





# EDITORIAL



## Asociación Murciana de Urología

### JUNTA DIRECTIVA

#### **PRESIDENTE:**

Mariano Pérez Albacete

#### **VICEPRESIDENTE:**

José Gil Franco

#### **SECRETARIO:**

José Lorca García

#### **TESORERO:**

Alberto Murcia Valcárcel

#### **VOCALES:**

Ramón La Iglesia Cabrerizo

Juan Moreno Avilés

#### **SEDE SOCIAL:**

ILTRE. COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS DE MURCIA  
Avda Juan Carlos I - Murcia.

Ha sido éste un año importante para la Asociación Murciana de Urología; de una parte se han consolidado las Asociaciones autonómicas, con la formación en este periodo de varias más, como son la Castellano Manchega, la Castellano Leonesa, la Extremeña y la Balear, con lo que se les va dando la importancia que intuíamos que tendrían cuando pensamos en la constitución de la nuestra.

Por otra la celebración en nuestra ciudad de II Congreso de la A. M. U. y el II de la Asociación Valenciana y XXXI Reunión Conjunta de los urólogos de ambas Comunidades, lo que ha permitido demostrar la magnífica capacidad organizativa de los compañeros de Hospital General Universitario y el que, dentro de nuestra propia identidad, prosigamos los lazos de amistad, cooperación y unión que durante tantos años venimos manteniendo las dos Comunidades.

Por último y si cabe lo de mayor trascendencia, es haber conseguido para Murcia la organización del Congreso Nacional de Urología del año 2002. Se ha logrado gracias al refrendo de todos los urólogos murcianos y, como acontecimiento en el que estamos inmersos, tenemos que comenzar a trabajar para lograr un Congreso que tiene que alcanzar unas cotas superiores a las de los anteriores. El reto es grande, para ello la Junta Directiva de la A. M. U. ya nos encontramos estudiando su planificación.

Nuestro agradecimiento a todos por la colaboración y fundamentalmente por sentir como vuestra la Asociación a la cual, los que estamos dirigiéndola le dedicamos toda la entrega que precisa para representar dignamente a la Urología murciana.

La Junta Directiva

# SUMARIO

Editorial .....	1
Actos Científicos realizados y auspiciados por la A. M. U .....	3
Actividades previstas para 1998 .....	4
Comunicaciones de la II Reunión de Trabajo en Caravaca .....	5
Comunicaciones al II Congreso de la A. M. U .....	12
Premio "Salvador Pascual" 1997.....	25
Quirófanos sin límites .....	28
La Urología en Murcia (1900-1925) .....	30
Dr. D. Leopoldo Navarro Mínguez .....	35
Sanatorios de Murcia .....	36
Figuras de la Urología Murciana (Dr. D. Ángel Sánchez de Val) .....	37
Convocatoria del premio «Salvador Pascual» 1998 .....	40
Relación de nuevos socios .....	40

# **ACTOS CIENTÍFICOS REALIZADOS Y AUSPICIADOS DURANTE EL CURSO 1996 - 1997.**

## **II Reunión de Trabajo de la Asociación Murciana de Urología**

Organizada por el Servicio de Urología del Hospital Comarcal del Noroeste y, dirigido por el Dr. A. Murcia Valcárcel tuvo lugar en Caravaca de la Cruz, el 5 de octubre de 1996, en el Salón Cultural de Caja Murcia.

Se presentaron 16 comunicaciones, por parte de los Servicios de Urología de los Hospitales: Universitario "Virgen de la Arrixaca", "General Universitario" y "Morales Meseguer" de Murcia, "Comarcal del Noroeste" de Caravaca, "Rafael Méndez" de Lorca y "Hospital de la Vega Baja" de Orihuela. La exposición quedó distribuida en dos mesas de trabajo, moderadas por los Drs. B. Miñana López, Jefe de Sección de Urología del Hospital "Morales Meseguer" y C. García Espona Jefe del Servicio de Urología del Hospital Naval de Cartagena. Tras una comida de trabajo, tuvo lugar una Mesa Redonda sobre "Derivaciones urinarias" contando con la especial invitación del Dr. Julio Virseda, Jefe del Servicio de Urología del Hospital General de Albacete, como ponente junto con los Drs. J. M. Cervell Ferrón, Jefe de Sección del "Hospital Santa María del Rosell" de Cartagena, O. Fontana Compiano, jefe del Servicio de Urología del Hospital "General Universitario" y G. Gómez Gómez, jefe de Sección del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", actuó de moderador el Dr. M. Pérez Albacete, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia.

## **II Congreso de la Asociación Murciana de Urología y II Congreso de la Asociación de los Urólogos de la Comunidad Valenciana. XXXI Reunión Conjunta.**

Tuvo lugar en Murcia los días 28 de febrero y 1 de marzo de 1997. Organizado por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Murcia, y dirigido por el Dr. O. Fontana Compiano: Se celebró en los salones del Hotel NH Amistad de Murcia.

Asistieron unos ciento cincuenta congresistas, que representaban a dieciocho hospitales de ambas Comunidades y de Albacete. Se presentaron un total de ochenta Comunicaciones sobre el tema del Congreso "Tumor vesical infiltrante" que fueron distribuidas en once salas para su lectura y discusión.

Además del programa científico, se contó con un programa social para los acompañantes que incluía una visita a la Murcia monumental y otra excursión a la Manga del Mar Menor y Cartagena.

Como final se celebró la cena de gala en los salones de «La Seda».

## **Cursos Auspiciados por la A. M. U.**

### **Curso sobre "Cuidados de Enfermería al paciente Urostomizado"**

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" de Murcia, en colaboración con la Unidad de Docencia y Formación Continuada del Hospital. Dirigido a Diplomados en Enfermería, tuvo lugar en el aula de la Escuela de Enfermería en marzo de 1997.

### **Curso Monográfico del Doctorado "Avances en Urología"**

Organizado por el Departamento de Cirugía General, Facultad de Medicina, de la Universidad de Murcia y el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Tuvo lugar en el Salón de Actos del Iltre. Colegio de Médicos de Murcia, en el mes de mayo de 1997.

# **ACTIVIDADES PREVISTAS PARA 1998**

## **XXXII Reunión Conjunta de la Asociación Murciana de Urología y la de la Comunidad Valenciana.**

Se celebrará en Gandía, los días 27 y 28 de febrero. Como todos los años, la Junta Directiva de la A.M.U. os anima a acudir con vuestras aportaciones para dejar constancia del nivel y la capacidad de los urólogos murcianos. El tema de estudio elegido fue " Patología médica y quirúrgica del pene, incluida uretra".

### **Curso de Postgrado en "Urología Práctica"**

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" y el Departamento de Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina bajo el patrocinio del Servicio de Promoción Educativa de la Universidad de Murcia. Se desarrollará en el aula del Colegio de Médicos de Murcia, los lunes y jueves del mes de febrero, de 17 a 21 horas, dirigido a los Médicos de Atención Primaria.

### **IV Curso de Formación Continuada en Urología "Síntomatología urológica: Dolor, fiebre y Hematuria"**

Dirigido a Diplomados en Enfermería, se desarrollará durante el mes de marzo, en el aula de la Escuela de Enfermería, organizado por el Servicio de Urología y la Unidad de Docencia y Formación Continuada del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

### **Jornada sobre "Actualización Urológica" Tumor de testículo**

Organizado por el Dr. Jesús Romero Maroto, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario de San Juan, Alicante, en fecha por determinar entre los meses de febrero y marzo, con la participación del Dr. Villavicencio de la Fundación Puigvert y un oncólogo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona junto con el Dr. Ángel Escudero Jefe del Departamento de Urología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Auspiciado por la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y la Asociación Murciana de Urología.

### **III Congreso de la A.M.U.**

Se celebrará los días 24 y 25 de octubre, en Murcia, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer.

### **Jornadas de Actualización en Cirugía Urológica**

Sin fecha concreta, y organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" con intervenciones quirúrgicas en directo y asistencia de varios profesores invitados.



**ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA**

**II REUNIÓN DE TRABAJO**

**DE LA**

**ASOCIACIÓN MURCIANA**

**DE UROLOGÍA**

**HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE**

**SERVICIO DE UROLOGÍA**

**5 de octubre 1996**  
**CARAVACA DE LA CRUZ (Murcia)**

# DERIVACIÓN ILEAL (BRICKER)

## II Reunión de Trabajo de la Asociación Murciana de Urología

Dr. José M<sup>a</sup> Cervell Ferrón  
Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.

Hubo una época en que una de las metas más buscadas en la Cirugía Urológica era lograr un tipo de derivación supravescical permanente y satisfactoria.

En la década de los 60-70 tuvo una gran difusión la derivación a un asa ileal que hoy día aún se mantiene a pesar de ciertas críticas derivadas de porcentajes significativos de complicaciones, sobre todo en los niños, (estenosis del estoma, acortamientos, estasis urinario, infecciones, etc..)

La técnica del asa ileal fue descrita por primera vez por Marion, en 1929 pero sin aplicarla en la clínica. Fue Bricker, en 1950 el que la aplicó y Cordonnier, en 1955, el que la popularizó. Por aquella época se consideraban inaceptables las complicaciones renales y electrolíticas de la ureterosigmoidostomía y el conducto ileal permitió la preservación de la función renal, aunque fuera a costa de la pérdida del control esfinteriano de la orina.

En la actualidad se mantiene la técnica original con pocas variaciones y las que se han aportado han sido para solucionar, fundamentalmente, tres grandes problemas: a) el reflujo ileoureteral, b) las estenosis de la unión ureteroileal y c) conseguir un estoma cutáneo competente.

En la realización de una derivación ileal tipo Bricker deben de recordarse algunos puntos de interés.

1º.- Hay que preparar al enfermo, familiarizándole con el aparato colector, señalando en su abdomen el sitio apropiado para el estoma y preparando su intestino preferiblemente con la

colaboración de la Unidad de Dietética y Nutrición.

2º.- Hay que elegir bien el asa ileal seleccionándola a partir de unos 20-25 de la válvula ileocecal, debe tener una longitud apropiada (20-25 cm.), su meso debe contener al menos dos vasos principales y su colocación final debe ser en sentido peristáltico y por debajo de la anastomosis termino-terminal del ileon.

3º.- La anastomosis ureteroileal debe ser directa, sin sistema antirreflujo, ya que los uréteres vacían correctamente mientras la presión del interior del asa no exceda de 15-25 cm de H<sub>2</sub>O.

4º.- En la realización del estoma hay que realizar un verdadero tunel en la pared abdominal, resecaando todos y cada uno de sus planos para evitar estenosis y decalages y debe ser tipo pezón de, al menos, 2 cm.

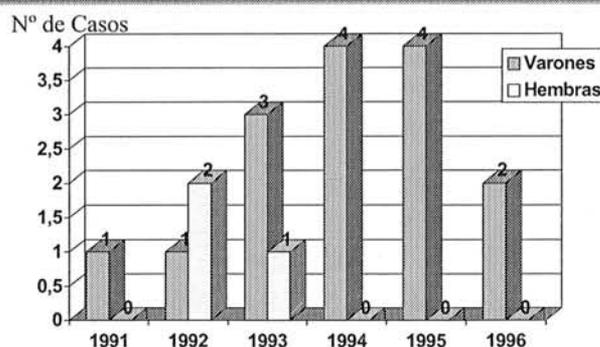
5º.- La morbilidad de la técnica de Bricker si sitúa entorno a un 10% y sus complicaciones se pueden dividir en dos grandes grupos: precoces y tardías.

Entre las precoces, las más habituales son: íleo paralítico, infección o dehiscencia de la herida, pielonefritis, fístula urinaria, fístula intestinal y necrosis del asa.

Entre las tardías hay que destacar: oclusión intestinal por vólvulos o bridas, complicaciones del estoma (estenosis, metaplasia, infundibulización, etc.), complicaciones del asa (estenosis, acortamiento, etc.), estenosis ureterales, litiasis y alteraciones electrolíticas.

La técnica de Bricker fue iniciada en nues-

URETEROILEOSTOMÍAS (BRICKER), 1991-1996  
INCIDENCIA ANUAL POR SEXO



Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.. GRÁFICO 1

tro hospital en el año 1991 y, hasta la fecha, han sido operados 18 enfermos entre los que predomi-

nan los varones sobre las hembras (16/2) (GRÁFICO 1).

### URETEROILEOSTOMÍAS (BRICKER), 1991-1996 DISTRIBUCIÓN POR EDAD

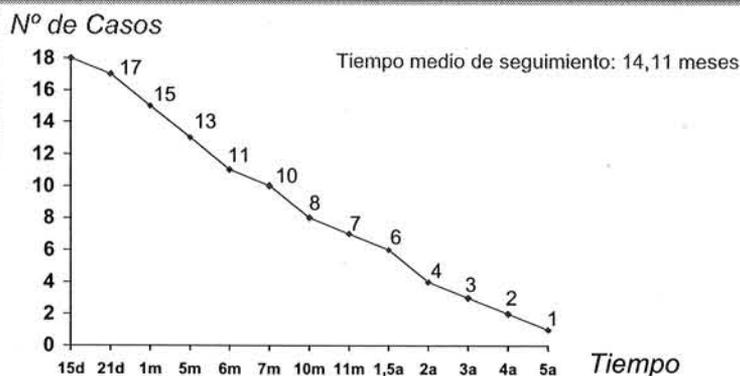
<u>EDAD</u>	<u>Nº DE CASOS</u>
51-60	9
61-70	6
71-80	3
<b>Total</b>	<b>18</b>

Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. TABLA 1

El rango de edad (TABLA 1) está entre 52 y 76 años. Predominan las edades comprendidas entre los 51 y 60 años (9 casos), seguidos de los

de la década 61-70 (6 casos) y, por último, los de la década 71-80 (3 casos).

### URETEROILEOSTOMÍAS (BRICKER), 1991-1996 SEGUIMIENTO



Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. GRÁFICO 2

El tiempo medio de seguimiento (GRÁFICO 2) en los 18 enfermos ha sido de 14,11 meses. Un año de supervivencia (realmente 11 meses) sólo lo han tenido 11 enfermos. En el primer año de la supervivencia cae drásticamente, a sólo 7 enfermos, y posteriormente la caída es más lenta, un caso por año.

