

# BOLETIN DE LA ASOCIACION MURCIANA DE UROLOGIA

SUPURACIONES RENALES

POR

SALVADOR PASCUAL

CAEDRÁTICO DE MEDICINA

URÓLOGO DEL HOSPITAL DE SAN JOSÉ Y SANTA ADELA, DE MADRID

CON UN PRÓLOGO

DE

GREGORIO MARAÑÓN

MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL, DE MADRID



MADRID

Editorial "LA MEDICINA IBERA"

1977

Año I - Nº 1 MURCIA Octubre 1996



# Asociación Murciana de Urología

## **JUNTA DIRECTIVA**

**PRESIDENTE:** MARIANO PÉREZ ALBACETE

**VICEPRESIDENTE:** JOSÉ GIL FRANCO

**SECRETARIO:** JOSÉ LÓRCA GARCÍA

**TESORERO:** ALBERTO MURCIA VALCÁRCEL

**VOCAL:** RAMÓN LA IGLESIA CABRERIZO

JUAN MORENO AVILÉS

## **SEDE SOCIAL.**

ILTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda Juan Carlos I - Murcia



## ÍNDICE

A modo de Presentación .....	3
Gestación de la Asociación Murciana de Urología .....	4
Relación de Socios Fundadores .....	5
Actos Científicos celebrados .....	6
Reuniones auspiciadas por la A.M.U. ....	7
Comunicaciones al primer Congreso de la Asociación Murciana de Urología .....	8
Comunicaciones a la primera Reunión de Trabajo de la A.M.U. ....	13
Vasectomía en el Sistema Nacional de Salud .....	19
Figuras de la Urología Murciana: Dr. D. Salvador Pascual Ríos .....	20
Urólogos Murcianos Ilustres: Dr. D. Juan Martínez García .....	23
Premio " Salvador Pascual" de la A.M.U. ....	24
Actividades previstas para 1997 .....	24



## A MODO DE PRESENTACIÓN

**E**ste Boletín nace con el deseo expreso de que constituya la voz y el nexo de unión de todos los urólogos de la Comunidad Murciana. Ateniéndonos a la definición de la Real Academia de la Lengua, "Publicación destinada a tratar de asuntos científicos, artísticos, históricos o literarios, generalmente publicada por alguna corporación", vamos a ir dejando reflejados en él todos los Actos Científicos que organice la Asociación Murciana de Urología, así como la transcripción de todas las Ponencias, Trabajos, Comunicaciones etc. que sean presentadas en los mismos, para que, de este modo, quede constancia de la actividad realizada.

Queremos además que sea una tribuna abierta para todos los que nos hemos unido por el bien de la Urología en nuestra Comunidad, aceptando cualquier sugerencia, cualquier trabajo y cuanta colaboración nos ofrezcáis en relación, lógicamente, con los fines y contenidos de la Asociación.

Igualmente, consideramos que debe ser una obligación el tener un recuerdo con los urólogos que nos precedieron en el tiempo y justo es que las actuales generaciones conozcan la personalidad, la labor realizada, el pensamiento, los trabajos publicados, así como los medios con los que contaban para desempeñar su profesión en la Murcia de épocas anteriores.

Por último, no me queda más que daros las gracias a todos por la confianza puesta en la Junta Directiva, que con toda ilusión trabaja para conseguir que todos unidos tengamos la suficiente fuerza como para poder ser escuchados en todos los foros.

*M. Pérez Albacete*  
*Presidente de la Asociación*



# GESTACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

*M. Pérez Albacete*

En la asamblea de la reunión de la Sexta Regional de la Asociación Española de Urología, celebrada en Elche, en febrero de 1994, se planteó la conveniencia de crear asociaciones urológicas por comunidades, como se venía realizando en otras autonomías, y por la necesidad de constituir un interlocutor válido ante los responsables sanitarios de las CCAA.

Como único representante de la Comunidad Murciana en dicha asamblea, cogí el testigo de trasladar lo propuesto a todos los urólogos murcianos; para ello os reuní en el mes de marzo, con objeto de conocer vuestra opinión. La primera sorpresa la constituyó la asistencia masiva a la convocatoria, la segunda, la aceptación unánime de la idea, junto con la voluntad de iniciar los trámites para la puesta en marcha de la Asociación cuanto antes; con este fin, y ya en dicha reunión, se nombró democráticamente, una Gestora para desarrollar los Estatutos constituida por Mariano Pérez Albacete, José Lorca García y José Gil Franco, quienes estuvimos trabajando en su redacción hasta tenerlos preparados y listos para su discusión, se remitió entonces, un ejemplar a cada urólogo murciano para su conocimiento y análisis.

Convocados nuevamente a una Asamblea, en el mes de septiembre, con asistencia igualmente masiva, fueron leídos todos los artículos elaborados, sufrieron todas las modificaciones que se estimaron oportunas, y se aprobó el texto definitivo por unanimidad. Se adoptó el nombre de "Asociación Murciana de Urología" (A. M. U.) como denominación y se eligió la Primera Junta Directiva que lo fije provisional por un año, para iniciar su andadura; estaba constituida por: Presidente: M. Pérez Albacete, Vicepresidente: J. Gil Franco, Secretario: J. Lorca García, Tesorero: J. Moreno Avilés y Vocales: R. La Iglesia Cabrerizo y A. Murcia Valcárcel, que abarcaban entre todos la representación, tanto de Gran Hospital como de Centro Comarcal y de Ambulatorio, asimismo todo el ámbito de la geografía comunitaria; se expresaba, con ello, la voluntad de constituir un vínculo de unión entre todos los Urólogos murcianos.

El primer paso de la Junta Directiva fue darle oficialidad a la Asociación, para lo que se presentaron los Estatutos aprobados, junto con el Acta Fundacional en la Secretaría Técnica de la Presidencia de la Comunidad, donde fueron visados e inscritos, con el

número 4.034, en el Registro de Asociaciones de la Región de Murcia, con fecha 26 de octubre de 1994.

A continuación, se comunicó a la Asociación Española de Urología la constitución de la Asociación Murciana, y recibimos, en el mes de marzo de 1995, de su Secretario Dr. Vela Navarrete el acuse de recibo y la felicitación de la Junta General, junto con la notificación de su reconocimiento, pendiente de su refrendo en la Asamblea General de La Asociación Española que se celebraría en Santiago de Compostela en el mes de junio de 1995.

La sorpresa fue que, en dicha Reunión, no se nos acogió, ni a nosotros ni a las Asociaciones de Cantabria y Asturias, por no tener transferencias sanitarias. Presentamos nuestra mas enérgica protesta ante la Junta Directiva Nacional, en un escrito dirigido a su presidente Dr. Resel y de palabra ante el presidente de la Comisión nombrada para estudiar el problema, Dr. Rioja.

En octubre de 1995, celebramos nuestro primer Congreso, al que invitamos expresamente al presidente de la Asociación Española de Urología Dr. Luis Resel, para que nos conociera y valorara la unión y respuesta de los urólogos murcianos por reivindicar nuestra identidad de Comunidad, quedó gratamente sorprendido y prometió trasladar a la Junta Directiva su visión de lo que había visto en la Comunidad Murciana. En la Asamblea General, se eligió la primera Junta Directiva de La Asociación, por unanimidad se decidió mantener a la junta provisional en sus cargos, por el periodo reglamentario de cuatro años, con la única variación de intercambiar los cargos de tesorero y vocal los Drs. Murcia Valcárcel y Moreno Avilés.

En febrero de 1996, continuando con las reuniones anuales de la Sexta Regional de la Asociación Española de Urología, acudimos a Benicasin, celebrando la XXXI Reunión Conjunta de las Comunidades Murciana y Valenciana de Urología. En la Asamblea, presentamos la candidatura del presidente de la Asociación Murciana, para el puesto vacante por cese reglamentario, del representante de la Sexta Regional ante la Junta Directiva de la Nacional, para que, de este modo, tuviera representación ante Madrid la Comunidad Murciana, ya que la Valenciana lo tenía en su presidente. El refrendo de la Asamblea al nombramiento del representante



murciano fue por unanimidad.

El Dr. Rioja, citó en Madrid, en el mes de mayo de 1996, a todos los presidentes de las Asociaciones Urológicas Autonómicas para analizar el tema de la representación de las Comunidades sin transferencias sanitarias, en la Junta Directiva de la Asociación Española de Urología, y se alcanzó el acuerdo de integración plena de todas las Asociaciones Autonómicas en la Nacional, con la representación de sus presidentes en la Junta Directiva en sustitución

de los vocales regionales Este acuerdo fue ratificado por el pleno de la Junta Nacional como así se notificó en el Congreso de Santander de mayo de 1996.

Después de todas estas vicisitudes, la A.M.U., se encuentra legal y perfectamente constituida y reconocida y cuenta con el entusiasmo y la colaboración de todos sus miembros en los actos celebrados, que siempre lo han sido, y serán, por el auge de la Urología Murciana.

