>2</sup>, E. Bolufer Moragues<sup>2</sup>, P. Charry Gónima<sup>2</sup>, M. Carbonero García<sup>2</sup> y C. González Enguita<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Infanta Elena. Madrid. <sup>2</sup>Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Introducción y objetivos:** El aumento de la presión asistencial junto con la mayor exigencia por parte de las autoridades y pacientes obliga a realizar cambios en el ejercicio de la medicina para ofrecer una mayor calidad asistencial de una forma más eficiente. El Hospital Universitario Infanta Elena de Valdemoro, ha puesto en marcha una consulta no presencial para el control postquirúrgico de las vasectomías. Objetivo: Evaluación de los resultados, complicaciones, y satisfacción de los pacientes en el primer año de funcionamiento de una consulta no presencial postvasectomía.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de todas las vasectomías realizadas en el periodo desde el 1/8/2013 hasta el 31/7/2014, analizando todas las consultas, seminogramas y complicaciones de los pacientes. La evaluación de la satisfacción se realizó mediante el sistema NPS (Net Promoter Score). Una encuesta realizando una sola pregunta "¿Hasta qué punto recomendaría la consulta no presencial postvasectomía?", solicitando a los pacientes una evaluación del 1 al 10. Se realizó a los pacientes intervenidos en los últimos 6 meses del análisis.

**Resultados:** En el periodo descrito se realizaron 220 intervenciones de vasectomía. Se solicitó a los pacientes que se realizaran un control con seminograma a los 3 meses de la cirugía, que fue realizado por 184 pacientes (84% del total). De estos pacientes un 96% tuvieron una concentración inferior a 100.000 espermatozoides/inmóviles, y fueron dados de alta. Un 4% (8 pacientes) tuvieron una concentración > 100.000 espermatozoides/inmóviles, por lo que se les solicitó un nuevo control en el mes 4,5 postvasectomía. En este segundo control 7 de los 8 pacientes consiguieron tener una concentración 100.000 espermatozoides y se consideró fallo de vasectomía. En cuanto a las complicaciones presentadas en la consulta no presencial estuvo la falta de cumplimiento en la realización del control del seminograma en un 16% de los pacientes intervenidos (en total, 36). A estos pacientes se les envió una carta para recordarles la realización de la prueba, de los cuales solamente 11 se realizaron y 25 pacientes nunca llegaron a realizar. Tres personas reclamaron la falta de entrega del informe. No se describió ninguna complicación grave quirúrgica.

**Conclusiones:** Se propone la realización de una consulta no presencial como una alternativa para poder realizar una gestión más eficiente del proceso de vasectomía. Permite reducir el número de consultas médicas y homogeneizar los criterios de alta, con una buena satisfacción percibida por los pacientes.

**Palabras clave:** Vasectomía. Postoperatorio. Satisfacción.

#### POMR-17. FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA OIGARQUIA EN UNA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES

L. Blanco, M. Arias, P. García, M. González, S. Polo, J. Acosta y F. Vázquez

Universidad del Norte. Programa de Medicina. Barranquilla. Colombia.

**Introducción y objetivos:** La primera eyaculación consciente fue definida por Laron como Oigarquia. Existen pocos estudios sobre la edad en que ocurre este evento y su significado psicosocial. Describir los factores psicosociales asociados a la oigarquia en estudiantes entre 18 y 24 años.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo transversal. Los participantes fueron 374 estudiantes voluntarios entre los 18 y los 24 años de edad, quienes aceptaron llenar una encuesta con previo consentimiento informado escrito.

**Resultados:** En total se encuestaron 374 estudiantes en donde el 60,2% recuerda el momento de la oigarquia. El rango de edad de la oigarquia fue entre los 8 y los 18 años, con un promedio de 12,76 años. De los 225 participantes que se acordaron del evento, un 73,8% la recordaron con sentimientos agradables (placer, emoción, calma, sorpresa,) mientras que el 26,2% presento sentimientos desagradables (Asco, pena, tristeza, angustia, rareza, vergüenza, confusión, miedo, preocupación, culpa). El 32,9% de los participantes aceptan haber recibido una buena información sobre la oigarquia mientras que el 67,1% refieren mala información. Solo el 25,3% relacionaban el evento con la posibilidad de tener hijos.

**Conclusiones:** Este suceso biológico es más recordado como una vivencia sexual que reproductiva. Existe poca socialización sobre los significados biológicos y culturales, lo cual plantea la necesidad de nuevas investigaciones en el tema que permitan un entendimiento más integral del comportamiento sexual y reproductivo del varón adolescente.

**Palabras clave:** Oigarquia. Sexualidad. Varón. Adolescente. Embarazo adolescente.