Estos datos nos indican que la mortalidad es muy importante en el primer año tras la cirugía

(11 casos) y creemos que su justificación estriba en que esperamos demasiado para hacer la indicación y se operan enfermos en estadio muy avanzado para esperar buenos resultados. Después del primer año la supervivencia cae de forma lenta, con 2 años tenemos 4 enfermos, con 3 años 3 enfermos, con 4 años 2 enfermos y sólo un caso con 5 años.

URETEROILEOSTOMÍAS (BRICKER), 1991-1996  
COMPLICACIONES PRECOCES LOCALES

Evisceración	1 caso
Fístula digestiva	1 caso
Isquemia del asa	1 caso

Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. TABLA 2

Las complicaciones precoces las hemos dividido en *locales* y *generales* y tanto unas como otras (así como con las complicaciones tardías que después veremos) no difieren grandemente con las encontradas en la revisión de la literatura.

1.- Las complicaciones *locales* (TABLA 2) se han dado en tres casos, una *evisceración* y una *fístula digestiva* que fueron reintervenidas en el

postoperatorio inmediato, y una *isquemia parcial del asa*, traducida en necrosis del estoma y posiblemente de la porción inmediata a él y que tenemos en observación, con una sonda de Foley drenando el asa.

2.- En las complicaciones *generales* (TABLA 3) encontramos 2 casos de *sepsis* en el postoperatorio, uno de los cuales falleció, 4 casos

URETEROILEOSTOMÍAS (BRICKER), 1991-1996  
COMPLICACIONES PRECOCES GENERALES

Sepsis*	2 casos
Íleo	4 casos
Disbacteriosis	2 casos
Circulatorias	1 caso
Respiratorias*	1 caso
Hemorragia digestiva	2 casos
Polineuropatía	1 caso

\*Exitus: 1 caso en cada grupo.

Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. TABLA 3

de *íleo* que se resolvió sin mayores problemas, 1 caso de *disbacteriosis*, 1 caso de *distress respiratorio*, 1 caso de *insuficiencia cardíaca* (que también se corresponde con uno de los casos de he-

*morragia digestiva*) y 1 caso de *polineuropatía* que nos fue informada de posible origen paraneoplásico.

Dentro de las *complicaciones tardías* (TABLA

## URETEROILEOSTOMÍAS (BRICKER), 1991-1996 COMPLICACIONES TARDÍAS

Esten. unil. de unión ureteroileal *	2 casos
Esten. bilat. de unión ureteroileal *	4 casos
Hemorragia por asa **	1 caso
Oclusión intestinal	3 casos
Pielonefritis	2 casos
Neoplasia piélica bilateral	1 caso

\*Sólo un caso necesitó reintervención.

\*\*Falleció antes de conocer la causa.

Hospital Santa María del Rosell. Cartagena. TABLA 4.

4) destacaremos que sólo un caso de *estenosis de la unión ureteroileal* precisó reintervención, una *hemorragia de asa* cuya causa no pudo conocerse por fallecimiento inmediato del enfermo y la existencia de un caso de *neoplasia piélica bilateral*, de primera aparición en un lado que obligó a una nefrectomía y posterior aparición en el otro, es la enferma que tiene la supervivencia más alta (5 años) y que en la actualidad está en situación clínica muy precaria, con frecuentes ingresos por cardiopatía isquémica, hematurias y dolor de tipo obstructivo.

## Tumor de uretra posterior. Presentación de un caso y revisión.

Drs. Asensio Egea LJ, López Cubillana P, Rigabert Montiel M, Nicolás Torralba JA, Server Pastor G, Pérez Albacete M.  
Servicio de Urología Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca»

**Introducción.** El carcinoma primario de uretra es una lesión poco frecuente que se da más frecuentemente en la 5ª década de la vida; se encuentra relacionada con traumatismos repetidos de uretra, enfermedades venéreas, estenosis y en general con procesos que produzcan inflamación crónica. Se *localiza* principalmente en uretra bulbomembranosa (55%) y peneana (36%), y en menor medida en uretra prostática (9%). La *histología* predominante es el carcinoma de células escamosas (78%) seguida del de células transicionales (15%) siendo el adenocarcinoma (47%) y el melanoma (27%) excepcionales.

La *forma de presentación* de estos tumores es muy inespecífico siendo la causa de que se diagnostiquen muy tardíamente. En el 50% de los casos existe obstrucción urinaria, la asociación de una masa uretral se da en el 40%, incluyéndose en otros casos un absceso periuretral o una fístula uretro cutánea; también pueden acompañarse de hematuria, uretrorragia y hemospermia.

**Caso clínico.** Varón de 54 años de edad con antecedentes de dudoso síndrome miccional y disconfort perineal, etiquetado de infección urinaria en dos ocasiones y tratado con antibioticoterapia. Consulta a su urólogo por tumoración de 2 cm en raíz de escroto de aspecto inflamatorio que se drena obteniendo pus cremoso. Ingresa de urgencias por hematoma en periné y escroto tras el drenaje del absceso. Dado

de alta tras curas locales y tratamiento antibiótico, reingresa a los seis días por aumento de la tumoración escrotal, con abundante secreción comprobándose clínica y radiológicamente la existencia de una fístula uretro cutánea en uretra bulbomembranosa. Se procede a limpieza y drenaje bajo anestesia, encontrando una solución de continuidad en uretra posterior y una masa periuretral de tres cm de aspecto tumoral confirmando en la *biopsia* como un carcinoma epidermoide bien diferenciado

Tras realizar *estadiaje clínico* (T3 NO MO) se procede a realizar cistoprostatectomía radical con uretrectomía y linfadenectomía ileo-obturatriz e inguinal, y derivación uretero ileal cutánea. Con *resultado anatomopatológico* de carcinoma epidermoide de uretra bien diferenciado que metastatiza en dos ganglios inguinales izquierdos.

**Comentarios.** El tumor de uretra posterior, metastatiza en ganglios linfáticos regionales y cadenas ilio-obturatrices; posteriormente pueden afectarse las cadenas inguinales siendo estas las primeras afectadas en los tumores de uretra anterior. Como ocurrió en este paciente describen casos en que existe afectación inguinal sin afectación de cadenas ilio-obturatriz, pese a la cirugía radical que se realiza en estos pacientes la supervivencia a los cinco años es anecdótico debido al estadio avanzado en que se suelen diagnosticar estos tumores.

# CARCINOMAS MÚLTIPLES SINCRÓNICOS EN UROTELIO SUPERIOR Y COLON.

*Drs. Nicolás JA ; Asensio Lf; Rigabert M; Bañón V; López P ; Pérez Albacete M  
Servicio Urología Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"*

## CASO CLÍNICO.

Varón de 51 años, apendicectomizado e intervenido por hernia discal secundaria a un accidente de tráfico, que estaba siendo estudiado por su Gastroenterólogo por un cuadro de varios meses de evolución consistente en molestias inespecíficas en epigastrio, pérdida de peso y estreñimiento, siéndole descubierto en un examen ecográfico un riñón derecho hidronefrótico y una lesión excrecente en pelvis renal correspondiente.

El estado general del enfermo era bueno, destacando ligera palidez cutaneomucosa, palpación abdominal difusamente dolorosa e hígado aumentado de tamaño. En la analítica presentaba anemia ligera, elevación de la velocidad de eritrosedimentación (59 mm/h) y LDH (401 U/L) e hipoproteinemia, siendo normales los parámetros de función renal y hepática. El sedimento urinario era también normal, así como la citología.

En la TAC se confirmó la presencia de un tumor renal derecho de probable origen urotelial, hallando además un segundo tumor en uréter ipsilateral y otro en colon transversal que parecía infiltrar mesocolon, duodeno y vesícula biliar. No había evidencia de adenopatías. Se solicitó entonces un enema opaco en el que aparecieron dos nuevos tumores, en ciego y colon ascendente respectivamente.

El enfermo fue intervenido conjuntamente con el Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo, realizando nefroureterectomía total con rodete vesical, colectomía ascendente y transversal con anastomosis ileocólica terminoterminal, extirpación del epiploon mayor, colecistectomía y linfadenectomía aortocava.

El informe anatomopatológico describe (1) tumor renal derecho de aspecto grisáceo, con

áreas de necrosis, que mide 8x6 cm y ocupa la pelvis dilatada; (2) en ésta hay además una segunda formación polipoide de 3 cm cuyo aspecto es similar al de la masa anteriormente descrita; (3) tumor ureteral situado a 3 cm del límite quirúrgico distal, de aspecto blanquecino y superficie papilar, que mide 8x3 cm y afecta profundamente a todas las capas de la pared; (4) tumor ulcerovegetante en porción distal del colon transversal, que mide 7x6 cm; junto a él se observa (5) una formación polipoide de 2 cm y más proximalmente, (6) otro tumor de 12x6 cm, en ángulo hepático del colon, que alcanza la serosa y se adhiere a la vesícula biliar, y (7) una formación polipoide mamelonada de 2 cm junto a la válvula ileocecal.

En la grasa periintestinal están incluidos numerosos ganglios linfáticos de tamaño variable, muchos de los cuales parecen adenopatías metastásicas.

El estudio microscópico demuestra carcinoma urotelial multicéntrico moderadamente diferenciado con frecuentes mitosis e invasión vascular linfática que, desde la pelvis, infiltra ampliamente el parénquima renal hasta la cápsula. El tumor ureteral infiltra hasta la capa muscular superficial. En el intestino grueso hay dos grandes adenocarcinomas moderadamente diferenciados estadíos B2 y C2 de Astler-Coller y un pólipo adenomatoso con degeneración carcinomatosa focal.

Todos los límites quirúrgicos estaban respetados y ninguno de los múltiples ganglios examinados fue metastásico. Tampoco la vesícula biliar estaba infiltrada por el tumor. La evolución postoperatoria fue muy buena, procediendo al alta hospitalaria en el plazo de 8 días desde la intervención.

## HEMOLINFANGIOMA EPIDIDIMARIO

*Drs. Rigabert Montiel, López Cubillana, Asensio Egea y Nicolás Torralba.  
Servicio Urología Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia*

En esta comunicación se hace un repaso a la incidencia de los tumores benignos de epidídimo y sobre todo a los diferentes tipos anatomopatológicos de los mismos a propósito de un caso.

Se trata de un varón de 31 años que acude a nuestra consulta por presentar un bultoma en región escrotal derecha. Se le realiza una analítica

general, que es normal, y una ecografía testicular que informa de masa de 2,5 cm de diámetro heterogéneo en cuanto a su ecoestructura, con áreas sólidas y áreas microquísticas, dependiente de epidídimo derecho.

Con el diagnóstico de tumor epididimario se somete a intervención quirúrgica, realizándosele exéresis de dicha masa.

## A.P. HEMOLINFANGIOMA EPIDIDIMARIO.

Los tumores de epidídimo pueden ser primarios o secundarios, y asimismo, benignos o malignos.

De los benignos, los más importantes por la frecuencia de aparición son los tumores adenomatoides que lo hacen en un 73% de los casos, seguido de los leiomiomas y el

cistoadenoma papilar que suponen un 20%. Luego existe un 7 % restante donde se incluyen los angiomas, lipomas, fibromas, hamartomas y teratomas. El hemolinfangioma como tal tumoración pura no esta descrita, pero puede tratarse de un hamartoma cuyos principales componentes sean el vascular angiomatoso y el linfático.

## OTROS CASOS CLÍNICOS PRESENTADOS

### **Cancer de Vejiga en saco herniario.**

*Dr. Perez Calvo - Dr. Murcia*  
Hospital Comarcal del Noroeste.

### **Cistitis Eosinofila asociada a enfermedad linfoproliferativa.**

*Dr. Ferrero, Dr. P. L. Guzmán, Dr. J.P. Morga, Dr. J. López, Dr. M. Tomás,  
Dr. J. L. Rico, Dr. A. Sempere, Dr. J. Gil Franco, Dr. L.O. Fontana.*  
Hospital General Universitario.

### **Cancer de vejiga; nuestra experiencia.**

*Dr. Miñana B., Dr. Fernández T., Dr. Hita G., Dr. Jiménez J. M., Dr. Lorca J.,  
Dr. Cuesta F. V., Dr. Meseguer F.*  
Hospital Morales Meseguer.

### **Protatectomia radical. Indicaciones y resultados.**

*Dr. Fernández T., Dr. Miñana B., Dr. Hita G., Dr. Jiménez J.M., Dr. Lorca J.,  
Dr. Cuesta F. V., Dr. Meseguer F.*  
Hospital Morales Meseguer.

### **Biopsia Transrectal de prostata: Procedimiento y resultados.**

*Dr. Hita G., Dr. Fernández T., Dr. Miñana B., Dr. Jiménez J.M., Dr. Lorca J.,  
Dr. Cuesta F. V., Dr. Meseguer F.*  
Hospital Morales Meseguer.

### **Nuestra experiencia en estenosis de uretra.**

*Dr. De la Iglesia Cebreizo.*  
Hospital Rafael Méndez.