## Relación de Socios Fundadores

Nº SOCIO

1	MARIANO PÉREZ ALBACETE	23	JOSÉ MIGUEL JIMÉNEZ LÓPEZ
2	JOSÉ GIL FRANCO	24	SANTIAGO LESCURE DEL RÍO
3	JOSÉ LORCA GARCÍA	25	PEDRO LÓPEZ CUBILLANA
4	JUAN MORENO AVILES	26	PABLO MARTÍNEZ PERTUSA
5	RAMÓN LA IGLESIA CABRERIZO	27	FULGENCIO MESEGUER CARPE
6	ALBERTO MURCIA VALCALCER	28	RAFAEL MIQUEL FOS
7	JOSÉ PASCUAL ALCARAZ REVERTE	29	EMILIO MORENO BARRACHINA
8	LUCAS ASENSIO EGEA	30	LEONARDO NORTES CANO
9	DIEGO CASTILLO CEGARRA	31	LUIS OLMOS GARCÍA
10	JOSÉ MARÍA CERVELL FERRÓN	32	PEDRO PEÑARANDA GIL DE PAREJA
11	FCO. VICENTE CUESTA CLIMENT	33	JOSÉ JOAQUÍN PÉREZ CALVO
12	EDUARDO CHACÓN GÓMEZ	34	JOSÉ LUIS PREFASI MARTÍNEZ
13	FRANCISCO FERNÁNDEZ SALVADOR	35	ANTONIO PRIETO GONZÁLEZ
14	ROBERTO FERRERO DORIA	36	JOSÉ LUIS RICO GALIANO
15	LUIS OSCAR FONTANA COMPIANO	37	MARIANO RIGABERT MONTIEL
16	JOSÉ ANTONIO GARCÍA HERNÁNDEZ	38	GERARDO SERVER FALGAS
17	RICARDO GARCÍA PÉREZ	39	GERARDO SERVER PASTOR
18	GUILLERMO GÓMEZ GÓMEZ	40	MARIANO TOMÁS ROS
19	ANTONIO GRÁS RICHART	41	FRANCISCO OJADOS CASTEJÓN
20	ANGEL GUARDIOLA MÁS	42	RAMÓN DE PAZ SÁNCHEZ
21	EUGENIO HITA ROSINO	43	CARLOS TELLO ROYALO
22	GREGORIO HITA VILLAPLANA	44	RAMÓN SÁNCHEZ PARRA JAÉN



# ACTOS CIENTÍFICOS CELEBRADOS

## I REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA A.M.U.

Celebrada en el Salón de Actos del muy Illtre. Colegio de Médicos de Murcia, el 28 de abril de 1995. Fue invitado como Conferenciante el Dr. D. Jesús Romero Maroto, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínico de la Universidad de Alicante, el cual impartió el tema "Estenosis de Uretra, Puesta al día de Diagnóstico y Tratamiento".

## I CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA.

Celebrado en el Hotel Arco de San Juan, de Murcia, el 7 de octubre de 1995, Desarrolló la Conferencia Magistral el Dr, D. Luis Resel, Catedrático de Urología de la Universidad Complutense de Madrid, sobre " Biología molecular en el cáncer vesical". Se presentaron, además, siete Comunicaciones Libres, por parte de los Servicios de Urología de los Hospitales "Virgen de la Arrixaca" y " General Universitario " de Murcia, "Rafael Méndez" de Lorca y " Virgen del Castillo" de Yecla, así como del Centro de Litotricia del Sureste. Fue moderada su exposición por el Dr. D. Santiago Lescure, Jefe del Servicio de Urología, del Hospital "Santa María del Rosell" de Cartagena.

## I REUNIÓN DE TRABAJO DE LA A.M.U.

Organizada por el Servicio de Urología del Hospital " Santa María del Rosell", de Cartagena, el 27 de abril de 1996. Con la presentación de 16 Comunicaciones Libres por parte de los Servicios de Urología de los Hospitales "Virgen de la Arrixaca", "General Universitario" y "Morales Meseguer" de Murcia, " Santa María de Rosell" de Cartagena, "Rafael Méndez" de Lorca y "Virgen del Castillo" de Yecla, y estuvieron moderadas por los Drs. Ricardo García Pérez, Jefe de Sección de Urología del Hospital " Santa María de Rosell" y Óscar Fontana, Jefe del Servicio de Urología del Hospital General Universitario. Se desarrolló una Mesa Redonda sobre "Donación de órganos y extracción renal" Fueron invitados a la misma, el Dr. D. Pablo Ramírez, Coordinador Autonómico de trasplantes, el Dr. D. José M. Allegue, Médico Adjunto de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital " Santa María del Rosell", el Dr.D. Santiago Llorente, Médico Adjunto del Servicio de Urología del Hospital " Virgen de la Arrixaca" y el Dr. D. Guillermo Gómez, Jefe de Sección del Servicio de Urología del Hospital "Virgen de la Arrixaca", fue moderada por el Dr. D. Mariano Pérez Albacete, Jefe del Servicio de Urología del Hospital "Virgen de la Arrixaca" de Murcia.



## **REUNIONES AUSPICIADAS POR LA A.M.U.**

### **CURSO SOBRE "INFECCIONES URINARIAS"**

Impartido en el Hospital "Virgen de la Arrixaca", en abril de 1995, por los componentes del Servicio de Urología y dirigido a Diplomados en Enfermería.

### **CURSO SOBRE "INCONTINENCIA URINARIA"**

Desarrollado en el Hospital "Virgen de la Arrixaca", en abril de 1996, por parte del Servicio de Urología y dirigido a Diplomados y estudiantes de Enfermería.

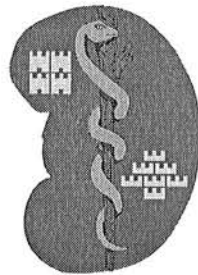
### **2º SEMINARIO DE UROLOGÍA PARA RESIDENTES Y URÓLOGOS DE RECIENTE FORMACIÓN.**

Celebrado en Benidorm el 16 y 17 de mayo de 1996, conjuntamente con la Asociación Valenciana de Urología y organizado por el Dr. D. Julio Virseda Jefe del Servicio de Urología del Hospital General de Albacete, con el patrocinio de los Laboratorios Vita.

### **JORNADA CONMEMORATIVA DEL X ANIVERSARIO DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE MURCIA.**

Celebrada el 28 de junio de 1996, con la participación del Dr. E. Zungri, Jefe del Servicio de Urología de la Clínica Povisa de Vigo, el cual realizó una sesión quirúrgica en directo de "Prostatectomía radical por vía perineal" y "Uretroplastia con colgajo libre en uretra". Fue seguido por la tarde, de una Sesión de presentación de Casos Clínicos por parte de los Servicios de Urología de los Hospitales "General Universitario" y "Virgen de la Arrixaca" de Murcia.





**I CONGRESO  
DE LA  
ASOCIACIÓN MURCIANA  
DE UROLOGÍA**

**MURCIA, 7 DE OCTUBRE 1996**



## HIDROCELE RECIDIVANTE EN UN PACIENTE CON FIEBRE MEDITERRANEA FAMILIAR

*Dres. P. Guzmán Martínez-Valls, R. Ferrero Doña, J.M. Rodríguez de Ledesma, J. López Alba, M. Tomás Ros, J. L. Rico Galiano, J. Gil Franco, L.O. Fontana Compiano. Servicio de Urología Hospital General Universitaria de Murcia.*

La Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) o Poliserositis Paroxística Benigna es un cuadro de origen genético, de etiología desconocida, con patrón autosómico recesivo que afecta principalmente a judíos sefarditas, armenios, turcos y árabes. Se caracteriza por episodios agudos recurrentes de fiebre e inflamación de membranas serosas y/o mucosas de distintas partes de la economía del organismo, en forma de peritonitis, pleuritis, sinovitis,... También se han descrito casos de afectación escrotal aguda. Se ha intentado implicar a agentes infecciosos y recientemente se ha sugerido la existencia de una alteración del metabolismo de las catecolaminas para justificar la etiología. También se han sugerido deficiencias del complemento, implicando así al sistema inmunitario. Presentamos un caso de FMF con múltiples afectaciones

serosas antiguas, que se manifestó atípicamente como afectación escrotal no aguda y sin fiebre en forma de hidrocele recidivante, sin que en la literatura consultada hallamos encontrado cuadros de afectación escrotal no aguda. La afectación escrotal se resume en cuadros de implicación vaginal testicular con clínica asociada a fiebre, episodio de orquitis aguda e incluso casos de hidrocele agudo que ha llevado a exploración escrotal quirúrgica bajo anestesia e incluso orquiectomía por necrosis isquémica testicular.

Intervenimos al paciente, practicándose hidrocelectomía derecha vía escrotal, extirpando todas las membranas serosas, siendo remitidas a estudio histológico, que informa de pared vaginal con infiltrados linfocitarios perivasculares e intensa fibrosis con hialinización.

## PRÓTESIS ENDOURETRALES EN ESTENOSIS DE URETRA RECIDIVADA

*Dres. P. Guzmán Martínez-Valls, J. M. Rodríguez de Ledesma, R. Ferrero Doria, J. López Alba, M. Tomás Ros, J.L. Rico Galiano, J. Gil Franco, L.O. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.*

Presentamos nuestra experiencia en el uso de prótesis endoluminales por estenosis de uretra recidivante.

Fueron colocadas diecisiete prótesis autoexpandibles tipo " Wallstent " y una tipo " Strecker " entre Marzo de 1991 a Julio de 1992, cuyo rango de edad oscilaba entre los 11 a los 75 años (media de 56,5 años) que habían sido tratados con dilatación y/o uretrotomías internas endoscópicas en varias ocasiones (media de 3,4 veces) o uretroplastias en cuatro pacientes (27,7 %). Todas las intervenciones se realizaron bajo raquianestesia y todos ellos fueron valorados preoperatoriamente clínica, urodinámica, radiológica y cistoscópicamente. La localización de la estenosis era en catorce casos bulbar (77,7 %), tres bulbomembranosa (16,6 %) y en uno penoescrotal (5,15 %). Las estenosis no sobrepasaban los 25 mm. de longitud.

El seguimiento oscila desde los once hasta los cuarenta meses, estudiando los resultados desde el punto de vista clínico, urodinámico, radiológico y cistoscópico. De las dieciocho prótesis, dos fue necesario la extracción (11,1 %) y otro no sabemos su estado por la

pérdida en la revisión, dos de los pacientes fallecieron por causas ajenas al procedimiento. Tras el periodo de seguimiento de cuarenta meses, aparecieron las complicaciones en ocho pacientes (47 %), bien por excrecencias intraprotésicas en seis (35,2 %), problemas en la erección en tres (16,6 %), polaquiuria, litiasis en tres (17,6 %), episodios de RAO en cuatro (27,7 %) o incontinencia en tres (17,6 %). Todos los enfermos mejoraron desde el punto de vista urodinámico, obteniéndose un flujo medio superior a 11ml/sg., a excepción de los que presentaron en su evolución crecimiento de neourotelio. Los controles radiológicos se hacían tanto mediante uretrografía retrógrada como Ecografía dinámica, indicando el estado de la luz uretral y de la prótesis.

Creemos que la colocación de prótesis autoexpandible tipo Wallstent puede estar indicada en pacientes en los que han fracasado otros procedimientos o bien en los que no es posible la resolución por técnica de uretroplastia. No debemos, sin embargo despreciar las complicaciones que a largo plazo ocasionan el uso de prótesis en esa localización.



## IMPLANTE DEL ESFÍNTER ARTIFICIAL AMS 800: Revisión de nuestra casuística.

*Dres: Asensio, L.; López Cubillana, P.; Hita Rosino, E.; Rigabert, M.; Prieto, A.;  
Martínez Pertusa, P.; Pérez Albacete, M.  
Servicio Urología Hospital Virgen de la Arrixaca - Murcia*

En nuestro servicio se han implantado 11 esfínteres artificiales a 11 pacientes; de ellos 7 eran hombres y 4 mujeres con una media de edad de 41,5 años.

En 6 casos la causa de incontinencia fue vejiga neurógena en otros 4 incontinencia post-RTU de próstata y en un caso Vejiga neurógena por traumatismo raquimedular a nivel de L1 L2.

Los enfermos fueron estudiados en todos los casos mediante radiología contrastada del tracto urinario superior e inferior, y estudios urodinámicos completos.

En la incontinencia yatrógena los estudios urodinámicos y radiológicos fueron normales a excepción de incompetencia esfinteriana en todos ellos.

En la incontinencia por vejiga neurógena no se evidenció ningún caso de reflujo uretero vesical importante, con tracto urinario superior normal y se evidenciaron tres vejigas de poca capacidad en el cistograma. El estudio urodinámico comprobó la existencia de tres casos de vejigas normo o hipotónicas con deficiencia esfinteriana acompañante; y en otros tres casos vejigas hiperrefléxicas con incompetencia esfinteriana (2 casos) y disinergia vesico-esfinteriana (1 caso).

La cirugía se llevó a cabo con abordaje perineal y colocación del manguito oclusivo (4.5 cm de longitud) en todos los casos de incontinencia yatrógena. En el resto de los casos el manguito se colocó en cuello vesical (6,5- 9.5 cm de longitud).

Durante la colocación del esfínter se realizaron tres ampliaciones vesicales, y se completó una esfinterotomía antigua.

Como incidentes a destacar en el acto quirúrgico, se produjo erosión del cuello vesical en un caso y erosión de la pared del recto en otro caso.

El postoperatorio transcurrió con normalidad en 7 pacientes. En 1 caso se produjo absceso pélvico en el postoperatorio inmediato que obligó a la retirada del esfínter. En 1 caso se produjo el fallo del sistema tras la activación, que obligó al cambio de todos los componentes. En 1 caso se produjo la migración del manguito oclusivo al interior del cuello vesical lo que obligó a su retirada. En dos casos hubo una infección tardía de algún componente del esfínter con retirada de todos o algún componente del sistema.

La evolución de los pacientes fue de continencia en 7 casos (tres continencia parcial, cuatro total). Se

retiro el esfínter artificial en cuatro casos.

*Caso 1:* Varón de 33 años con traumatismo raquimedular antiguo, al que se coloca esfínter Ams-800, la cirugía y postoperatorio transcurren con normalidad, con posterior activación del esfínter. Tras meses de la activación comienza con infección de partes blandas en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda que obligan, tras múltiples intentos de conservar el esfínter a la retirada del componente activador y de las mangueras de conexión, no rescatando manguito oclusivo ni balón de presión. Tras varios meses comienza con infecciones urinarias de repetición, y tras estudio se comprueba litiasis cálcica de gran tamaño intravesical. Se somete a cistostomía encontrando el balón de presión del esfínter dentro de la vejiga rodeado de una carcasa litiásica; así como el manguito oclusivo migado al interior del cuello vesical. Se retiran ambos elementos con buena evolución posterior.

*Caso 2:* Mujer de 40 años, sometida a implante de esfínter artificial AMS-800, por incontinencia secundaria a vejiga neurógena congénita. Durante la intervención se produce erosión del cuello vesical al intentar disecarlo para colocar el manguito oclusivo. Se sutura la erosión llevándose a cabo el implante. El postoperatorio transcurre con normalidad, activándose el esfínter a las seis semanas con buen funcionamiento. A los siete meses la paciente comienza con incontinencia, infecciones y sdme miccional, comprobándose mediante uretroscopia la migración del manguito oclusivo al interior del cuello vesical; lo que obliga la retirada posterior del mismo.

*Discusión:* En nuestra experiencia el esfínter artificial AMS-800 es de elección en pacientes con incontinencia yatrógena. Los casos de vejiga neurógena deben ser exhaustivamente estudiados para valorar la indicación de la colocación de la prótesis. Es indispensable la cobertura antibiótica y asepsia extrema en estos pacientes. Si se produce la infección de alguno de los componentes del esfínter es necesario retirar todos los elementos del mismo. La erosión de cuello vesical o de la uretra bulbar al colocar el manguito oclusivo obliga a retirar este y posponer la intervención.



## PSEUDOTUMOR PAPILAR DE URETRA ANTERIOR

*Dr. R. La Iglesia, Dra. M.J. Montes  
S. de Urología del Hospital Rafael Mendez - Lorca.*

Presentamos un caso que nosotros hemos denominado pseudotumor papilar de uretra anterior, debido a la escasa incidencia de presentación de esta patología en esta zona de la uretra.

En primer lugar hacemos un recuerdo anatómico de la uretra, así como de la histología de epitelio normal uretral. Posteriormente repasamos la clasificación de tumores uretrales, tanto benignos como malignos, encuadrando a este tumor dentro de la patología inflamatoria benigna, debido a que dicho tumor presenta una proliferación de la mucosa escamosa, con papilomatosis e hiperqueratosis, presencia de eje conectivo vascular y presencia de células inflamatorias (linfocitos/histiocitos). Establecemos el diagnóstico diferencial con el Linfoma, Carcinoma y Sarcoma.

Entre su etiología destacan las causas infecciosas (ETS) e irritativas (Litiasis y cateterización uretral).

Clínicamente destaca su forma de presentación como Hematuria macroscópica de carácter caprichosa, y síndrome uretral.

Analíticamente no se encuentra nada significativo, excepto la microhematuria.

El diagnóstico se establece con uretroscopia, donde se ve una imagen pseudotumoral de aspecto papilar, siendo la Anatomía Patológica determinante para el diagnóstico definitivo.

Con el diagnóstico de pseudotumor papilar uretral procedimos a la resección endoscópica del mismo bajo anestesia local, utilizando 5 cc de Scandicain 2%, infiltrando cuerpos cavernosos y poniendo unas gotitas de forma tópica en la luz uretral.

Como conclusiones podemos destacar, en primer lugar que este tipo de patología existe y que hay que tenerla en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial entre las causas de hematuria caprichosa, y en segundo lugar que existen unas patologías localizadas en uretra anterior y que pueden ser tratadas bajo anestesia local, sin necesidad de someter al paciente a un riesgo anestésico mayor y ser realizadas de forma ambulatoria.

## SUSTITUCIONES VESICALES CON ÍLEON DESTUBULIZADO. CASUÍSTICA, EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES.

*Dres: Asensio, L.; López Cubillana, P.; Hita Rosino, E.; Rigabert, M.; Prieto, A.;  
Gómez Gómez, G.; Pérez Albacete, M.  
Servicio Urología Hospital Virgen de la Arrixaca - Murcia*

Se considera a la sustitución vesical como el reemplazamiento de la vejiga extirpada con un segmento de intestino que cumplirá la función de almacenamiento y vaciado voluntario de la orina a través de la uretra, conservando la función renal.

Con el objetivo de proporcionar una satisfactoria calidad de vida al enfermo cistectomizado, y siguiendo los principios basados en la destubulización, diversos autores (Camey'84, Hautman'94, Pagano'94, Studer'93, Skinner'91, Mainz - Thurof'92-, Goldwosser'91) han ideado modelos quirúrgicos de sustitución vesical, con empleo de diferentes tramos intestinales, con diferentes grados de aceptación.

Nosotros nos hemos inclinado por el procedimiento Camey II con, a nuestro juicio, satisfactorios resultados tras 10 años de experiencia con el mismo en

nuestros pacientes. Revisamos brevemente nuestra experiencia, orientada fundamentalmente hacia el estudio de las complicaciones más frecuentes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro servicio, entre Diciembre de 1986 y Julio de 1995 se han practicado 24 cistectomías radicales con sustitución vesical por diagnóstico de tumor vesical (bien tumor vesical infiltrante sin diseminación local ni a distancia o bien tumor vesical superficial con elevado riesgo de progresión o con limitación de un adecuado control endoscópico). Los pacientes presentaban una edad media de 61.3 años (29-70 años). Todos los pacientes eran varones. El seguimiento medio ha sido de 45.8 meses (24-106 meses). En 20 de los pacientes se procedió a realizar la sustitución vesical según la técnica de Camey II, practicándose una modificación personal



de la misma en 3 pacientes; en los pacientes restantes se practicó la técnica de Studer.