### **Insuficiencia renal de causa urológica.**

*Dr. López Cubillán P., Dr. Asensio L., Dr. Rigabert M., Dr. Nicolás J.A., Dr. Baños V.*  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

### **Un caso de Antrax Renal.**

*Dr. Rigabert M., Dr. Asensio L., Dr. Nicolás J. A., Dr. López Cubillán P., Dr. Baños V.*  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

### **Priapismo metastásico.**

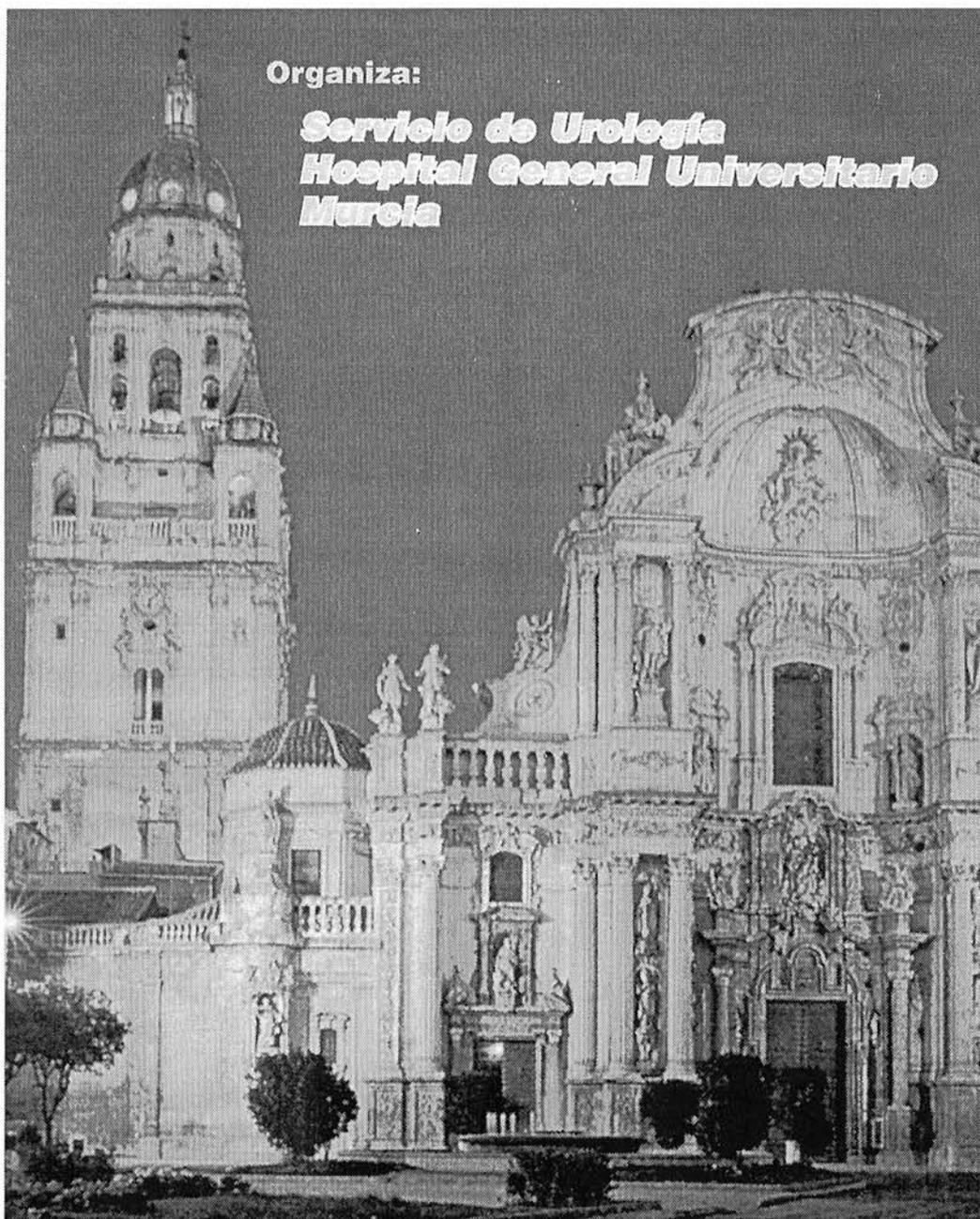
*Dr. Morga J.P., Dr. Ferrero R., Dr. Guzmán P.L., Dr. Lopez J., Dr. Tomás M., Dr. Rico J.L.  
Dr. Sempere A., Dr. Gil Franco J., Dr. Fontana L. O.*  
Hospital General Universitario.

### **Alteraciones del conducto de Müller: Utriculocèle.**

*Dr. Guzmán P. L., Dr. Fuster M., Dr. Ferrero R., Dr. Morga J.P., Dr. López J., Dr. Tomás M.  
Dr. Rico J.L., Dr. Sempere A., Dr. Gil Franco J., Dr. Fontana L. O.*  
Hospital General Universitario.

### **Colgajo cutáneo epigástrico pediculado (Mc Gregor) en Urología.**

*Dr. Tomás M., Dr. Albaladejo F., Dr. Ferrero R., Dr. Guzmán P. L., Dr. Morga J.P., Dr. López J.,  
Dr. Rico J.L. Dr. Sempere A., Dr. Gil Franco., Dr. Fontana L. O.*  
Hospital General Universitario.



**Organiza:**

***Servicio de Urología  
Hospital General Universitario  
Murcia***

## **2.<sup>a</sup> Reunión Conjunta**

**Asociación Murciana de Urología  
Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana**

# TUMORES VESICALES INFILTRANTES: DOS CASOS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

*Drs. Hita Villaplana, G. Miñana López, B. Fernández Aparicio T. Jiménez López, J.M. Chaves, A. Servicio Urología Hospital "Morales Meseguer" Murcia.*

## CASO Nº 1

Varón de 75 años de edad con antecedentes personales de accidente de tráfico a los 25 años de edad con fractura vertebral a nivel L4 lo cual produjo paresia en miembros inferiores y cuadro compatible con Vejiga neurógena.

Evolucionó con un cuadro de incontinencia de larga evolución e infecciones urinarias de repetición. Desarrolló una fístula uretro-cutánea, por la presión de un cinturón sobre el pubis que se utilizaba a modo de pinza. Lo cual desembocó a un cuadro de retención urinaria. La urografía presentó hidronefrosis bilateral con vejiga de lucha y el TAC presentó hallazgos compatibles con la urografía. Con esta situación se decidió fuera de nuestro centro la realización de ureterostomía cutánea con postoperatorio dentro de la normalidad. A los 1.5 meses después de la cirugía presentó absceso en herida quirúrgica que se desbridó. Acudió a nuestro centro por tumoración inguinal progresiva acompañado de cuadro febril un mes después al último evento diagnosticándose como absceso inguinal y procediendo a su drenaje. Persistió de la supuración por lo que se indicó la realización de TAC que informó múltiples abscesos pélvicos perivesicales e intravesicales.

Con el diagnóstico de presunción de piovejiga, abscesos perivesicales secundarios a

perforación vesical se realizó cistectomía + rederivación uretero-ileal en asa de Bricker. Vejiga muy adherida con abundantes abscesos perivesicales y en FID que se hacen periureterales.

El informe anatomopatológico presento extensas áreas de necrosis abscesificada, zonas xantogranulomatosas, coexistía con neoplasia maligna de extirpe urotelial con zonas de diferenciación escamosa. Alcanzando de manera multifocal la grasa. Infiltración perineural e invasión vascular que infiltra próstata. No vesículas seminales. Afectados dos ganglios unilaterales. (NI).

A la vista de estos hallazgos ¿en toda vejiga desfuncionalizada debe realizarse seguimiento pre y postoperatorio de patología tumoral? Existe una clara correlación entre la aparición de distintas variedades anatomopatológicas del tumor vesical y distintos factores irritativos crónicos (litiasis, infección, vejiga neurógena, catéteres permanentes, etc.) Burin GJ(1995). Garvin (1977). Mazri (1981) Meizak(1966).

De ello se desprende que en vejigas aisladas con claros factores irritativos crónicos debemos realizar descartar tumoral previo a desfuncionalización y seguimiento posterior.

## CASO Nº 2

Varón de 59 años de edad con antecedentes personales de neumonía de la comunidad hace 8 años. Fumador. Se realizó RTU de próstata con diagnóstico de adenoma de próstata con invasión de células uroteliales atípicas.

Persiste cuadro miccional indicándose Biopsia randomizada caliente y RTU biopsia de próstata con diagnóstico de Cistitis crónica 6 meses después.

Nuevas biopsias vesicales con diagnóstico de Cistitis glandular con islotes de Von Brunn un año después. Cinco meses después de esta acude a nuestro centro con hidronefrosis bilateral. Insuficiencia renal (3 mg/dl creat). Realizamos EBA de vejiga claramente tumoral. Informa de TM de aspecto urotelial con infiltración de todo el material remitido. El TAC demostró microvejiga, hidro-

nefrosis bilateral, probable infiltración de recto. Se realizó cistectomía radical con resección anterior baja de recto sigma y anastomosis terminal + derivación tipo Bricker. AP : pT4 N2 MO. Dos meses después con metástasis hepáticas y pulmonares múltiples y fallecimiento del paciente.

Se incluyen diferentes imágenes correspondientes a la AP de este paciente que quieren intentar demostrar el porque de los diferentes diagnósticos anatomopatológicos de este paciente en corto periodo de tiempo y a la vez tan dispares. La conclusiones a extraer de este paciente es que debemos realizar siempre biopsia randomizada rigurosa con buena cantidad de material, siempre fría. Ante síndromes cistíticos rebeldes no dudar en repetir las biopsias.

# URETEROSTOMÍA CUTÁNEA.

*Nicolás JA; Asensio Egea I-J; Rigabert M; Bañón V; López P; Pérez Albacete M.  
Servicio Urología Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"*

Revisamos una serie de 19 pacientes, 16 hombres y 3 mujeres, diagnosticados de tumor vesical infiltrante que fueron sometidos a cistectomía radical más derivación ureteral cutánea entre los años 1.990 a 1.995. La edad media de los enfermos fue de 73 años y casi todos eran pacientes de alto riesgo quirúrgico.

El informe histopatológico del material de resección fue de tumor urotelial infiltrante estadio B (16 casos) o C (3 casos) de Jewett-Marshall. A todos ellos se les realizó TAC para evaluar la extensión tumoral, que fue N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> en 16 y N<sub>+</sub>M<sub>0</sub> en los otros dos.

En todos los enfermos se llevó a cabo una cistectomía radical con ureterostomía cutánea en cañón de escopeta (10 casos) o transureteroureterostomía cutánea. (9 casos).

**RESULTADOS.** La estancia media postoperatoria fue de 14 días. Hubieron frecuentes complicaciones postoperatorias, tanto precoces como tardías. Entre las primeras se incluyeron hemorragia digestiva alta (1), eventración (2), infección de herida quirúrgica (3), fistula urinaria (2) y tromboembolismo pulmonar (3) y entre las segundas, estenosis del estoma (2) y estenosis de la anastomosis ureteroureteral (2). A este respecto es necesario señalar que estas complicaciones tardías se registraron en sólo 6 pacientes que acudieron a las revisiones.

La supervivencia media fue de 11 meses. En el postoperatorio inmediato fallecieron 4 pacientes: 1 por fracaso multiorgánico y 3 por probable tromboembolismo pulmonar. Otros 9 enfermos fallecieron dentro de los 2 primeros años por diseminación tumoral. Actualmente, después de 3 años de seguimiento, sólo 3 pacientes siguen vivos y en otros 3 no consta su situación.

**COMENTARIO.** La ureterostomía cutánea fue el método de derivación más utilizado hasta que Bricker popularizó el uso del segmento ileal. Sin embargo, la principal ventaja de este procedimiento es, precisamente, la ausencia de anastomosis intestinal, que lo convierte en una forma sencilla y rápida de derivación susceptible de asociarse a otras intervenciones sin riesgo adicional para el paciente. El inconveniente del método es el peligro de estenosis en la unión cutaneomucosa debido a la vascularización deficiente del uréter distal, que ocurre en el 65% de los casos. La complicación es menos probable cuando los uréteres están dilatados, con hipertrofia e hiperemia de su pared. En nuestra serie de 19 pacientes, sólo 6 acudieron a revisiones después de la derivación y en 2 de ellos (30%) hubo estenosis de la urostomía, que se trató con sonda ureteral permanente. Es probable que con un mayor número de pacientes y con seguimiento más prolongado, el índice de obstrucción del estoma hubiera sido mayor.

## INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE LITIASIS VESICAL EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTOPLASTIAS DE AUMENTO O SUSTITUCIÓN CON INTESTINO.

*Drs. López Cubillana P, Asensio Egea LJ, Rigabert Montiel M,  
Nicolás Torralba JA, Bañón Egea V, Gómez Gómez G.  
Servicio de Urología Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca»*

**Introducción.** Se ha observado que la frecuencia de litiasis vesical es mayor en pacientes sometidos a ileocistoplastia de ampliación o sustitución que en la población normal.

**Pacientes y métodos.** Entre Diciembre de 1986 y Octubre de 1994, se han practicado en nuestro servicio 12 cistoplastias de aumento con plastias destubulizadas de ileon o colon (grupo I) y 24 ileocistoplastias de sustitución (grupo II). Ninguno de los pacientes refería antecedentes de formación de litiasis urinaria. En ambos grupos de pacientes hemos procedido a la determinación de parámetros que podrían influir en la formación de litiasis vesical. Para ello hemos estudiado la existencia de infecciones urinarias, residuo vesical postmiccional, pH urinario anormalmente alcalino, y estudio de alteraciones metabólicas en sangre y

orina, consistentes en la determinación de niveles sanguíneos de creatinina, calcio, ácido úrico y excreción urinaria de 24 horas de fósforo, calcio, ácido úrico, creatinina, urea, ácido oxálico, ácido cítrico y magnesio. El estudio estadístico ha consistido en test de regresión logística y test de chi cuadrado entre cada una de las variables previamente referidas y la existencia de litiasis vesical.

**Resultados.** En el grupo I, 10 pacientes presentaron infecciones urinarias recurrentes, 9 residuo vesical postmiccional, pH patológicamente alcalino en 2 pacientes y el estudio metabólico reveló la existencia de alteraciones en sangre u orina en 9 pacientes. En el grupo II 18 pacientes presentaron infecciones urinarias recurrentes, en 13 pacientes se evidenció la existencia de residuo vesical postmiccional, pH alcalino en 1 paciente y

alteraciones metabólicas en 13 pacientes. El estudio estadístico mediante el test de chi cuadrado reveló la existencia de relación estadísticamente significativa entre pH urinario elevado, infección urinaria y residuo vesical postmiccional (cada uno de ellos de forma aislada) con la formación de litiasis vesical en pacientes sometidos a plastia de ampliación, pero esta relación es diferente en los pacientes con plastia de ampliación vesical (donde es significativa la relación con el residuo y con la infección urinaria) y en los pacientes sometidos a plastia de sustitución (con relación significativa con el pH urinario anormalmente elevado). En lo que respecta al tipo de sutura em-

pleado hemos evidenciado la existencia de cierta relación entre sutura irreabsorbible y formación de litiasis en los pacientes con sustitución vesical. Pero esta relación no es estadísticamente significativa.

**Conclusión.** El pH urinario anormalmente alcalino, la infección urinaria recurrente y el residuo vesical postmiccional así como, probablemente, la sutura irreabsorbible, son factores etiológicos en la formación de litiasis vesical y habría que tratarlos e intentar evitarlos para prevenir la formación de litiasis vesicales en pacientes sometidos a cistoplastias de ampliación o sustitución

## CISTECTOMÍA RADICAL MÁS DERIVACIÓN TIPO BRICKER.

*Drs. Rigabert Montiel, Asensio Egea, Nicolás Torralba, Bañón Pérez y López Cubillana.  
Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

En esta comunicación se hace un análisis pormenorizado de la serie de nuestro servicio de cistectomías más derivación tipo Bricker en cuanto a la indicación, epidemiología y estadíos tumorales.