La técnica de Carney consiste en el aislamiento de un asa ileal de unos 60 cm, respetando los 20 cm de íleon distal, procediéndose a la destubulización de la misma, de forma que adquiere en fondo pelviano forma de "U" y realizando la anastomosis ileouretral a nivel del punto más declive de la pared intestinal. Los uréteres se anastomosan a la neovejiga mediante la técnica de surco mucoso de Le Duc-Camey.

### RESULTADOS

El resultado anatomopatológico de las piezas de cistectomía objetivó la existencia de tumor vesical grado B en 17 pacientes (74%), C en 3 pacientes (13%), A en 2 pacientes (9%), O en 1 paciente (9%) y en el paciente restante el diagnóstico histopatológico fue de cistitis eosinofílica.

La capacidad vesical de las neovejigas, a los 12 meses de la intervención resultó superior a los 500 cc en 10 pacientes e inferior a 500 cc en los 15 restantes. El 58% de los pacientes presentaban residuo vesical postmiccional, con media de 160 cc. El 33.3% de los pacientes presentaron complicaciones, considerándose estas como mayores en el 8.3%. Estas complicaciones consistieron en litiasis vesical (2 pacientes, 8.33%), dilatación renal por estenosis ureteroileal (2 pacientes, 8.33%), evisceración (1 paciente, 4,17%), estenosis ureteroileal (2 pacientes, 8.33%) y obstrucción intestinal en 1 paciente (4,17%). La Infección urinaria ha sido la complicación más frecuente en nuestros pacientes, siendo objetivada en 13 pacientes (54,17%).

Fue preciso practicar reintervención quirúrgica, debido a las complicaciones antes descritas, en 8 pacientes, consistente en litotricia vesical (2 pacientes), reanastomosis ureteroileal (2 pacientes), eviscerorrafia (1 paciente), RTU de estenosis ureteroileal (2 pacientes) y lisis de adherencias Intestinales (1 paciente).

### DISCUSIÓN

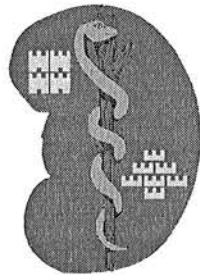
La frecuencia global de las complicaciones tributarias de cirugía en nuestra serie alcanza el 33.3%. La complicación mas frecuente resultó ser la formación de litiasis vesical, que alcanza el 16.7% de nuestros pacientes, cifra superponible a la obtenida por el grupo de Skinner (64 litiasis en 383 pacientes sometidos a diversión urinaria continente según técnica de Koch), superior en cualquier caso a la obtenida por Martínez Segarra (1 litiasis vesical en su serie de 105 ileocistoplastias de sustitución vesical).

En lo que respecta al resto de complicaciones, la frecuencia de las mismas se encuentra dentro de límites razonables si la comparamos con otras series, así tenemos estenosis de unión ureteroileal en el 8.3% de nuestros pacientes, estenosis de unión ureteroileal resuelta por vía endoscópica en el 8.3% de los casos, que precisó cirugía ante la falta de respuesta al tratamiento mediante cateterismo doble "J", y obstrucción intestinal debida a adherencias entre asas en el 4,17%

Probablemente el problema más común con el que nos enfrentamos es el de las Infecciones urinarias de repetición, muy unido a la existencia de residuo vesical postmiccional, lo que, junto a la existencia de sutura metálica utilizada en la destubulización del asa ileal, ha sido propuesto como causa de la formación de litiasis en la neovejiga por numerosos autores, relación que actualmente estamos investigando.

Concluimos considerando que, pese a que nuestra serie aún no es demasiado grande, en comparación con las series clásicas, estamos satisfechos con los resultados obtenidos hasta el momento en la misma, orientando actualmente nuestros esfuerzos a la mejoría de la técnica, así como intentar evitar la aparición de residuos vesicales importantes, con la consiguiente aparición de infecciones urinarias y la posible relación con la génesis de litiasis intravesical.

COMPLICACIÓN	TRATAMIENTO	Nº	%
Litiasis vesical	Litotricia endoscópica	4	16.7%
Estenosis unión uterovesical	Ureterocistoneostomía	2	8.3%
Obstrucción intestinal por adherencias	Lisis adherencias intestinales	1	4.2%
Evisceración	Eviscerorrafia	1	4.2%
Estenosis ureteroileal	RTU estenosis uterovesical	2	8.3%
Infección urinaria	Tratamiento médico	13	54.2%



**REUNIÓN DE TRABAJO**  
**ORGANIZADA POR**  
**EL SERVICIO DE UROLOGÍA**  
**HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL**

**CARTAGENA, 27 DE ABRIL DE 1996**



## SUSTITUCIÓN DE URETRA CON INJERTO LIBRE DE MUCOSA VESICAL

*Dres. Hita Villaplana, Fernandez Aparicio, Miñana Fernandez,  
Lorca García, Cuesta Climent, Meseguer Calpe, Peñaranda.  
Servicio Urología Hospital Morales Meseguer - Murcia*

Presentemos un paciente varón de 49 años con antecedentes de artropatía úrico resistente a tratamiento donde se descartó síndrome de Reiter. Obesidad importante (125 kg). HTA no controlada.

En cuanto a su clínica urológica presentaba dificultad miccional importante, chorro fino, disuria, antecedentes dudosos de uretritis de repetición no filiadas, balanopostitis escleroso .

Se diagnosticó por metodos de imagen de estenosis arrosariada de uretra peneana y membranosa, hasta prácticamente 3cm de esfínter interno. Por problemas técnicos inherentes al enfermo, no era posible la realización de injertos pediculados por lo que decidió

la realización de un injerto libre de mucosa vesical de unos 13 cm de longitud, ( exposición de diapositivas de campo operatorio que detallan la técnica quirúrgica)

Precisó sondaje a permanencia uretral como tutor (31 días), así como, sonda de cistostomía (30 días).

Se presenten imágenes del resultado radiológico de lo neouretra con reconstrucción total y flujo normal y por el extremo distal del pene.

En conclusión creemos que la mucosa vesical es un material biológico ideal, es una técnica de elección en estenosis largas y complejas y oportuna longitud de injerto necesario con buena experiencia a corto plazo.

## ESTENOSIS URETERAL TUBERCULOSA

*Autores: Dra. M.J. Montes Díaz - Dr. R. La Iglesia Cabrerizo.  
Servicio de Urología Hospital "Rafael Méndez" - Lorca*

La afectación ureteral secundaria a tuberculosis genito-urinaria se presenta en un 20-50% de los afectados, generalmente en forma de estenosis, siendo más frecuente a nivel de la unión uretero-vesical y rara a nivel del tercio medio del ureter.

Hasta la introducción de las técnicas endourológicas las estenosis de origen tuberculoso eran subsidiarias de tratamiento quirúrgico, realizandose en algunas series hasta un 40% de nefrectomías. Mencionamos las diferentes técnicas en el manejo endourológico de las

estenosis ureterales benignas y su porcentaje de éxito basandonos en la literatura.

Describimos un caso de estenosis tuberculosa del tercio medio del ureter que fué tratada con buenos resultados mediante dilatación. La intubación de la estenosis fué posible gracias al control mediante visión directa con ureteroscopia, considerando su utilidad cuando no han tenido éxito las técnicas endourológicas tradicionales, evitando así un acceso percutáneo o cirugía abierta.

## ENFERMEDAD DE LA PEYRONIE

*Pérez Albacete, M.; López Cubillana, P.; Asensio Egea, L.; Rigabert Montiel, M.; Nicolás  
Servicio de Urología Hospital Virgen de la Arrixaca - Murcia*

Se presenta el caso de un varón de 48 años, quien acude a consulta por presentar en raíz de pene, en su porción anterior, una gran placa fibrosa, dura, que sobresale mas de un centímetro a cada lado y que mide 4 x 3,5 cm., lo que le provoca una acusada doblez anterior del pene en erección junto a la imposibilidad de mantener relaciones sexuales.

Con el diagnóstico de Enfermedad de La Peyronie, se realiza la corrección quirúrgica con extirpación completa de la placa, a punta de bisturí, respetando al

máximo los cuerpos cavernosos y dado, que la placa era anterior, con cuidadosa disección previa del paquete vasculo nervioso, hasta la sínfisis del pubis. La superficie cruenta es cubierta con Lyodura que se sutura a la albugínea. Se deja sonda uretral y un vendaje compresivo que se mantienen durante cuatro días.

En el control a los tres meses, la evolución ha sido buena y el aspecto y palpación normales, el paciente refiere que logra erecciones de calidad.



## LITIASIS CORALIFORME ÚRICA BILATERAL.

*Autores: Dra. M. J. Montes Díaz - Dr. R. La Iglesia Cabrerizo.  
Servicio de Urología Hospital "Rafael Méndez".- Lorca*

En el mundo occidental la litiasis úrica constituye el 11- 12% de los enfermos litiásicos después de la oxalocálcica y la infecciosa. Para su tratamiento con éxito es necesario incrementar la ingesta líquida, alcalinizar la orina, y reducir la excreción de ácido úrico.

Exponemos un caso de litiasis coraliforme úrica bilateral que presentó un cuadro de insuficiencia renal

aguda obstructiva, el cual se resolvió con éxito utilizando medidas conservadoras.

Nos planteamos la utilidad de la diálisis temporal, siempre que la situación del paciente lo permita, debido al carácter reversible de estas litiasis con tratamiento médico conservador.

## HEPATOTOXICIDAD ASOCIADA AL USO DE FLUTAMIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PROSTATA

*Dres. P. Guzmán Martínez-Valls, R. Ferrero Doria, J. P. Morga Egea, M. Tomás Ros,  
J.L. Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez, J. Gil Franco. LO. Fontana Compiano.  
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.*

La Flutamida es un antiandrógeno no esteroideo, utilizado para el tratamiento del Cáncer de Próstata, en combinación con análogos de LHRH u orquiectomía.

También utilizado como tratamiento del hirsutismo y en la hipertrofia benigna de próstata. La Flutamida se absorbe bien vía oral, metabolizándose principalmente en el hígado, siendo la forma activa circulante la hidroxiflutamida.

Los efectos secundarios observados con mayor frecuencia son la ginecomastia y/o sensibilidad mamaria, acompañada a veces de galactorrea. Los menos frecuentes incluyen diarrea, náuseas, vómitos, reacciones cutáneas y disfunción hepática transitoria y hepatitis. La incidencia de toxicidad hepática severa asociada a Flutamida en las series de la literatura es muy baja, no superando el 0,16 %. Entre Febrero de 1989 a Diciembre de 1994, la FDA recibió 20 casos de pacientes que fallecieron y 26 que fueron hospitalizados por hepatotoxicidad secundaria a Flutamida.

Aportamos dos casos de pacientes diagnosticados de Adenocarcinoma de Próstata en tratamiento con Flutamida y Análogos de LHRH, que presentaron hepatotoxicidad; uno, con manifestaciones de hepatitis aguda que curó tras la supresión del fármaco y medidas de sostén, y otro que desarrolló una cirrosis micronodular, falleciendo mas tarde por descompensación icteroascítica y síndrome hepatorenal.

Para considerar el diagnóstico de toxicidad hepática inducida por drogas, hay que excluir previamente cualquier causa capaz de producir disfunción hepática y relacionar la aparición de la misma con la ingesta de algún fármaco en ese tiempo, no siendo imprescindible la realización de biopsia hepática por su escasa especificidad y riesgo, que sin embargo hicimos confirmando en el primer caso una cirrosis micronodular de probable origen colestásico con daño hepatotóxico añadido y en el segundo la cirrosis micronodular. Por otro lado descañamos exposición a alcohol, transfusiones previas, hepatitis vírica, metástasis hepática o colestasis por obstrucción biliar.

El mecanismo biológico es desconocido, especulándose diferentes teorías, unas sobre la colestasis mediada por testosterona, otros un mecanismo inmunoalérgico, siendo la de mayor consistencia la propuesta por Lewis y Zimmerman sobre una reacción idiosincrásica de la Flutamida o uno de sus metabolitos que podría llevar a la peroxidación lipídica y consecuente lesión hepática.

Por tanto concluimos que es conveniente tener en cuenta la posibilidad de lesión previa al tratamiento, así como la necesidad de controles periódicos cada 6 meses, y un primero entre la segunda y cuarta semana desde el comienzo del tratamiento. Ante signos de disfunción se debe suspender la Flutamida.





## HEMATOMA SUBCAPSULAR ESPONTÁNEO Y PRESENTACIÓN DE CÉLULAS CLARAS

*Dres. : M Tomás Ros; R Ferrero Doria; P. Guzmán Martínez-Valls. J.P. Morga Egea; A. Sempere Gutiérrez; J.L. Rico Galiano; J. Lopez Alba J. Gil Franco; L.O. Fontana Compiano. ' Servicio de Urología Hospital General Universitario Murcia*

**Introducción:** El frecuente hallazgo de masas renales de pequeño tamaño descubiertas incidentalmente con técnicas de imagen (ECO, TC, RMN), junto a la revisión crítica de los criterios de Robson para la cirugía radical de tumores renales, así como los de Bell para la diferenciación entre adenomas y carcinomas de bajo grado, ha ocasionado una corriente a favor de la cirugía conservadora de las masas renales, que obliga a replantear cuestiones sobre la histogénesis, biología celular y factores pronósticos de estas lesiones.

**Caso Clínico:** Presentamos un caso de hematoma subcapsular en riñón derecho cuyo diagnóstico y actitud posterior ocasionó dudas en nuestro Servicio: Varón de 68 años que presentó dolor brusco en FRD, no tenía antecedentes personales de interés salvo CND 18 años antes.

Las técnicas de imagen demostraron en ECO y TC hematoma subcapsular sin encontrarse alteraciones en el parénquima subyacente. Como no tenía antecedentes previos que justificaran causa de hematoma espontáneo y dada la frecuente asociación de este a tumores renales se decidió realizar lumbotomía dcha para exploración de

riñón. No se encontró ninguna alteración sospechosa de lesión tumoral como así confirmaron biopsias intraoperatorias de la zona próxima al hematoma.

El diagnóstico histopatológico definitivo hablaba de la presencia de células de citoplasma claro, algunos con vacuolas cargadas de lípidos, con áreas de inflamación crónica en la proximidad, todo ello en una porción de la muestra no superior a 3 mm.

**Comentarios:** La presencia de células claras nos planteó la duda de si el paciente tenía una neoplasia renal o se trataba de un proceso regenerativo secundario. Decidimos, de acuerdo con el paciente, observación y seguimiento con TC y el primer control realizado a los 6 meses demuestra normalidad del parénquima renal.

El caso nos plantea las siguientes preguntas :

1ª) ¿ Existen los adenomas renales ?.

2ª) ¿ Es posible encontrar células claras en otro contexto diferente a los tumores renales ?.

3ª) ¿La cirugía conservadora de los tumores renales es aplicable cuando aparecen en biopsias de parénquima renal que no presenten áreas sospechosas de células claras ?

## TRATAMIENTO DE METÁSTASIS ÓSEAS TRAS CIRUGÍA RADICAL POR TM VESICAL INFILTRANTE

*Dres. P. Guzmán Martínez-Valls, R. Ferrero Doria, J.P. Morga Egea, M. Tomás Ros, J.L. Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez, J. Gil Franco, L.O. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.*

El Tumor vesical infiltrante tiene diferentes tratamientos dependiendo de la extensión del mismo.

Presentamos dos pacientes diagnosticados de Tumor vesical G III-B, diagnosticados mediante cirugía endoscópica y con estudios de extensión negativos a los que se le practicó cirugía radical con derivación ureteroileal tipo Bricker y linfadenectomía ilíaca y obturatriz siendo la anatomía patológica de la pieza pT0 y que en su evolución presentaron metástasis única a nivel de articulación coxofemoral derecha, decidiendo cirugía protésica.

Uno de los pacientes en su seguimiento presentó una [metástasis en fémur derecho, iniciándose poliquimioterapia con M-VAC y cirugía de la metástasis, falleciendo mas tarde por diseminación.

El otro paciente tras la aparición de metástasis e intervenido con Prótesis Total de Cadera está libre de enfermedad a los 37 meses tras el implante.

Creemos que está justificada la sustitución protésica en pacientes con metástasis única y con anatomía patológica de pT0 por su buen pronóstico al menos inicialmente.



## EFFECTOS DE LA HORMONOTERAPIA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CANCER DE PROSTATA

*A. Sempere Gutiérrez. V. Vicente Ortega\*. R. Ferrero Doria. P. Guzmán Martínez-Valls; J.P. Morga Egea; M. Tomás Ros. J.L. Rico Galiano. J. Gil Franco. J. López Alba; L.O. Fontana  
Servicios de Urología y Anatomía Patológica. Hospital General Universitario - Murcia*

### *Introducción:*

El incremento en la detección del cáncer de próstata en los últimos años es el resultado de varios factores como son las campañas de sensibilización a la población general, el envejecimiento de dicha población y el perfeccionamiento de los métodos diagnósticos.

Estando claramente definida la hormonodependencia del adenocarcinoma de próstata y perfectamente descrito su control con el bloqueo androgénico, últimamente se ha preconizado el uso de la hormonoterapia neoadyuvante con fines de reducir el número de complicaciones en aquellos pacientes seleccionados para prostatectomía radical.

El objetivo de este trabajo es estudiar las modificaciones existentes en el adenocarcinoma de próstata después de la hormonoterapia neoadyuvante.

### *Material y Métodos:*

Entre Enero de 1995 y Enero de 1996, se seleccionaron 9 pacientes afectos de carcinoma de próstata órgano-confinado fueron tratados mediante bloqueo androgénico máximo previo a la prostatectomía radical por vía retropúbica más linfadenectomía ilio-obturatriz.

Todos los pacientes fueron evaluados en el momento del diagnóstico mediante tacto rectal, ecografía renal y vesico-prostática por vía abdominal, PSA, gammagrafía ósea y TAC abdominopelviano.

Los 9 pacientes recibieron una media de 3 ciclos de bloqueo hormonal completo mediante una análogo depot de la LH-RH y Flutamida. El PSA se volvió a medir después del bloqueo y posteriormente a la Cirugía.

### *Resultados:*

La edad media de los pacientes oscilaba entre

53 y 68 años con una media de 62 años.