Resaltar una vez más la importancia que tiene este tipo de derivación en los pacientes sometidos a cistectomía, ya que es la más empleada universalmente debido a los buenos resultados desde el punto de vista funcional y a la escasa incidencia de complicaciones.

En nuestro servicio se indica este tipo de intervención a los pacientes que se van a someter a cistectomía y presentan un estadio tumoral avanzado pero que se estima una supervivencia superior a seis meses. Además de aquellos pacientes en los que no existe indicación de realizar sustitución vesical, bien por afectación de uretra, por avanzada edad, o por cualquiera de las otras contraindicaciones de la sustitución.

Se han realizado un total de 72 cistectomías más derivación tipo Bricker en el periodo de tiempo comprendido entre 1990 y mayo de 1996, de ellas 65 fueron en varones y 7 en mujeres, con una edad media de 66.1 y un intervalo de edad de 54-79.

En cuanto al número de intervenciones por año, en el 90 se realizaron 3, en el 91 se hicieron 6, en el 92 se pasó a 7, incrementándose en el 93 a 11, posteriormente, en el 94 fueron 13, en el 95 fueron 20 y hasta mayo del 96 se realizaron 12.

Se analizó así mismo el número de RTU previas hasta que se indicó la cistectomía, resultando una media de 2.08, con un intervalo de 0-61.

En cuanto al estado de la función renal previa a la intervención se objetivó una anulación funcional de una unidad renal en 6 pacientes, hidronefrosis bilateral en 7, unilateral en 13 y retraso de eliminación unilateral en 2.

Se analizó de igual modo la estancia postoperatoria de los pacientes, resultando una

estancia media de 17.2 días, con un intervalo de [9-64].

En cuanto a las complicaciones aparecidas analizamos por un lado las precoces donde destaca que el 73% de los pacientes no presentaron ninguna, siendo la más frecuente la presencia de fístula urinaria que apareció en 6 pacientes, fístula entérica apareció en 4 pacientes y luego otras que aparecieron de manera puntual como : absceso de herida, obstrucción intestinal, evisceración, etc.

De las complicaciones tardías destaca la presencia de estenosis del reimplante ureteral en 6 pacientes, estenosis del estoma cutáneo en 3, hernia paraestomática en 1 y destaca la presencia de pielonefritis en 18 pacientes.

Se estudió también el tipo de reimplante utilizado destacando el Wallace I que se efectuó en 56 de los pacientes, 5 Wallace II y 11 Bricker.

Se realizó de igual modo un pormenorizado estudio de estadío clínico de los pacientes comparándolo con el estadío patológico definitivo, resultando del mismo que en un alto porcentaje de los pacientes fueron infraestadiados y por tanto la cistectomía fue una medida paliativa. Se estudió también la estirpe tumoral de las neoplasias, siendo ésta urotelial en 66 pacientes y encontramos: 1 adenoma nefrogénico, 1 tumor mesonefrico, 1 anaplásico y 7 epidermoides.

En cuanto a la supervivencia de los enfermos, tenemos un seguimiento de 8-60 meses, viven 35 pacientes, no tenemos constancia de la evolución en 8 pacientes y han resultado exitus 29 pacientes.

En conclusión, destacar la importancia de este tipo de derivación pues es la más utilizada, la escasa incidencia de complicaciones y el buen resultado desde el punto de vista funcional. Así mismo es importante resaltar el alto porcentaje de infraestadiaje que obtenemos en nuestra serie.

# CISTECTOMÍA RADICAL MAS SUSTITUCIÓN VESICAL.

*Drs. Asensio Egea LJ, Rigabert Montiel M, Nicolás Torralba JA, Bañón Egea V, López Cubillana P, Pérez Albacete M.  
Servicio de Urología Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca» Murcia.*

Presentamos 30 pacientes sometidos a cistectomía radical más sustitución vesical entre los años 1990-1996. Con un seguimiento entre 6 y 60 meses. La edad media de los pacientes fue de 60,8 años (29 a 72 años). Realizando en todos los casos RTU previa de tumor vesical con fines terapéuticos o diagnósticos (RTU-Biopsia), TAC con contraste y urografía intravenosa que descartaron metástasis ganglionares o viscerales y/o infiltración de organos vecinos. El estadiaje preoperatorio en la mayoría de los pacientes fue T2 - T3a. Tras el estudio de las piezas se realizó comparación con estadiaje clínico. El grado de infraestadiaje supuso el 26,67 % de los casos.

La técnica usada en la mayoría de los pacientes fue del tipo Camey II, con algunas modificaciones técnicas en los dos últimos años. En un paciente se utilizó sigma para realizar la neovejiga, siendo tipo de reimplante directo en 29 de los 30 pacientes. La estancia media postoperatoria osciló entre 11 y 119 días con una media de 24 días.

Como complicaciones precoces destacaron 4 casos de fístula uretro-neovesical, 3 de fístulas entéricas, 3 evisceraciones, 2 fístulas uretero-

neovesicales y 1 caso de shock séptico y éxitus. En general se dio más de una complicación el mismo paciente. En cuanto a las complicaciones tardías son de destacar 7 casos de residuo patológico, 5 de estenosis uretero-neovesical, 2 de estenosis uretro-neovesical y 3 casos de litiasis recidivante.

La supervivencia es del 80% en la actualidad, siendo las causas de éxitus, 4 por progresión tumoral, 1 por shock séptico y 1 por infarto agudo de miocardio.

La continencia de los pacientes del 91 % de continencia diurna, siendo un 36% la incontinencia total nocturna, y un 36% la continencia parcial durante la noche. La función renal se mantiene estable en todos los pacientes en seguimiento.

COMENTARIOS: En nuestra serie los pacientes tienen una buena supervivencia. En la cirugía es de destacar las complicaciones precoces, si bien muy pocas precisaron de reintervención, dándose la mayoría de las complicaciones en pocos pacientes. Con la técnica utilizada obtenemos un elevado número de continencias diurnas, conservando en todos los pacientes la función renal.

## METÁSTASIS QUÍSTICAS EN PARTES BLANDAS DE TUMOR VESICAL. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

*Drs. Asensio Egea LJ, Rigabert Montiel M, Nicolás Torralba JA, Bañón Egea V, López Cubillana P, Pérez Albacete M.  
Servicio de Urología Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca»*

Las metástasis en los tejidos blandos en los tumores vesicales, constituyen una patología poco frecuente; la mayoría de los casos descritos en la literatura se presentan después de cistostomía, cistectomía parcial o punción suprapúbica, siendo atribuidas en estos casos a siembra tumoral durante la cirugía.

Presentamos 3 pacientes, dos varones y una mujer, que presentaban tumoraciones quísticas de considerable tamaño en pared abdominal. En dos de los casos no hubo antecedentes quirúrgicos, siendo la masa abdominal el motivo de consulta de estos pacientes, en el tercer caso el paciente había sido sometido a cistoprostatectomía radical tipo Bricker, por tumor vesical infiltrante. A los otros dos pacientes se les realizó una RTU de tumor

vesical confirmándose el diagnóstico de tumor vesical infiltrante de alto grado. Las masas fueron estudiadas mediante ecografía o TAC, realizándose punción en dos de los caso, con citología negativa para células neoplásicas. Los tres pacientes fueron sometidos a exéresis de las tumoraciones con posterior estudio anatomopatológico; siendo en todos los casos el resultado de metástasis a distancia de tumor de estirpe urotelial muy indiferenciado. La evolución en todos los casos ha sido mala con metástasis viscerales y otros signos de diseminación tumoral.

En la literatura consultada algunos autores establecen algunos parámetros bioquímicos relevantes en el líquido de aspiración, si bien no se comprobaron en nuestros casos.

# AMILOIDOSIS VESICAL

*Drs. Rigabert Montiel, Asensio Egea, Nicol Torralba y López Cubillana.  
Servicio de Urología. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Murcia*

En esta comunicación se presenta un caso clínico de hematuria incoercible de causa poco común:

AP : Mujer de 67 años con antecedentes de apendicectomía, rinitis estacional, artrocentesis de rodilla izda. y derecha en varias ocasiones con infiltración de esteroides e intolerancia a los AINES.

Presenta un ingreso hospitalario en Junio de 1993 por artritis de tobillo izdo. y codo derecho, donde se objetivó una atrofia muscular de miembros inferiores, anemia ferropénica, hiperglucemia e infección urinaria por E. Coli. Se le realizó un completo estudio y se instauró tratamiento antibiótico y esteroides, y con el juicio diagnóstico de : Poliartritis seronegativa, hiperglucemia esteroidea, esofagitis e infección urinaria se le dio el alta.

En Agosto del 94 vuelve a consultar por poliartritis instaurándose tratamiento con esteroides y metotrexate.

En Octubre del 96 es ingresada de nuevo por edemas en miembros inferiores e intensa proteinuria en el sedimento de orina. Se le realizan una serie de estudios incluyendo biopsia renal que informa de AMILOIDOSIS RENAL SECUNDARIA.

A los dos meses acude de nuevo a este cen-

tro por presentar hematuria macroscópica de 6 horas de evolución. Dicha hematuria tiene importante repercusión hemodinámica, entrando la paciente en shock hipovolémico, siendo necesario transfundir varias unidades de concentrado de hematíes y expansores del plasma. Se le realizan varias cistoscopias encontrando una formación abigarrada en cúpula vesical sugestiva de tumor infiltrante, por lo que se le realiza RTU de dicha tumoración. El informe anatomopatológico da: AMILOIDOSIS VESICAL SECUNDARIA.

Indudablemente se trata de una afectación vesical poco frecuente pero que cuando aparece suele hacerlo con hematuria muy importante. Es muy importante la distinción entre amiloidosis primaria o secundaria, ya que esta última presenta una afectación difusa de la vejiga mientras que la primaria simula la existencia de un tumor vesical, al contrario de lo que ocurrió en esta paciente.

Actualmente se considera el tratamiento de elección las instalaciones vesicales con dimetilsulfóxido cada 15 días y colchicina 0.5 mg oral una vez al día.

En cuanto a la afectación del tracto urinario por la amiloidosis, se puede afectar cualquier tramo, pero lo más frecuente es la afectación vesical.

## CISTECTOMÍA RADICAL POR CANCER VESICAL. EXPERIENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS AÑOS.

*Drs. Bañón Pérez V.J. Rigabert Montiel M. Asensio Egea L.  
Nicolás Torralba J.A. López Cubillana P. Pérez Albacete M.  
Servicio de Urología. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia,*

Presentamos la experiencia de nuestro servicio en el tratamiento del tumor vesical infiltrante mediante cistectomía radical entre los años 1990 - 1996. El número total de casos fue de 125, de los cuales 113 (90,4%) corresponden a varones y 12 (9,6%) a mujeres, con una relación de 9,5:1. El intervalo de edad va de 29 a 82 años con una edad media de nuestros pacientes de 69,2 años en varones y 66,3 años en mujeres. El tipo de reconstrucción utilizado, ha sido predominantemente el conducto ileal (72 casos), seguido por la sustitución vesical ortotópica (30 casos) y, en menor número de casos, derivación ureteral cutánea (19 casos) y ureterosigmoidostomía (4 casos). También se procedió al estudio de las complicaciones precoces y tardías de las diferentes derivaciones, así como a la comparación del estadiaje pre y

postcistectomía, donde se apreció un infraestadiaje global del 40,8% (51 casos) , la mayoría en los pacientes con derivación ileal cutánea (32 casos) y un supraestadiaje global del 31,2% (39 casos), también mayoritariamente en los pacientes con derivación ureteral cutánea (31 casos). La supervivencia global tras un seguimiento de entre 6 y 60 meses fue del 49,6 % (62 casos), resaltando la mayor supervivencia de los pacientes sometidos a cistectomía radical con sustitución vesical, el 80% (24 casos) por lo estricto de su selección. La mortalidad global de nuestra serie es del 44% (55 casos) de los cuales el 67,2% (37 casos) fue debida a progresión tumoral y, el resto (32,8%) a otras causas como IAM, Tromboembolismo pulmonar, sepsis postquirúrgica y fracaso multiorgánico.

# MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL REIMPLANTE URETERAL EN LAS DERIVACIONES TRAS CISTECTOMÍA RADICAL

*Drs. Tomás, M; Ferrero, R; Guzman, P; Morga, J.P.; Navas, J; Sempere, A; Rico, J.L.;  
Gil Franco, J; Lopez Alba, J; Fontana, L.O.  
Servicio de Urología Hospital General Universitario de Murcia.*

## INTRODUCCION:

Las complicaciones secundarias al reimplante ureterointestinal en las derivaciones urinarias, producen gran morbilidad y condicionan la calidad de vida de muchos pacientes una vez superada la cistectomía radical.

Estas pueden ser inmediatas como la fistula urinaria, o tardías y causar hidronefrosis o anulación funcional, incluso años después de la intervención.

En este trabajo hemos evaluado nuestra experiencia y actitud terapéutica con este tipo de patología.

## MATERIAL Y METODOS:

Han sido revisados los registros de seguimiento de nuestra serie de 124 derivaciones, 49 (40%) pacientes han presentado en algún momento alteraciones del reimplante ureteral, pero en 16 de ellos no hubo consecuencias funcionales, por lo que no fue preciso actuar (11 tenían fuga urinaria entre el 5º y 12º día que fue autolimitada y 5 presentaron en seguimiento ureterohidronefrosis grado III, sin alteración progresiva de la función renal).

Centrándonos en los 33 pacientes restantes (8 bilaterales, por tanto 41 unidades renales) en que se requirió alguna actuación terapéutica (27% de las derivaciones) valoramos los diferentes tratamientos empleados.

El tipo de reimplante que se había realizado era ureteroileal-Bricker 23 pacientes (6 bilaterales, 29 unidades renales), ureteroileal-Le Duc 6 pacientes (1 bilateral, 7 unidades renales), ureterocecal-Leadbetter 3 pacientes (1 bilateral 4 unidades renales), estos dos últimos en pacientes con sustituciones ortotópicas y ureteral-cutánea 1 paciente.