El PSA en el momento del diagnóstico oscilaba entre 4.51 y 88.52 con una media de 25.96 ng/ml. El PSA posterior al bloqueo hormonal se encontraba entre 0,12 y 1.4 con una media de 0.81 ng/ml y el PSA postoperatorio se redujo a < 0.09 ng/ml en 6 pacientes y en los 3 restantes fue de 0,2, 0,5 y 0.60 ng/ml respectivamente.

El Gleason sumatorio medio de las biopsias prostáticas fue de 5.8 con un rango entre 4 y 9. El Gleason sumatorio medio de las piezas de prostatectomía fue de 5.5 oscilando entre 4 y 7.

Los cambios histopatológicos visualizados en las piezas quirúrgicas se describen como vacuolización citoplasmática, atrofia del epitelio glandular con acinis de pequeño tamaño, morfología irregular y dispuestos en acúmulos o cordones irregulares. Asimismo se describen áreas de edema y necrosis de células glandulares.

No aportamos datos de disminución del volumen tumoral, como consecuencia de la hormonoterapia, por no tener datos ecográficos fiables en la medición volumétrica del tumor previo al bloqueo hormonal.

### *Conclusiones:*

- La hormonoterapia neoadyuvante durante tres meses produce un descenso significativo del PSA.
- Como consecuencia de dicho bloqueo hormonal se produce una atrofia epitelial, vacuolización citoplasmática con áreas de edema y necrosis.
- No constatamos variación significativa en el grado histológico.



## CADIDIASIS GENITOURINARIA SEVERA EN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

*Juan Pedro Morga Egea, Pablo L. Guzmán Martínez-Valls, Roberto Ferrero Doria, José Luis Rico, Mariano Tomás Ros, Andres Sempere, José Gil, Luis O. Fontana  
Hospital General Universitario - Murcia*

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha aumentado la incidencia de estas infecciones debido a una serie de métodos terapéuticos inmunodepresores. Así mismo, frecuentemente, suelen aparecer en personas con algún tipo de patología inmunodepresora, como la DM o la I.R.C.. Es por eso que esta infección suele manifestarse con una clínica insidiosa y por lo que, además, suele ser difícil su erradicación total con la antibioterapia habitual.

### CASO CLÍNICO

Una mujer de 68 años acudió a nosotros por presentar hematuria macroscópica síndrome anémico de varios días de evolución, sin hallazgos relevantes a la exploración física. Entre sus antecedentes destacaban una HTA, una IRC descubierta casualmente junto con la HTA y anemia crónica.

Presentaba una analítica al ingreso con hiperglucemia de 226 mg%, Urea de 196 mg/dl, creatinina de 5,2 mg/dl y Potasio sanguíneo de 6,2 mEq/l, en orina se hallaron signos de infección, así como una intensa hematuria. Se le realizó una Ecografía que informaba de hidronefrosis grado II bilateral, cálices renales dilatados con infundíbulos filiformes y restos hemáticos o purulentos en fondo vesical. Tras el ingreso se le practicó una cistoscopia donde se halló unas paredes vesicales cubiertas en su totalidad de un material niveo, con proyecciones arborescentes, que se introducía a través de un meato ureteral derecho en "hoyo de golf", y que dejaban una superficie eritematosa y fácilmente sangrante al raspado con el cistoscopio, todo ello muy sugestivo de candidiasis vesical. También se le realizó una cistografía de relleno, que evidenciaba una

microvejiga, un reflujo vesicoureteral bilateral, con hidronefrosis, y una ausencia de relleno del cáliz inferior del riñón derecho. Ante la sospecha de que se tratase de un "fungus ball", se realizó punción de polo renal bajo control radiológico, comprobándose el llenado total del cáliz inferior con material de contraste. El urocultivo confirmó la existencia de infección por un Enterococo Faecalis así como por Cándida Albicans, tratándose respectivamente con Amoxicilina / Clavulánico oral (500 mg/8h) y Fluconazol oral (50mg/\*24h ).

Tanto las tinciones de Auramina Rodamina como los cultivos en medio de Lowestein, fueron negativos en todo momento la paciente evoluciono desfavorablemente, empeorando clínica y analíticamente, por lo que se decidió sustituir el tratamiento por Ciprofloxacino intravenoso (200 mg/24h) y Anfotericina B en lavado intravesical (200 mg/24h, disueltos en 1l de agua destilada), manteniendo el tratamiento con Fluconazol..

Con el nuevo tratamiento se obtuvo una importante mejoría, de forma que al Alta, se hallaba sintomática, con unos niveles de función renal aceptables para su evolución y con urocultivos seriados negativos,

### DISCUSIÓN

Tras la curación del cuadro agudo de la paciente nos planteamos las siguientes dudas

1. ¿Fue este el manejo terapéutico adecuado?
2. Habida cuenta de las imágenes cistográficas tan sugestivas de TBC ¿Se debería haber tratado está?
3. ¿Se debe hacer cirugía de ampliación vesical y/o antireflujo, teniendo en cuenta su expectativa de vida debido a su I.R.C.?



## VASECTOMÍA, EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

*José Lorca García*

El Real Decreto 63/1995 del 20 de Enero de 1995, desarrolla la Ley General de Sanidad conducente a la efectividad del derecho a la protección de la salud, reconocida en los artículos 44 y concordantes de la Constitución.

En su artículo 2, apartado 1 y anexo 1 y de este en su apartado 5º, dice textualmente :

"La asistencia especializada, incluirá además, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los Servicios de Salud, los siguientes servicios y prestaciones:

.....entre otras cita: planificación familiar, vasectomía y ligadura de trompa, interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos a los que se refiere la Ley orgánica 9/1985 del 5 de Julio".

Ésto es la realidad legal. Así pues, cada día, es más frecuente la demanda en consulta, de esterilización por vasectomía.

Pero también es cierto, que esta demanda no viene fundamentada por su médico de familia, en la mayor parte de los casos.

Nosotros, en nuestra Área, hemos consensuado una notificación que transmitimos al Centro de Atención Primaria, en la cual pedimos que sea remitido el asegurado con:

"1º Petición razonada del Centro de Planificación Familiar de su zona.

2º Informe del gabinete psicológico con la conformidad y aceptación del paciente, asumiendo la responsabilidad de la intervención".

De esta forma, y siempre que no exista objeción de conciencia por parte del urólogo, se remite al Hospital de Área para su inclusión en lista de espera, donde se le entrega un consentimiento informado, documento, que firmado por el interesado y un testigo, se conserva en su Historia Clínica.

Creemos que actuando con esta normativa, regulamos un derecho del ciudadano, reconocido en el citado Real Decreto y evitamos así una intervención "a la carta".



## FIGURAS DE LA UROLOGÍA MURCIANA

### D. SALVADOR PASCUAL RÍOS (1887 - 1938)

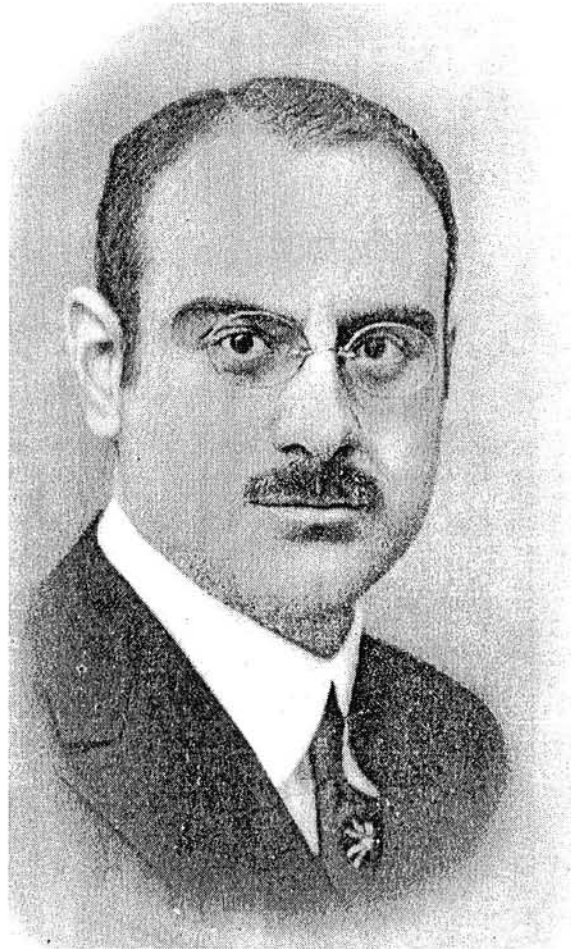
*M. Pérez Albacete*

Al Dr. D. Salvador Pascual Ríos, lo considero la personalidad más importante que ha dado Murcia a la Urología, Su nombre resalta, ya como figura, junto a los de Luis Gonzalez Brabo, Pedro Cifuentes, Leonardo de la Peña, Isidro Sánchez Covisa, etc, que fueron quienes dieron renombre a la Urología y la consolidaron como especialidad en la primera mitad del siglo XX, en nuestro país,

El hecho de haber realizado toda su carrera profesional en Madrid, no quita méritos a su murcianismo ya que le encantaba todo lo murciano: amén de que mantenía relaciones de amistad con sus compañeros de nuestra región, su familia más directa residía en Murcia, donde acudía cada vez que le era posible; veraneaba todos los años en la casa familiar de los Alcázares, donde realizaba el tipo de vida propio de la época estival: excursiones por el Mar Menor, dominó por las tardes, tertulias con amigos y familiares. Sus visitas a Murcia eran motivo con frecuencia de reseñas periodísticas locales, bien por impartir conferencias, bien por intervenir quirúrgicamente, como cirujano urológico de prestigio, a alguna personalidad murciana, o bien por recibir alguna distinción, y en todas ellas se ensalza su gran calidad, tanto humana como médica.