El diagnóstico se realizó con uno de los siguientes métodos: UIV, ileografía, ecografía.

A todos los pacientes se les realizó nefrostomía derivativa como primer paso y estudio de la vía con pielografía anterógrada. En algunos casos se utilizó el test de Whitaker para valorar funcionalmente la obstrucción y estudio de la diuresis cuando había dudas sobre la utilidad del riñón.

Se valoran las diferentes opciones terapéuticas que han sido: la abstención, técnicas endourológicas anterógradas y/o cirugía.

## RESULTADOS:

La edad media de los 33 pacientes era 67 a (53-80), 32 eran varones y solo una era mujer.

El lado afecto fue izdo. en 18 de ellos, 7 dcho. y 8 bilaterales.

Se realizó reimplante ureterointestinal inmediato por fistula urinaria y sepsis en 6 pacientes (5% de derivaciones), 1 falleció como consecuencia de esta cirugía.

Los otros 27 presentaron obstrucción tardía (22.5% de las derivaciones), con hidro y/o pnonefrosis o anulación funcional.

En 22 de éstos, se efectuaron diversos tratamientos endourológicos anterógrados, previa colocación de nefrostomía, que fue solo diagnóstico en 2 casos y en 3 resolvió la pnonefrosis, sin realizarse otra instrumentación, pero a los otros 17 pacientes se les hizo dilatación con balón y/o doble-J que se mantuvo 6-12 semanas (Fig. 1,2,3). La dilatación se realizó con intención paliativa en 5 pacientes por tumor extendido y en 12 pretendía ser curativa, de ellos solo se consiguió éxito duradero en 4 (30%) pero que en algunos casos se ha mantenido hasta 4 y 6 años después, en 4 no se pudo repermeabilizar la vía y otros 4 fallaron posteriormente pese al éxito inicial. Otros procedimientos endourológicos anterógrados realizados han sido: extracción de "fungus ball" 1 caso, extracción de litiasis en ureter terminal con ureteroscopia flexible en 1 paciente con sustitución tipo Mainz (Fig. 4 y 5) y colocación de prótesis de Strecker en 1 caso de paciente con Blicher con resultados regulares en seguimiento a largo plazo (Fig.6).

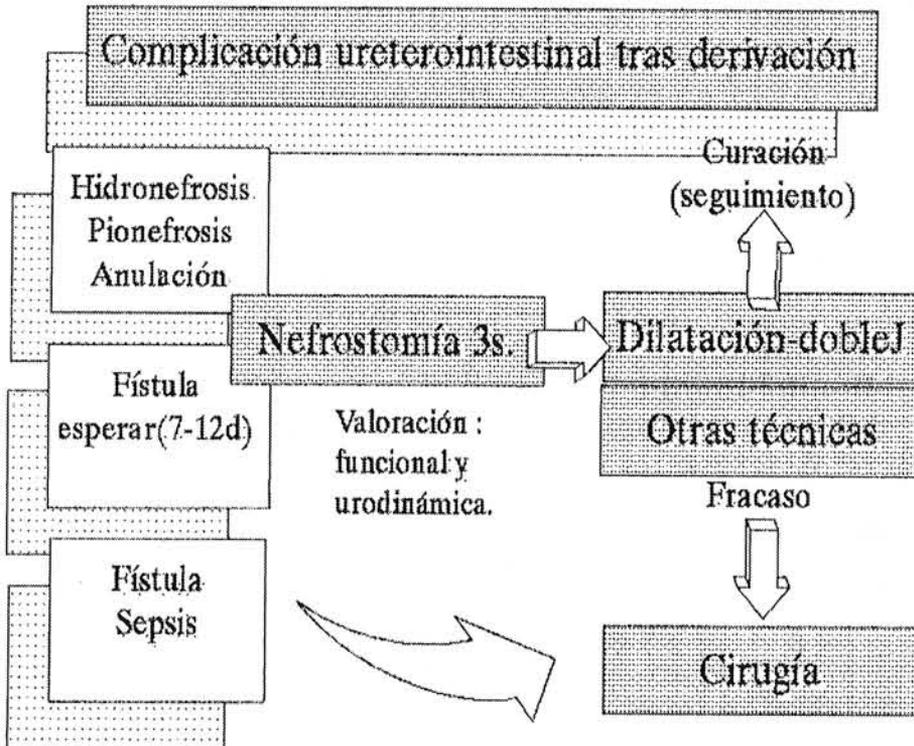
En cuanto a la cirugía fueron intervenidos un total de 21 pacientes (63% de los que presentaron complicaciones de la anastomosis uretero-intestinal) 8 provenían de fracasos del tratamiento endourológico, 5 asociaban otra patología que obligaba intervención, las 6 reintervenciones precoces mencionadas y 2 nefrectomías por riñón hipofuncionante.

A 3 pacientes se realizó sustitución ureteral completa por ileón por necrosis extensa de ureter (Fig. 7, 8, 9, 10), a los restantes reimplantes simple directo. Todos los tratamientos quirúrgicos han dado resultados aceptables no requiriendo reintervención en ningún caso.

CONCLUSIONES:

- 1) Nuestra tasa de complicaciones uretero-intestinales se corresponde bastante con la que refleja la literatura.
- 2) No hemos encontrado diferencias en cuanto a las técnicas de reimplante utilizadas.
- 3) Todas las fístulas urinarias uretero-intestinales no requieren intervención inmediata.
- 4) La nefrostomía derivativa es el paso inicial fundamental para cualquier actuación.
- 5) Las técnicas endourológicas resuelven parcialmente los problemas, pero están especialmente indicadas en pacientes debilitados.
- 6) La reconstrucción quirúrgica aunque difícil ofrece los mejores resultados.

A la vista de esta revisión proponemos el siguiente algoritmo terapéutico:



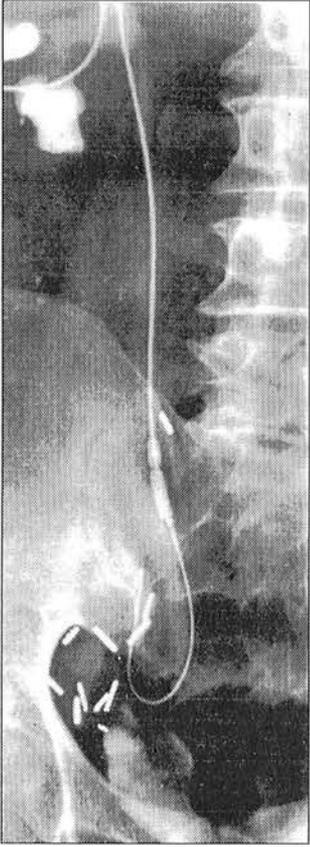


Fig. 1



Fig. 2

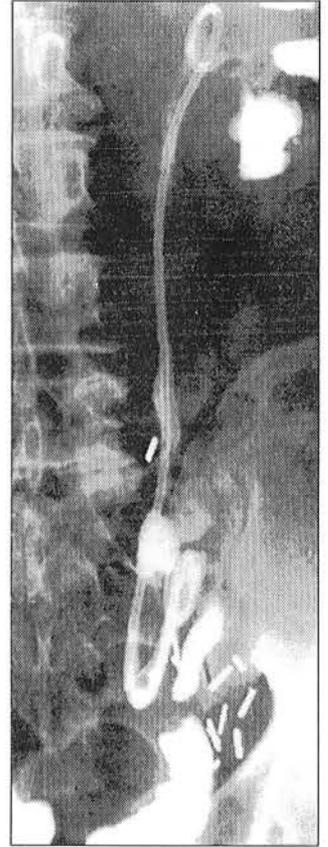


Fig. 3

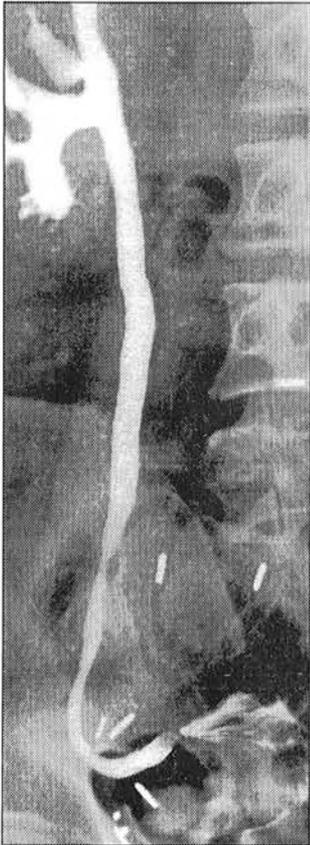


Fig. 4

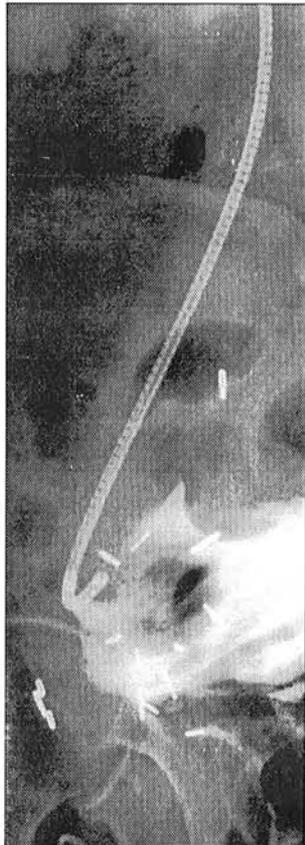


Fig. 5

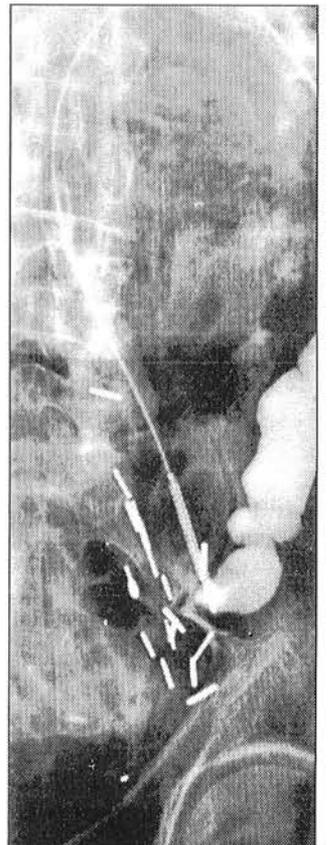


Fig. 6

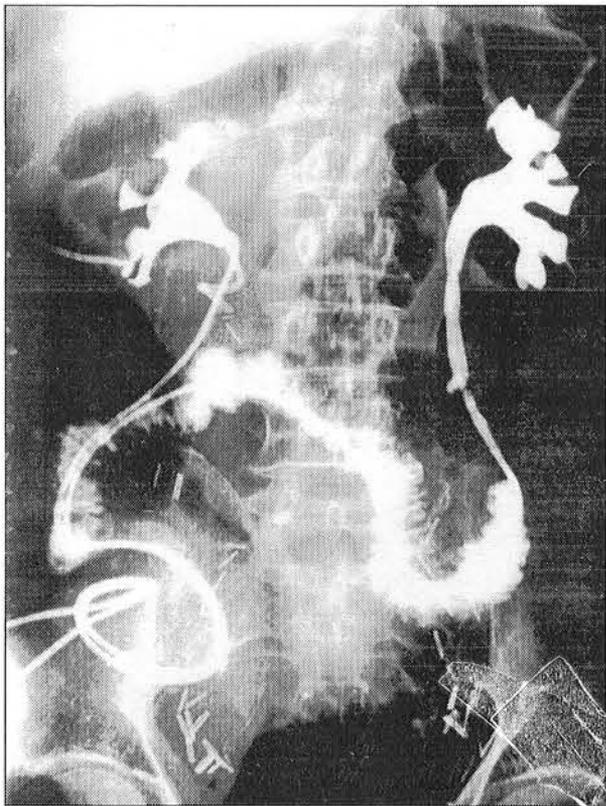


Fig. 7

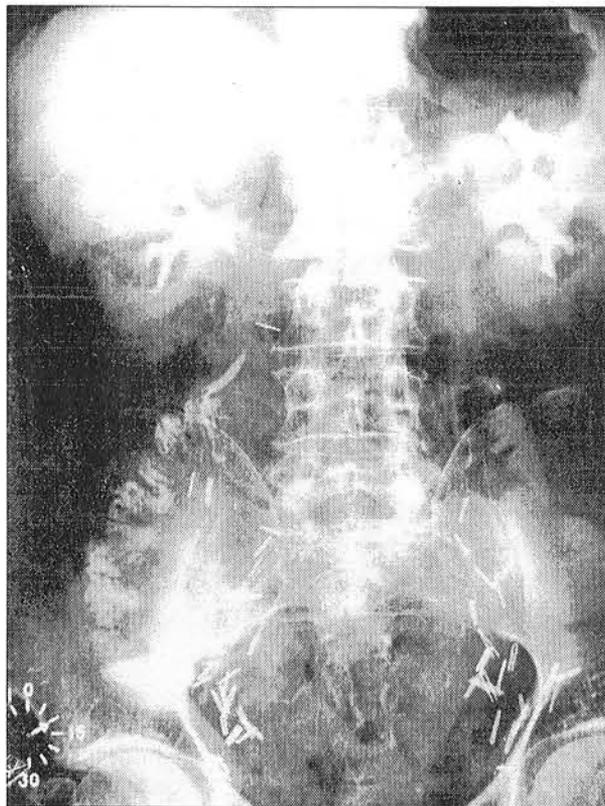


Fig. 8



Fig. 9

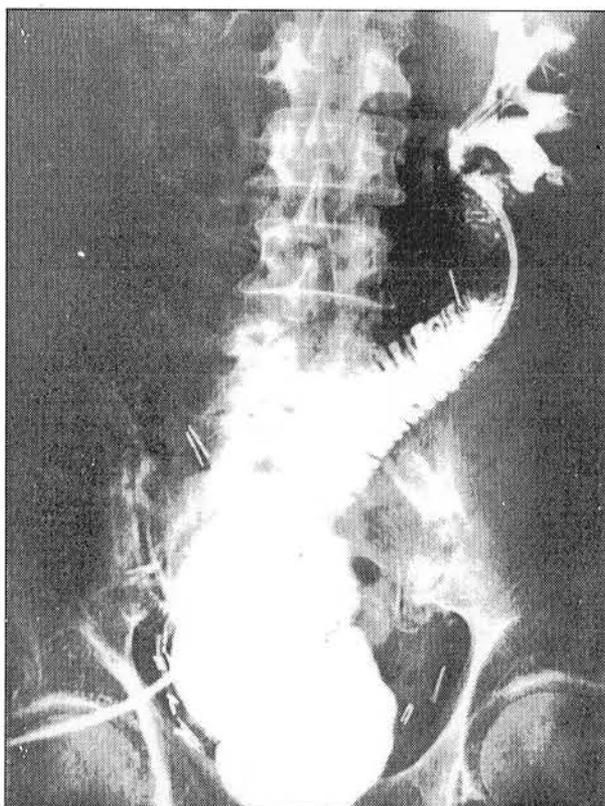


Fig. 10

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

## SU CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL TUMOR VESICAL

*Mariano Pérez Albacete*

Presentamos esta comunicación como homenaje al Dr. D. Salvador Pascual Ríos, en el ciento diez aniversario de su nacimiento, al que consideramos como la figura más importante que ha dado a la Urología la Comunidad Murciana.

Estudió Medicina en la Facultad de San Carlos de Madrid, licenciándose en 1909, a los 22 años. Comienza su preparación urológica en el Instituto Rubio, junto al Dr. D. Luis González Brabo y en 1911, marcha a París al Hospital Nécker, cuna de la Urología, con Albarrán, Marión, Chevassu... y en donde se formaron gran parte de los urólogos españoles de esta época.

Coincidió con Albarrán poco tiempo, ya que falleció en 1912, pero si conoció su obra, y dentro de ella el tratado sobre « Les tumeurs de la vessie », donde aprendió el estudio anatomopatológico y la posible relación del tumor con los órganos vecinos.

Su primer trabajo urológico lo publica en la «Revista Clínica de Madrid», en marzo de 1912 y trata « Sobre un caso de tumor de la vejiga »; posteriormente, en la sesión de la Asociación Española de Urología del día 11 de febrero de 1916, presentó una comunicación titulada «Estudio anatomopatológico de un tumor vesical» que consideramos aún hoy día, ochenta años después, un ejemplo de observación y metodología. Por su interés la vamos a leer tal y como quedó recogida en las revistas «El siglo médico» de Madrid y en «Murcia Médica» en su número 12, del mes de marzo de 1916.

«Lo que voy a decir no tiene la pretensión de ser una comunicación, sino simplemente una exposición de unas cuantas microfotografías de una neoplasia vesical. La neoplasia, objeto de esta comunicación consta de dos partes, al parecer distintas, pero de estructura idéntica en el fondo. Una parte es vegetante, saliente en la cavidad de la vejiga; la otra, en íntima continuidad, como partes resultantes del mismo proceso, infiltra las paredes vesicales, en cuyo espesor penetra disociando los fascículos musculares.

La superficie del tumor aparece revestida de papilas bien desarrolladas, cuya estructura corresponde a la ya bien conocida de esta clase de tumores. Cada papila posee un eje conectivo-vascular y una cubierta, más o menos espesa epitelial. El asa capilar asienta en el eje de la papila y presenta una dilatación de su parte terminal; va acompañada en su trayecto por una pequeña cantidad de tejido fibroso mezclado con algunos elementos jóvenes conectivos y tal cual fibrilla muscular. En el eje de las papilas más superficiales nos ha parecido sumamente rara la presencia de las fibrocélulas, mostrándose, por el contrario, tanto más abundantes cuanto más en el interior de la neoplasia penetramos. Recorriendo las gruesas ramificaciones conectivas se ven hasta enormes fascículos musculares totalmente envueltos en el proceso neoplásico y sucesivamente invadidos por el tejido fibroso. Consideramos, por lo tanto, la existencia en el estroma de la neoplasia, de las fibras musculares lisas, como efecto de la disociación que los fascículos más superficiales de la masa muscular de la vejiga que experimenta al ser invadida por el crecimiento epitelial. Estos fascículos son cada vez más ra-

ros y enanos cuanto más nos aproximamos a la superficie.

El epitelio de revestimiento de la papila se compone de una hilera profunda de células prismáticas, separada del estroma papilar por una fina cutícula basal. Varias hileras de células poliédricas, de mayor tamaño que las precedentes, más claras y un tanto aplanadas, se superponen a la hilera profunda.

La parte profunda del neoplasma se presenta como constituida por largos cordones epiteliales anastomosados y separados unos de otros por tabiques de tejido conectivo-muscular portadores de vasos.

Semejantes cordones, de forma sumamente irregular, semejan extraordinariamente a los de la misma naturaleza del *epitelioma tubulado*, si no advirtiésemos, de vez en cuando, la existencia, en su región central, del asa capilar y tejido conectivo perivascolar, constituyendo el eje de los mismos.

La estructura, lo mismo que la de las papilas, se resuelve en varias capas de células poliédricas, numerosas en muchos sitios y tanto más abundantes cuanto más cerca de la profundidad del cordón nos hallamos. Hacia el centro de ellos, las células una veces conservan su forma y su tamaño, formando un conjunto apretado, o se encuentran cada vez más claras, grandes, con su protoplasma vacuolado y el núcleo poco tingible y más o menos excéntrico.

La región central de los cordones aparece a menudo necrosada, advirtiéndose la transición de la hilera última de células claras, que sucesivamente se recargan de finos granos en su protoplasma, palideciendo su núcleo y acabando por formar un magma granuloso en el que siempre se logra diferenciar los límites de lo que fueron cuerpos celulares. En estas zonas necróticas abundan los leucocitos polinucleares, reconocibles fácilmente por su núcleo giboso tan ávido de las materias colorantes. La presencia de los leucocitos se advierte desde que el proceso de mortificación actúa sobre el epitelio, aunque sea muy escaso el número de células epiteliales en los que actúe.

No faltan tampoco, en el espesor de las masas epiteliales tal cual apariencia de globo epidérmico característico. Las zonas necróticas alcanzan en los cordones profundos una gran extensión, quedando algunos de ellos reducidos a una delgada zona periférica. Abundan en el epitelio las carioquinesis.

El estroma es de fascículos tanto más ricos y ricos en tejido conectivo y muscular cuanto más profundamente lo examinemos o sus vasos sean de mayor calibre. Interpuestos entre los haces conectivos y las fibro-células abundan los elementos conectivos jóvenes, en frecuentes divisiones simples. El conjunto del estroma produce la impresión de un vasto tronco ramificado cuyas últimas digitaciones corresponden a los ejes papilares más superficiales.

La neoplasia, en conjunto, tiene todos los caracteres del papiloma al que presta malignidad de tendencia invasora que presenta hacia la pared vesical, cuyos fascículos musculares disocia.»

En 1926, realizó un trabajo sobre «la Cistografía» recogido en «La Medicina Ibera» en el cual destaca en este método radiológico la iconografía del tumor vesical y su utilización como medio diagnóstico.

En su extensa obra, cercana al centenar de trabajos, destacan sus dos libros, «Supuraciones renales» editado en 1927 por la editorial «La Medicina Ibera» y «La constante de Ambard y su valor clínico» editado por «Saturnino Calleja», en 1920, sus monografías, una sobre «Los quistes de riñón», premiada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia en 1915, y otra «La litiasis urinaria» en la que recoge su experiencia y la síntesis de todos sus trabajos sobre el tema y de su tesis Doctoral ( que versó sobre «Los cálculo del uréter», fue Premio Extraordinario del Doctorado en 1915, y se publicó en la revista «Gaceta Médica de Murcia» Nº 100 a 104, de agosto a noviembre del mismo año).

Realizó junto al Dr. J.G. Tomás la ponencia oficial del tercer Congreso de la Asociación Española de Urología, celebrada en Madrid en 1914, titulada «Estudio comparativo de los distintos procedimientos para el diag-

nóstico de la tuberculosis urinaria», y publicada en la imprenta «Alrededor del Mundo» en 1916. También la ponencia oficial del I Congreso Hispano-Portugués y VII Nacional de Urología, celebrados en Lisboa en julio de 1925, sobre «Nefropatías experimentales», publicada en «Revista de Cirugía y Urología» en 1925.

No vamos a hacer una descripción pormenorizada del resto de sus trabajos que conocemos, pero sí resaltar, por su importancia, su estudio sobre «La circulación arterial del riñón» realizado junto con el Dr. D. Pedro Ara y presentado al II Congreso Nacional de las Ciencias Médicas de Sevilla, en la sección de Urología, en octubre de 1924. Otro sobre el «Reflujo vésico ureteral» llevado a cabo en 1927 y publicado en «La Medicina Ibera» en ese mismo año, y el realizado sobre la «Cirugía experimental del Riñón» recogido en «La Medicina Ibera», en 1924. Más de una docena de trabajos sobre la tuberculosis urinaria, una decena sobre la orina y pruebas funcionales renales. Acerca de las nefritis, del adenoma de próstata, de las estenosis de uretra, de los tumores de riñón..., casi toda la patología urológica del momento fue, en mayor o menor medida, analizada en su obra.

Dentro de su trayectoria urológica, el Dr. Salvador Pascual, formó parte de la primera lista de socios de la Asociación Española de Urología, a cuya Junta Directiva perteneció desde 1917, cuando fue elegido Secretario de Actas de la misma y, como tal, redactó las crónicas de los Congresos de la Asociación, del V celebrado en Madrid, en octubre de 1920, y en el que formó parte del Comité Ejecutivo, del VI, desarrollado igualmente en Madrid en octubre de 1923, y en donde pasó a ser Vocal de la nueva Junta Directiva, en el I Hispano-Portugués y VII Nacional, de julio de 1925, celebrado en Lisboa, en el que fue el ponente. Todas estas crónicas fueron recogidas en la revista «La Medicina Ibera», de Madrid, en su año correspondiente. En 1928 vuelve a ser elegido Secretario de Actas de la Asociación, por lo que actuó de tal en el VII Congreso Internacional

de Urología celebrado en El Escorial, en abril de 1930, presidido por el Dr. D. Leonardo de la Peña con un comité formado por grandes figuras de la urología mundial: Keyes, de Nueva York, Gruisy, de Atenas, Wilbolz, de Berna, Verhoyen, de Bruselas, Pasteau, Lyneu, Michon y Chevassu, de París, Hogge, de Lieja y Rico, de Colombia. De nuevo actúa de Secretario de Actas en 1932, en el III Congreso Hispano-Portugués celebrado en Coimbra y, en 1933, fue nombrado Vicepresidente de la Asociación Española de Urología.

En 1926, organizó el Servicio de Urología del Hospital Central de la Cruz Roja «San José y Santa Adela» de Madrid, y como Jefe del mismo creó en él una escuela de Urología con la que contribuyó a la formación urológica de un gran número de urólogos que acudió a aprender de su magisterio, entre ellos, los murcianos que se decidieron por esta rama de la urología: Joaquín Páez Ríos, sobrino suyo, y quien le sustituyó al frente del Servicio de Urología, Leopoldo Navarro Mínguez, quien, formado en su escuela, fue el primer especialista en Urología que exclusivamente como tal, desarrolló toda su carrera profesional en Murcia, y Manuel Albaladejo, el cual la ejerció en Madrid.

La Guerra Civil interrumpió su carrera, falleció en el frente cumpliendo su labor como médico en el año 1938.

Posteriormente, su sobrino, Joaquín Páez Ríos, como continuador de su escuela, contribuyó a la formación urológica de otro grupo de murcianos, Juan Martínez García que ejerció en Murcia. José Conesa y Santiago Lescure del Río (nacido en Madrid) quienes la desarrollan todavía en la ciudad de Cartagena y, por último José Luis Prefasi Martínez también en Murcia.

Gracias a él, los urólogos murcianos actuales, hemos heredado una urología cimentada sobre la base de una escuela de calidad, forjada con tesón por una gran personalidad, dedicada por entero al estudio, a su trabajo y a su profesión: la Urología.

Murcia, febrero de 1924

**TRABAJO GANADOR DEL  
PREMIO «SALVADOR PASCUAL» 1997  
DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA.**

**CIRUGÍA DE LA MASA RESIDUAL POST-QUIMIOTERAPIA  
EN LOS TUMORES TESTICULARES.**

*Carlos Tello Royloa, Francisco Cruces de Abia, Emilio Moreno Barrachina,  
Antonio Romero Hoyuela.  
Servicio de Urología Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)*

**RESUMEN**

Se presentan dos casos clínicos de tumores testiculares. El primero un seminoma clásico puro estadio II c y el segundo un carcinoma embrionario estadio II b. En ambos casos el tratamiento realizado fue: orquiectomía radical por vía inguinal, quimioterapia con B.E.P. (Bleomicina, Etopósido y Platino) y posterior cirugía de exéresis de la masa residual. Los dos pacientes se encuentran libres de enfermedad. Se comentan los avances en el diagnóstico, estadiaje y tratamiento de los tumores testiculares, basados en el desarrollo de técnicas de imagen (ecografía y T.C.), la existencia de marcadores tumorales, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y especialmente el empleo de la poli-quimioterapia. Se exponen algunos aspectos que han ido evolucionando en el tratamiento de los tumores testiculares como son: la tendencia a equiparar los protocolos de tratamiento de tumores seminomatosos y no seminomatosos, el valor de la orquiectomía radical por vía inguinal en el diagnóstico y tratamiento, el papel preponderante de quimioterapia en los tumores diseminados, el papel adyuvante de la cirugía retroperitoneal, y la tendencia a ser más conservadores con los tumores de buen pronóstico y más agresivos con los de mal pronóstico. Se revisan los resultados de los tratamientos empleados en los distintos estadios de estas neoplasias y se recuerda que las pautas actuales tienden a la observación y seguimiento en los tumores localizados, estadio I, y la utilización de quimioterapia y posterior cirugía de la masa residual, si es preciso, en los tumores diseminados. Se comentan las indicaciones de la cirugía de la masa residual post-quimioterapia en los seminomas y en los tumores no seminomatosos.

Los cánceres testiculares son tumores relativamente raros. Sin embargo son las neoplasias sólidas más frecuentes entre los 15 y los 45 años.

Los tumores de células germinales, que representan el 95 % de las neoplasias testiculares primarias, son tumores muy agresivos, con un alto índice de mitosis. Pero se han convertido en los últimos años en las neoplasias sólidas con mayores índices de curación.