Nace Salvador Pascual en La Unión el 21 de marzo de 1887, en el seno de una familia oriunda de la región murciana; su abuelo paterno había nacido en La Unión, y el materno era zapatero artesano en San Javier, Su padre, D. José Pascual Ferrer, estudió Medicina, ejerció de médico en La Unión y se casó con Da. Josefa Ríos Sánchez, de Murcia. Realiza sus estudios de Enseñanza Primaria y Secundaria en La Unión, con su profesor D. Francisco Ros, y se examina como alumno libre de Bachillerato en el Instituto Alfonso X el Sabio, de Murcia. Posteriormente se desplaza a Madrid, para iniciar su preparación universitaria; estudia Medicina en la Facultad de San Carlos, y se licencia en 1909.

Gregorio Marañón, compañero de Facultad y amigo durante toda su vida, nos describe, en el prólogo del libro del Dr. Pascual, "Supuraciones Renales", su encomiable retrato: "la efigie taciturna, de Salvador Pascual, es harta conocida. Quizá no todos conozcan las excelencias



espirituales que se esconden tras el rostro, hirsuto y hermético. Pascual es uno de los médicos más capacitados, por don natural y por labor preparatoria, para hacer ciencia entre nosotros, hice con él todos los estudios académicos, y ni un solo instante nos hemos separado después, "... Conozco, pues, al autor de este libro como se conoce a los hermanos. Y puedo decir, como nadie quizás, que es un ejemplo, tal vez único, de perseverancia, de extirpación voluntaria de todas las cualidades brillantes, por efímeras, para mayor esplendor de aquellas otras, de sesgo más tranquilo, de tono más gris, pero más duraderas y más firmes. " ... " Salvador Pascual fue un modelo de sensatez. Andaba cada paso con paciencia sin saltar por encima de nada. Estudiaba mucho, viajaba sin cesar. Asistía no unas semanas breves, sino cursos enteros, a las mejores clínicas del extranjero. En París, en Berlín, su vida fue la del estudiante indígena, no la del forastero que pasa como las golondrinas. Y aprendía en casa y fuera de ella, todo lo que le daba de sí su tiempo y su gran disciplina: Anatomía, Fisiología, Medicina Interna: todo, y, además su especialidad".

En el Diario de Murcia del 11 de abril de 1924, con



motivo de pronunciar unas conferencias en la Universidad y en el Colegio de Médicos de Murcia, el periodista nos lo presenta: " Es, pues, la personalidad del Dr. Pascual de las que tienen verdadero relieve dentro de la familia médica española ... de carácter sencillo y afable sin afectación, modesto sin hipocresía, fineza exquisita de su trato".

Encontramos en Salvador Pascual una dualidad, compartida a lo largo de su carrera profesional con la misma intensidad y dedicación entre la Urología, su vocación natural, y la Medicina Legal, apoyada ésta por el Dr. D. Tomás Maestre, Catedrático de la misma y su mentor en Madrid, lo que le llevó a ser Catedrático de esta última disciplina.

Cimentó su especialización urológica sobre una base muy amplia de Medicina y Cirugía generales y, cuando se consideró preparado, se desplazó al extranjero, a los hospitales donde la Urología se encontraba plenamente desarrollada; primero en París, en el Hospital Necker, donde estudió con los profesores Pasteau Luegue, Michon, Chevasu y Marion; con éste último le unió una buena amistad durante toda su vida. Pasó posteriormente a Berlín para conocer la Escuela Urológica Alemana, y viajó por último a Londres. Tras haber estudiado, entre 1911 y 1913, en los mejores centros del momento, consideró terminada su formación.

Comienza ya, en esta época, 1912 y 1913, una fructífera labor de publicaciones de trabajos urológicos, en la "Revista Clínica de Madrid" y en el "Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale" tratando temas como los tumores vesicales, la tuberculosis urinaria, el estudio y tratamiento de las cistitis por los vapores de yodo, los cálculos ureterales, y la constante de Ambard.

A su regreso a España, empieza a trabajar en el Dispensario de Vías Urinarias del Instituto Rubio y de la Beneficencia Municipal de Madrid, junto con el Dr. D. Luis González Brabo, (fundador, en 1910, de la Asociación Española de Urología). Publicaron conjuntamente, en 1914, en la "Revista Clínica de Madrid" un estudio titulado "Quiste Hidatídico". En octubre de dicho año, presenta la Ponencia Oficial al tercer Congreso de la Asociación Española de Urología, celebrado en Madrid, con el título "Estudio comparativo de los distintos procedimientos para el diagnóstico precoz de la tuberculosis urinaria". Al año siguiente, es premiada por la Real Academia de Medicina de Murcia su Memoria titulada " Los Quistes del Riñón", y asimismo publica, en la revista "Murcia Médica", su trabajo " Las nefritis, su concepto actual".

En 1915, obtiene el Premio Extraordinario del Doctorado con su tesis "Los cálculos del uréter", y en 1918, recibe el Premio de la Real Academia Nacional de Medicina por su monografía " Formas Clínicas; Patogenia y Terapéutica de la Nefritis". En 1919, publica su primer libro "La Constante de Ambard y su Valor Clínico" con el que contribuyó de manera decisiva a la generalización

de este método de valoración de la función renal.

En julio de 1917, tras preparar la oposición, logra la plaza vacante de médico forense en el juzgado del distrito madrileño de Chamberí, con lo cual se asegura una retribución económica que le permite ya en diciembre del mismo año, contraer matrimonio con su prima Antonia López Ambit, celebrándose el acontecimiento en Murcia, en la propia clínica del Dr. Julio López Ambit, padre de la novia, como era costumbre entonces. El nuevo matrimonio fijó su residencia definitiva en Madrid, en la Calle Zurbarán número 9, donde el Dr. Pascual monta su clínica urológica, simultaneando la práctica de su especialidad y el desarrollo de su plaza de médico forense.

En febrero de 1923, se presenta y gana por oposición la Cátedra de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Sevilla, con lo que logra alcanzar el máximo nivel docente. Pero el ejercicio de la Cátedra significaba, en primer lugar el alejamiento de su vocación urológica, seguido del distanciamiento de Madrid, donde tenía una floreciente clínica y por último la separación del Hospital Central de la Cruz Roja, donde había comenzado a trabajar. Por todo ello a los dos días de la toma de posesión de la Cátedra, pide la excedencia y regresa a Madrid, en donde es nombrado Agregado al Instituto de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría, dedicándose además, ya de lleno al ejercicio de la Urología.

En el año 1924, en una visita a Murcia en el mes de abril, pronuncia dos conferencias en la Universidad "Problemas relacionados con la formación y la eliminación de orina" y "Aportaciones de la Medicina a la criminología", recogidas ambas en la revista "Estudios Médicos" y una tercera en el Colegio de Médicos acerca de "La hipertrofia de próstata".

Es designado, en 1925, para realizar la Ponencia Oficial del Primer Congreso Hispano Portugués de Urología, celebrado en Lisboa en el mes de julio, con el tema "Nefropatías experimentales".

En 1926, es nombrado Jefe del Servicio de Urología en el Hospital Central de la Cruz Roja de "San José y Santa Adela" de Madrid, donde desarrolló toda su labor asistencial, llegando a ser Director del Hospital. Creó un Servicio de Urología de alto nivel, y en el que se formaron gran cantidad de urólogos, destacando entre sus discípulos Julio Picatoste Picatoste, quien proseguiría su carrera en el Hospital de Valdecilla de Santander y Joaquín Páez Ríos, sobrino suyo y murciano también, el cual continuó su línea de trabajo y le sucedió, a su fallecimiento, al frente del Servicio de Urología en el Hospital Central de la Cruz Roja. Otros urólogos murcianos formados en la escuela del Dr. Pascual lo fueron Juan Martínez García, quien desarrolló toda su labor urológica en Murcia, así como Manuel Albaladejo Paredes.

En 1927, publica la que sería su mayor obra, el libro



"Supuraciones Renales" prologado por D. Gregorio Marañón, y dedicado a "Mis primeros discípulos en el Hospital de San José y Santa Adela. Curso de 1926-1927". En este libro, con el respaldo de ciento sesenta y siete citas bibliográficas, y en once capítulos, realiza un amplio estudio acerca de los mecanismos de producción de las supuraciones renales, analiza la etiología, la patogenia y los agentes microbianos productores, tanto de las pielonefritis en todas sus formas, como de las piodonefrosis, y de las perinefritis; se detiene ampliamente en describir la tuberculosis renal, su etiopatogenia, sintomatología, formas clínicas, evolución, pronóstico y tratamiento, dedica un capítulo entero a la cirugía de esta enfermedad y valora tanto las técnicas quirúrgicas como las indicaciones y resultados, resaltando un aserto "La nefrectomía está indicada en todos aquellos casos en que no está contraindicada".

En abril de 1930 se celebra en Madrid el Congreso Internacional de Urología, presidido por el Dr. Leonardo de la Peña, y actúa de Secretario el Dr. Salvador Pascual; asisten personalidades urológicas internacionales de la categoría de los profesores Legue, Chevasu, Michon, de Francia, Keyes, de EEUU, etc. se celebra, por la mediación del Dr. Pascual la Recepción Oficial y la cena de Gala en el Palacio Real de Madrid.