El objetivo de este trabajo es analizar, el papel actual de la cirugía retroperitoneal dentro de los protocolos de tratamiento de los tumores testiculares, a partir de la presentación de dos casos clínicos tratados en nuestro servicio en los últimos años.

**Caso clínico I.**

El primer caso se trata de una varón de 28 años con antecedentes de parálisis cerebral infantil y crisis comiciales en tratamiento profiláctico con carbamacepina, que consultó por dolor y aumento de tamaño en el hemiescrotos izquierdo de 15 días de evolución.

A la exploración se palpaba un bloque epididimo-testicular izquierdo aumentado de tamaño y consistencia.

La ecografía mostró una masa testicular heterogénea sugestiva de neoplasia testicular. Los marcadores alfa-feto-proteína y beta-H.C.G. eran normales, y la radiografía de tórax no mostraba alteraciones. La T.C. puso de manifiesto la presencia de una masa retroperitoneal pre y paraaórtica de más de 10 cm. de diámetro.

Se realizó la orquiectomía inguinal y el estudio histopatológico reveló la existencia de un seminoma clásico que infiltraba la albugínea y el epidídimo. Es decir un seminoma clásico puro estadio: pT2 N3 según la clasificación T.N.M.; IIC (> 5 cm.) de la clasificación del R.M.H.; B3 (> 10 cm.) de la clasificación del M. S. K. C. C.

El paciente recibió 3 ciclos de quimioterapia BEP (Bleomicina, Etopósido y Platino) al final de los cuales se realizó la reevaluación mediante T.C. en la que se apreciaba una discreta disminución de la masa adenopática que aparecía encapsulada, más delimitada y con disminución de su densidad.

Se realizó la cirugía de la masa residual mediante una laparotomía media. Tras el despegamiento del colon izquierdo hasta el ángulo esplénico se llevó a cabo la exéresis de la masa, de aspecto gelatinoso rodeada de capas de tejido fibroso denso, localizada en situación pre y paraaórtica desde el hilio renal hasta la bifurcación ilíaca. El estudio anatómico-patológico de la pieza mostró necrosis y tejido fibroso.

En la actualidad tras un seguimiento de 12 meses después de la cirugía de la masa residual y casi 18 meses desde la orquiectomía el paciente se encuentra libre de enfermedad, con marcadores normales, radiografía de tórax con una infiltrado secundario al tratamiento con bleomicina y una T.C. abdominal sin evidencia de recidivas.

#### Caso clínico 2.

El segundo caso, es un varón de 24 años sin antecedentes personales de interés que consultó por la presencia de una tumoración testicular de 3 meses de evolución.

A la exploración se palpaba un nódulo pétreo bien delimitado en el polo inferior del testículo derecho.

La ecografía confirmó la existencia de un nódulo de 2 cm de diámetro compatible con tumor testicular. Los marcadores tumorales estaban discretamente elevados con una alfa-fetoproteína de 10 y una beta-HCG de 54. En la T.C. se observaba una masa precava de 2,5 cm. de diámetro.

Se practicó la orquiectomía inguinal y la anatomía patológica fue de carcinoma embrionario con afectación de epidídimo. En resumen, un tumor de células germinales no seminomatoso, carcinoma embrionario puro, estadio: pT2 N2 de la clasificación TNM; IIB de la clasificación del R.M.H.-, B de la clasificación del M.S.K.C.C.

Los marcadores tumorales se normalizaron tras la orquiectomía.

El paciente recibió 4 ciclos de poliquimioterapia BEP (Bleomicina, Etopósido y Platino), tras los cuales la T.C. de control seguía mostrando una masa precava de 2,5 cm. de diámetro.

Se realizó la cirugía de la masa residual, encontrando una tumoración única bien delimitada y fácilmente disecable de la cava, sin reacción fibrosa. El estudio histopatológico mostró la presencia de quistes revestidos de epitelio escamoso, respiratorio y plano sin atipias: un teratoma maduro.

Con sólo tres meses de seguimiento desde la cirugía retroperitoneal, el paciente está libre de enfermedad, con marcadores y radiografía de tórax normales y pendiente de la realización del primer T.A.C. de control.

#### Discusión.

Los avances producidos en las últimas dos décadas en el manejo de los tumores de células germinales son la consecuencia de: Primero, del desarrollo de las técnicas de diagnóstico por la imagen como la ecografía y especialmente la tomografía computerizada (T.C.). Segundo, de la existencia de marcadores tumorales precisos, de gran utilidad en el control y seguimiento. Y tercero de los avances terapéuticos como: El perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas; y sobre todo el desarrollo de pautas eficaces de poliquimioterapia. En este último aspecto hay que destacar la importancia de la introducción del cis-platino con la creación del régimen

PVB, y posteriormente del etopósido en sustitución de la vinblastina, con la pauta BEP, que se ha convertido en la quimioterapia estándar de primera línea. Otros fármacos como la ifosfamida, asociada a vinblastina y etopósido (VIP) integran pautas de segunda línea. Se han desarrollado por último tratamientos de tercera línea que consisten en el empleo de quimioterapia con carboplatino a altas dosis y trasplantes autólogos de médula ósea.

Todo ello ha hecho posible que las tasas de mortalidad hayan descendido desde más del 50 % en 1970 hasta menos del 10 % en 1990. (5)

Este espectacular descenso de las tasas de mortalidad y el hecho de que existan pautas de tratamiento eficaz en pacientes con enfermedad avanzada, está haciendo cambiar el enfoque terapéutico.

En nuestra opinión, son tres los ejes de este cambio de actitud: En primer lugar, los protocolos de tratamiento de seminomas y no seminomas tan distintos hace algunos años, se van haciendo cada vez más similares. En segundo lugar, la quimioterapia está adquiriendo el papel preponderante en el tratamiento de los tumores diseminados, y la cirugía, que no ha sido relegada, ocupa ahora un papel de terapia adyuvante. Y en tercer lugar, los buenos resultados y la eficacia de los tratamientos han orientado los esfuerzos de los urólogos y los oncólogos para buscar factores pronósticos que permitan modificar los protocolos terapéuticos, en el sentido de ser cada vez más conservadores con las neoplasias de buen pronóstico y más eficaces y curativas con las de mal pronóstico, buscando el equilibrio deseado entre agresividad terapéutica y eficacia curativa.

No se debe olvidar, que la orquiectomía radical por vía inguinal, es el primer tratamiento del cáncer de testículo. Ya que permite: el diagnóstico histológico y el estadiaje, el control local de casi el 100 % de los tumores y la curación de la neoplasia en un alto porcentaje de los tumores localizados.

Una vez realizada la orquiectomía, tipificado y estadiado el tumor ¿Cuál debe ser la actitud terapéutica en el momento actual? Aunque existen todavía muchos aspectos en debate y aunque resulte excesivamente simplificador, en resumen la tendencia actual es a no tratar y realizar un seguimiento estricto en los tumores localizados (Estadio I); y a utilizar quimioterapia en los tumores diseminados, es decir en el resto de los estadios. Quedando la cirugía retroperitoneal reservada para la exéresis de las masas residuales post-quimioterapia.

#### Tumores localizados.

Los protocolos de seguimiento estricto han demostrado que el 85-90 % de los seminomas en estadio localizado se curan sólo con la orquiectomía, por lo que la radioterapia profiláctica puede evitarse. Y el 10-15 % de recidivas son rescatadas con radioterapia o quimioterapia con una supervivencia del 100 %. (6)

Algo similar ocurre con los tumores no

semínomatosos, clásicamente tratados con linfadenectomía retroperitoneal de estadije e intención curativa (10% de recidivas), en los que la orquiectomía es capaz de curar al 70 %. El 30 % de los pacientes presentarán, en los dos años siguientes, recidivas que son rescatadas con quimioterapia con índices de curación superiores al 98 %.(6)

Tumores diseminados.

En los seminomas con afectación retroperitoneal mínima, menos de 5 cm., (IIa,b) la radioterapia ofrece buenos resultados (90 %), que se han visto incluso superados por la quimioterapia que ofrece en algunas series un 100% de curación.(2)

En los seminomas en estadios más avanzados (IIc, III y IV) como el primer caso presentado, la radioterapia ofrece pobres resultados: 50 % para el IIc y 20 % para el III; frente al 100 % de curaciones obtenidas con quimioterapia en varias series. (2)

El primer problema que plantean las masas retroperitoneales es: ¿Qué hacer con la masa residual post-quimioterapia de los seminomas? La tendencia actual en este aspecto, vuelve a ser conservadora. Dado que la mayor parte de las masas son necrosis y que algunas llegan a desaparecer con el tiempo, la mayor parte de los autores recomiendan la observación. Sin embargo una revisión del Sloan Kettering Memorial Hospital, se observó que aquellas mayores de 3cm. pueden contener restos de tumor viable hasta en un 50 % de los casos.(4) Por ello se recomienda la exéresis de la masa cuando tiene más de 2 ó 3 cm. o cuando se observa su crecimiento en los controles sucesivos.

Los tumores no seminomatosos con enfermedad retroperitoneal mínima, menos de 5cm., (IIa-IIb), como el segundo caso presentado, siguen siendo tratados, en algunos centros, especialmente en EE.UU., mediante linfadenectomía retroperitoneal, que consigue la curación en el 65 % de los casos,

sin quimioterapia, alcanzando una supervivencia del 98% mediante el rescate con quimioterapia.(1). La otra tendencia es el empleo de poliquimioterapia de forma inicial, con la que se consigue un 75 % de respuestas completas, que alcanza el 90-100% tras la cirugía de la masa residual (3)

En los tumores en estadios más avanzados no parece discutible el empleo de la quimioterapia con o sin cirugía de masa residual con la que se alcanza hasta un 75 % de respuestas completas.(6)

En el caso de los tumores no seminomatosos, la cirugía de la masa residual es obligada. En primer lugar porque sin la cirugía no es posible saber la histología de la lesión; aunque sí sabemos que podemos encontrar necrosis entorno a un 30 % de los casos, teratoma en un 50 % y carcinoma en un 20 % de los pacientes. Y en segundo lugar porque el teratoma maduro, aunque no sea un tumor maligno, debe ser extirpado: por ser quimio y radiorresistente, porque puede originar el síndrome del teratoma en crecimiento, descrito por Loghotetis, comprometiendo por compresión órganos y estructuras vitales, y porque se han descrito casos de degeneración a sarcoma. (5)

En resumen, puede decirse que el tratamiento de los tumores testiculares es un ejemplo de la eficacia de la combinación de múltiples tratamientos: Cirugía local, poliquimioterapia y cirugía retroperitoneal. La quimioterapia ha adquirido un papel preponderante en el tratamiento de los tumores diseminados y la cirugía retroperitoneal debe adoptar un papel de adyuvancia en el caso de presencia de masa residuales. El presente y el futuro del tratamiento de estas neoplasias está en la determinación de factores de riesgo que nos permitan ser más conservadores con los tumores de buen pronóstico y más agresivos con los de mal pronóstico.

## Bibliografía.

1. Donohue, J.P.; Thomhill, J.A.; Foster, R.S.; Bihrie, R.; Rowland, R.G.; Einhorn, L.H.: *The role of retroperitoneal lymphadenectomy in clinical stage 8 testis cancer The Indiana University experience (1965 to 1989)*. J.Urol.,153 (1):85-89.1995.
2. Gil Sanz, M.J.; Caro Cebrián, C.; Villanueva Benedicto, A.; Liédana Torres, J.M. Gonzalez Enguita, C.; Urruchi Fernández, P.; Ibañez Marín, M.-, Ríoja Sanz, L.A. *Manejo diagnóstico y terapéutico de los tumores testiculares*. Revisión de quince años. Arch. Esp. de Urol- 44, 4 (417-423), 1991.
3. Lemer, S.E.; Mann, B.S., Blute,M.L.; Richardson, R.L.; Zincke, H.: *Primary chemotherapy for clinical stage 11 nonseminomatous germ ceja testicular tumors: Selection criteria and long-term results*. Mayo Clin. Proc., 70 (9): 821-828. 1995.
4. Motzer,R.; Bosi, G.; Heelen, R. y cois: *Residual mass: An indication for surgery in patients with advanced seminoma following systemic chemotherapy*. J.Clin.Oncol.,5:1064, 1987.
5. Richie, J-P. Neoplasias testiculares. En: Campbell's Urology- Sixth edition. Walsh, P.C.; Retik, A.B.; Stamey, T.A.; Vaughan, E.D.(Eds). W.B. Saunders Company. Philadelphia 1992.
6. Villavicencio, H.-, Algaba, F.-, Solé Balcells, F. Tumores del testículo. En-, Tratado de Urología. Jiménez Cruz, J.F.; Ríoja Sanz, L.A.(Eds). J.R. Prous Editores. Barcelona 1993.

# QUIRÓFANOS SIN LÍMITES

## EXPERIENCIA DE DOS URÓLOGOS MURCIANOS EN EL SAHARA

*Dr. R. Ferrero Doria, Dr. L. O. Fontana Compiano*

«Fuimos para aprovechar tres circunstancias: conocer una cultura diferente, participar de una experiencia irrepetible y poder aportar una pequeña ayuda a una población totalmente desasistida».

Todo surgió a raíz de una reunión entre urólogos donde conocemos a un colega urólogo quien viajaba de forma periódica hacia los campamentos saharauis en Tinduf para realizar labores urológicas en una población que las necesita. A partir de este momento se realizan contactos continuos hasta consolidar un compromiso de viajar al Sáhara con intención de prestar la ayuda mencionada. Queda establecido que las fechas oportunas son los días de Septiembre dado que en este mes el calor es soportable y podemos disponer de mayor atención por parte de las autoridades autóctonas saharauis para poder plasmar nuestra actividad con mayores medios.

Se trata de una población expulsada de su territorio tras enfrentamientos con los marroquíes y que están ocupando territorios argelinos, quienes les han cedido una parte pequeña de su territorio para así prestar una ayuda a esta comunidad. Estos saharauis viven en condiciones nefastas, distribuidos en distintos asentamientos que están situados de forma estratégica para aprovechar tanto las aguas subterráneas como para no ser fácil objetivo de un posible «nuevo ataque marroquí». Cada asentamiento tiene el nombre del antiguo campamento donde vivían antes de los enfrentamientos bélicos con el fin de no perder su identidad. Carecen de cualquier tipo de materia prima sobre la que obtener alimentos.