Su vida fue una dedicación constante a su profesión, a sus trabajos y a sus enfermos; no descuidó su formación, poseía una gran biblioteca de libros y revistas de Urología y todos los años, en el mes de octubre, pasaba dos semanas de trabajo en París, de asistencia a los hospitales, donde se mantenía en contacto con las máximas figuras urológicas. En Madrid, comenzaba su jornada a las ocho, todas las mañanas lo recogía un taxi para trasladarlo al Hospital Central de la Cruz Roja, donde iniciaba la actividad quirúrgica diaria a las ocho y media; allí permanecía hasta medio día, atendiendo a la consulta y a las salas. El Hospital fue su vida, a él le dedicó toda su pasión y sus esfuerzos, nunca cobró nada. Fue cesado fulminantemente como director en 1935, como consecuencia de un discurso pronunciado ante el presidente de la República, Niceto Alcalá Zamora, en el que se quejaba de la escasa ayuda que recibía la Cruz Roja de las esferas gubernamentales.

Las tardes las pasaba enteras en su consulta, a la que acudían grandes personalidades y figuras tanto políticas como literarias. Los murcianos eran especialmente recibidos y tratados, no se les cobraba la consulta y en las intervenciones quirúrgicas, sólo hacían frente a los gastos de la clínica. Normalmente operaba en la Clínica del Rosario y en ocasiones en el Sanatorio

Victoria Eugenia.

Su prestigio como urólogo, le hizo ser llamado para atender al príncipe de Asturias, que padecía de hemofilia, y que en el curso de una hemorragia, llegó a presentar una retención aguda de orina por coágulos. El Dr. Pascual fue recomendado al rey por el hematólogo Dr. Carlos Elosegui para atender la emergencia. A partir de este momento, recibía todas las tardes una llamada preguntándole la hora de finalización de la consulta, y se le enviaba un coche para acudir a Palacio a visitar al príncipe y participar en la tertulia que mantenía el Rey; con frecuencia cenó con la familia real.

Al comienzo de la Guerra Civil, se traslada a Murcia al considerarse más seguro entre los suyos. Al conocer que han asaltado y destruido su clínica madrileña y que está siendo buscado decide salir del país, lo que logra hacer desde Alicante oculto en un avión de carga ayudado por amigos murcianos. Llega a Toulouse desde donde regresa a España a la zona nacional, posteriormente lo harían su mujer y su única hija. En Burgos le encargan la organización de los hospitales de campaña de la Cruz Roja, le nombran Capitán médico asimilado, le restituyen en su puesto de médico forense y le nombran director de los Laboratorios de Análisis Toxicológicos.

El 31 de marzo de 1938, una infección adquirida en el ejercicio de su profesión, desencadenó un septicemia que puso fin a su vida a los cincuenta años de edad, truncándose de este modo una brillante carrera y privándonos de una gran personalidad urológica. Su cuerpo fue embalsamado por su compañero y gran amigo Pedro Ara, Catedrático de Anatomía, y sus restos descansan en el Cementerio de Nuestro Padre Jesús de Murcia. Su obra queda recogida en cerca de un centenar de trabajos de Urología, amén de traducciones, análisis bibliográficos y la realización de trabajos de cirugía experimental fundamentalmente para el estudio de las nefropatías, además de numerosas publicaciones sobre Medicina Legal y Toxicología.

Esta tremenda fecundidad y capacidad de trabajo desarrollada a lo largo de sus veintiséis años de dedicación a la Medicina, fue en su época reconocida fuera de nuestras fronteras; el gobierno francés le concedió la Legión de Honor y el portugués la condecoración de Santiago de Espada. En la Unión, su pueblo, tiene dedicada una calle.

Queden estas líneas como muestra de admiración, por nuestra parte, a la gran figura de la Urología que fue Salvador Pascual, a quien tenemos que considerar como el primer urólogo murciano.

#### Bibliografía:

Cano Benavente, José.- Murcianos de otro tiempo Edit. Academia Alfonso X el Sabio. Murcia 1986.

Insausti Cordón, José Luis.- Compendio histórico de la Urología española y su Asociación. Edit. Reyosa. Madrid 1982.

Pascual Ríos, Salvador.- La constante de Ambard y su valor clínico. Edit. Saturnino Calleja. Madrid 1920.

Pascual Ríos, Salvador.- Supuraciones Renales. Edit. La Medicina Ibero. Madrid 1927.



## URÓLOGOS MURCIANOS ILUSTRES

El Ilmo. Sr. Don JUAN MARTINEZ GRACIA, nació en Murcia en el año 1913.

Realizó sus estudios de Bachillerato en el Instituto de Enseñanza Media "Alfonso X El sabio", finalizándolos a los 16 años de edad.

Inició sus estudios de Medicina en la vieja Facultad de Medicina de Madrid de la calle de Atocha, obteniendo la Licenciatura en el año 1.934, a los 21 años de edad.

En el viejo y querido Hospital central de la Cruz Roja (San José y Santa Adela), formó parte de la saga de urólogos vinculados a Murcia, que inició el Dr. Pascual Salvador y continuaron los Dres. Páez Ríos, Martínez García, Conesa, Lescure y el autor de este artículo. Hospital, el citado, de viejos recuerdos de juventud, hoy desaparecido.

Terminada su sólida preparación, se instaló en su ciudad natal, siendo nombrado Jefe de los Servicios de Urología del Hospital de la Cruz Roja, en el viejo edificio de la calle de la Fuensanta, trasladado después al actual y moderno Hospital en la Plaza que lleva su nombre.

En 1.954 obtuvo una beca de la Dirección General de cultura para ampliación de estudios en el "All Saint's Hospital" de Londres, regresando con conocimiento de las últimas técnicas quirúrgicas y tratamientos de la época.

Al implantarse en España la Seguridad Social, obtuvo por méritos propios una Zona de Urología, de la que fue titular hasta su jubilación por enfermedad. A la

creación de la Residencia Sanitaria "Virgen de la Arrixaca", fue propuesto para Jefe de los Servicios de Urología, a cuya propuesta hubo de renunciar a causa de su enfermedad.

Perteneció a la "A.E.U." ("Asociación Española de Urología") y a la "S.I.U." ("Sociedad Internacional de Urología"), como miembro activo de las mismas, participando en numerosos Congresos y Reuniones, tanto nacionales como extranjeros.

Publicó numerosos artículos en revistas nacionales sobre temas relativos a la Urología, y pronunció conferencias, y charlas sobre la especialidad.

En el año 1.969, obtuvo uno de sus más grandes deseos: ingresó en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, como miembro de Número.

Como premio a cuantos servicios prestó en su puesto de Jefe de los Servicios de Urología, la Cruz Roja le premió con la Medalla de Plata.

Tras una larga y penosa enfermedad, que le mantuvo inutilizado, pero sin perder en ningún momento su lucidez, falleció en Murcia el año 1.981, uno de los más prestigiosos urólogos de nuestra Comunidad.

En el recuerdo de cuantos trabajamos con él, queda nuestra admiración por la figura insigne de este Urólogo murciano.

*José-Luis Prefasi Martínez  
Murcia, Agosto 1.996*





## **PREMIO " SALVADOR PASCUAL "** **DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA.**

La asociación murciana de urología, con el ánimo de estimular el trabajo de los jóvenes urólogos, convoca un premio anual con el nombre de "Salvador Pascual" en recuerdo del primer y máxima figura de la urología murciana, al mejor trabajo urológico presentado en el Congreso de la A.M.U. o en cualquiera de las Reuniones de Trabajo de la misma, entre octubre y junio de cada año, con arreglo a las siguientes bases:

1º.- La cuantía del premio se establece en cincuenta mil pts.

2º.- El premio se dará siempre a la persona que exponga el trabajo, que además deberá ser el primer firmante del mismo.

3º.- Es condición indispensable para optar al premio, entregar el trabajo escrito con tres copias, dentro de un periodo máximo de una semana, después de finalizada la Reunión.

4º.- Los trabajos deberán ser originales e inéditos, no podrán estar publicados ni haberse presentado en Congresos u otras Reuniones Científicas, ni optar a otros premios.

5º.- El jurado estará compuesto por los miembros de la Junta Directiva de la A.M.U., y sus decisiones serán inapelables. El premio podrá ser declarado desierto.

6º.- El Autor del trabajo debe ser miembro de la Asociación Española de Urología o de cualquiera de las Asociaciones Urológicas Autonómicas.

7º.- La entrega del premio se efectuará durante la celebración del siguiente Congreso, junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la A.M.U.

## **ACTIVIDADES PREVISTAS PARA 1997**

Los días 28 de febrero y 1 de marzo , tendrá lugar en Murcia y organizado por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario el 2º Congreso de la A.M.U. y el 2º Congreso de la Asociación Valenciana, constituyendo la XXXII Reunión Conjunta de Urología de ambas Comunidades. El tema de estudio es el Carcinoma vesical infiltrante.

En el mes de abril, los días 2 y 5, se desarrollará en el Colegio de Médicos de Murcia, un Curso del Doctorado sobre "Avances en Urología" organizado por la Cátedra de Patología Quirúrgica de la Universidad de Murcia, con la Colaboración del Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" y contando con el auspicio de la A.M.U. en él se desarrollaran por diversos profesores invitados temas de "Puesta al día del diagnóstico y tratamiento" del adenoma de próstata, de la litiasis urinaria, del carcinoma de próstata, seguido de Mesas Redondas con la participación de todos los ponentes en la discusión del tema.

En el mes de marzo, se impartirá el tercer curso de Formación Continuada para Diplomados en Enfermería, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" con el auspicio de la A.M.U. en él se desarrollará el tema : Derivaciones urinarias y cuidados de enfermería.

En octubre, tendrá lugar la tercera reunión de trabajo de la A.M.U., que, en principio, está prevista que se desarrolle en la ciudad de Lorca, organizada por los urólogos del Hospital Rafael Méndez.