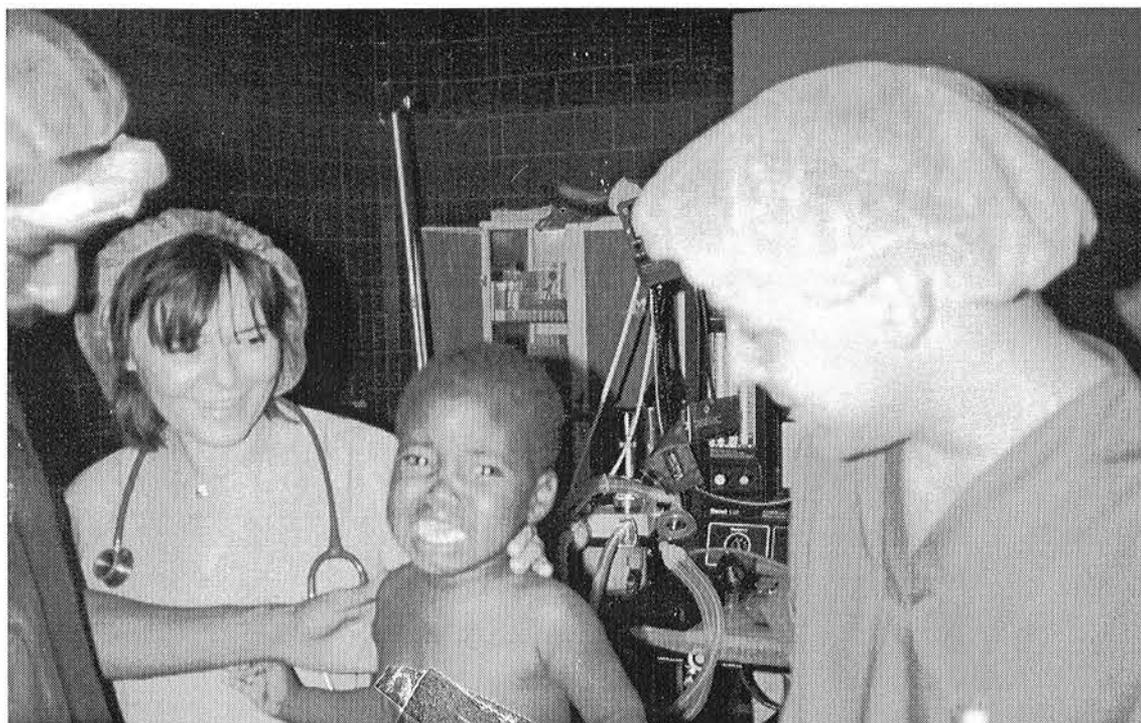
La expedición estaba formada por tres urólogos y dos anestelistas, fijado nuestro objetivo en Rabuni, sede principal de los campamentos, desde donde nos desplazábamos diariamente a cada uno de los campamentos para poder realizar la asistencia urológica. Cuando tomamos tierra en Rabuni y tuvimos los primeros contactos con el entorno, nos dimos cuenta del reto que se nos planteaba, ya que no sólo tendríamos que luchar contra el clima desértico, sino también contra las costumbres y el sistema de vida allí establecida y por supuesto contra la problemática sanitaria.

El primer problema que nos encontramos fue que para realizar cualquier actividad, sea del orden que sea, hemos de superar una serie de protocolos establecidos que impiden fluidez dentro de nuestro trabajo. Una vez superada esta barrera y establecido el orden con el que íbamos a realizar nuestra asistencia surge el segundo problema:

desde Murcia habíamos enviado material para poder trabajar con mejores medios de los que allí se disponían y poder asegurar que teníamos lo mínimo para realizar nuestro trabajo urológico. Ni las autoridades ni los jefes protocolarios sabían donde se encontraban los 9 bultos que enviamos aprovechando un viaje de retorno de niños saharauis que pasaron sus vacaciones en el Levante. Durante los dos primeros días aprovechamos tanto para buscar este material quirúrgico que se debía encontrar en cualquiera de las construcciones que allí tenían y en cualquiera de los campamentos como para buscar un ecógrafo portátil que nos ayudaría en la asistencia urológica. Parece extraño pero necesitamos 48 horas para conocer las distintas consultas donde íbamos a asistir a la población, buscar los paquetes ya enviados y encontrar el ecógrafo. Hay una anécdota que plasma este tipo de problemas con los que nos encontrábamos diariamente: sabíamos que existía material guardado de otras comisiones para cuando regresasen; existía la posibilidad de que necesitásemos sondas de lavado continuo, por lo que solicitamos revisar este material reservado, bajo la promesa de que si era utilizado, posteriormente sería devuelto desde España a nuestro regreso; pues ante esta situación se nos negó la posibilidad de inspeccionar este material si no era con orden firmada del ministro de Sanidad, el cual, naturalmente accedió.

Estaba ya todo decidido: sabíamos donde estaba el material remitido, el ecógrafo estaba ya en nuestro poder, estaban ordenados cómo visitaríamos los distintos asentamientos, también sabíamos que los 5 primeros días los dedicaríamos a ver enfermos y recabar las posibilidades quirúrgicas que iban surgiendo.

Las casas que servían de «ambulatorio» estaban hechas de adobe. Disponíamos de una mesa con una cama de exploración. El entorno de la consulta exige ser visto para poder ser conscientes de las condiciones en las que trabajamos y no vamos a describirlo porque creo que debe ser vivido. La higiene de la población deja mucho que desear, también comprensible dadas las condiciones en las que viven ( el agua es para beber). El mayor problema de los saharauis lo constituyen las molestias miccionales, dado que la escasez de ingesta de líquidos por no disponerlos y por motivos de costumbre, provoca alta concentración urinaria. De ahí que el problema de litiasis urinaria esté también presente en gran medida.



El resumen de toda esta primera labor asistencial queda plasmada en los 400 pacientes que vimos aproximadamente durante los 5 primeros días, considerando que al 90% de los mismos se les realizaba una ecografía urológica para descartar problemas de nuestra especialidad. Todo ello nos aportó un número aproximado de 40 intervenciones, desde hidroceles, hipertrofia prostática, estenosis uretral, litiasis vesical, pielolitectomías, quistes ováricos torsionados, hidropesía vesícula biliar, hasta tumores vesicales y renales.

Las condiciones en las que vivíamos eran duras, provocadas por las malas condiciones de los lugares donde dormíamos, la gran cantidad de mosquitos que nos llenaban de picaduras y la abundante presencia de insectos «cucarachófilos» que subían por nuestros cuerpos durante la noche y a quienes nos acostumbramos rápidamente dada la abundancia de los mismos. La comida que nos proporcionaban era suficiente en cantidad y en calidad, todo ello teniendo en cuenta la disponibilidad. He de señalar que la mayor parte de los alimentos que disponen proviene de ayudas internacionales, sobre todo de países mediterráneos, dentro de ellos España, quien presta una ayuda importantísima. Se comen lentejas, leche, pan, café, té, carne de camello, leche de camella, ...

Siguiendo con la experiencia urológica, llega el momento en que la actividad es quirúrgica. El Hospital Militar «Martir Balla» fue el lugar donde eran operados los pacientes durante un total de 5 días. Llamar hospital a esta construcción es todo un atrevimiento, pero era eso de lo que disponía-

mos. Sería justo mencionar que fuimos presionados a operar en este hospital existiendo otros de mejores condiciones, para poder dar realce a este hospital desprestigiado. Contrariamente a lo que cabría esperar el material quirúrgico que allí había no era del todo malo, todo él enviado por hospitales españoles e italianos que lo consideraban ya de mal uso. Se disponía de un respirador para la anestesia, dos mesas de quirófano, pero todo ello enclavado en un edificio deprimente, con ningún medio higiénico, con salas de hospitalización donde no existían las camas y donde el paciente dormía sobre mantas en el suelo, y un largo etcétera digno de ser vivido. Se realizaron muchas intervenciones, tanto no urológicas (reducciones de fracturas, hemorroidectomías, colecistectomías, extirpaciones de quistes de ovario, tumores de parótida) como urológicas (RTU próstata, Adenomectomías, nefrectomías, orquiectomías, cistolitectomías, cistectomías, uretroplastía termino-terminal y muchas pielolitectomías, etc..).

En aras de ser justo, también disfrutamos de una excursión interesante, aunque nada cómoda, de 48 horas, a través del desierto, conociendo las costumbres populares y tradiciones (bodas, bailes, canciones, comimos el típico cus-cus, leche de camella, carne de camello, vimos paisajes saharauis impresionantes, convivimos con beduinos en mitad del desierto, durmiendo en la jaimas, etc... )

Creo que la experiencia es totalmente enriquecedora dado que se cumplieron los objetivos que planeamos y que vienen expresados en el primer párrafo.

# LA UROLOGÍA EN MURCIA (1900 - 1925)

## (Apuntes para una Historia de la Urología murciana) I

*Mariano Pérez Albacete*

Como es sabido, el desarrollo de las especialidades médicas se lleva a cabo fundamentalmente por el mayor estudio y conocimiento de los procesos patológicos, así como por el desarrollo de medios específicos de exploración, que conlleva el desglose de patologías del gran tronco que es la Cirugía General. En el caso concreto de la Urología, fue la invención del cistoscopio en 1876, por Nitze urólogo berlinés, seguida en 1885 por el cateterismo ureteral, logrado por el hispano cubano Albarrán, gracias a adoptar una uña al cistoscopio, y tras la introducción de la radiología en Medicina en 1897, que permitió, a los alemanes Von Lichtemberg y Voelkel, en 1905, realizar la pielografía ascendente y, más adelante, en 1923, desarrollar la urografía intravenosa, todo ello configuró la especialidad urológica, creándose la necesidad de contar con médicos que dominaran estas nuevas técnicas y su aplicación clínica, así como el conocimiento de los procesos patológicos que de este modo se alcanzaban, y la realización de los procedimientos quirúrgicos que los nuevos adelantos anestésicos permitían.

En nuestro país, la especialización urológica se inició, como recientemente ha publicado el Dr. Maganto Pavón (1), en 1884, en Madrid en el Instituto de Terapéutica Operatoria fundado por el Dr. Federico Rubio, donde se creó el primer Servicio de "Afecciones de las Vías Urinarias" del que se encargó el Dr. Enrique Suénder, considerado el primer urólogo español, denominándose en esa época "Especialista en afecciones de las vías urinarias", hasta que en 1889, es creado, en el Hospital Provincial de Madrid, el primer servicio quirúrgico de "Enfermedades del Aparato Genitourinario", dirigido por el Dr. Rodríguez Viforcós; a partir de entonces se usó generalmente el nombre de "Especialista de los órganos génito urinarios". No es hasta 1911, con la creación de la Asociación Española de Urología, cuando ya se acuña de una manera oficial el término de Especialista en Urología.

Hemos indagado sobre la utilización de alguno de estos títulos entre los médicos murcianos del primer cuarto de siglo, tanto en los archivos del Colegio de Médicos de Murcia, que no conserva nada de esa época, como en los de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, sin resultado alguno. También hemos revisado el "Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia" de 1920 a 1925, sin encontrar datos de inte-

res urológico. Únicamente hemos encontrado en la "lista de socios y asistentes a la primera reunión de la Asociación Española de Urología" (2), los nombres de dos médicos murcianos: El Dr. Salvador Pascual Ríos (3), natural de La Unión, que desarrolló toda su carrera urológica en Madrid, y el Dr. Julio Lorca Tortosa que trabajó en la clínica de vías urinarias del Hospital Necker de Paris, y que a principios de siglo se estableció en Murcia.

Hemos repasado también las revistas de contenido exclusivamente médico que se editaron en Murcia capital, en los primeros años de este siglo; a lo largo de sus páginas hemos ido entresacando todas las actuaciones y referencias urológicas que en ellas se encuentran realizadas por médicos murcianos, con objeto de conocer las personalidades médicas del momento que se dedicaban a la atención de los padecimientos urológicos, los procesos que atendían y los procedimientos que utilizaban, así como la información urológica en general de la que se disponía en Murcia durante esos años.

La primera de estas revistas fue "Revista de Medicina y Farmacia". Órgano oficial de los Colegios de Médicos y Farmacéuticos de la provincia de Murcia. Revista mensual de Ciencias Médicas, hizo su aparición en julio de 1905 y se publicó hasta 1913. Dos años más tarde lo hizo "La Gaceta Médica de Murcia". Revista mensual de Medicina y Cirugía prácticas, editada en Murcia, en marzo de 1907 y hasta 1916, en que se transforma en revista literaria, aunque mantiene una parte con trabajos de Medicina, con el nombre de "Politechnicum". Revista de Ciencias, Artes y Cultura General, tuvo una continuidad hasta 1922. En abril de 1915, "Murcia Médica". Publicación mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades, que se mantuvo que conozcamos hasta 1918, y por último en abril de 1920 hizo su aparición "Estudios Médicos". Órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia que con once años de vida fue la de más larga duración.

De la información urológica escrita por médicos murcianos y recogida de la primera de las publicaciones señaladas, la "Revista de Medicina y Farmacia", sobresale la portada del número 8, correspondiente al mes de febrero de 1906, donde se describe el "Resumen estadístico de las operaciones realizadas por el Dr. Claudio Hernández Ros, en el Hospital de San Juan de Dios de Murcia en 1905" (portada). En él, como

vemos, está ya individualizada la cirugía por aparatos y la parte urológica queda recogida como "cirugía del aparato genitourinario masculino", incluyendo las correspondientes a la mujer en el aparato genitourinario femenino. La cirugía renal, representada por tres nefropexias, realizadas según la técnica de Guyón, la adscriben al apartado femenino, en donde se efectúan las intervenciones más importantes urológicas, como son las de una fístula vesical, tres fístulas véscico vaginales y una talla hipogástrica por litiasis, en una niña de ocho años, con un total de once intervenciones. Las operaciones en el varón son 24, tres tallas hipogástricas y dos uretroplastias consistentes en la sección interna o externa de estrecheces uretrales, y una orquiectomía en uno de los casos de fistula escrotal por tuberculosis, como intervenciones mayores y el resto, cirugía menor. Todas ellas con muy buen resultado, aunque en la lista de los curados nos falten dos ya que no cuadra la suma que debe ser 21, en lugar de 19.

Como apreciamos, desglosa toda la patología quirúrgica en siete apartados, dándole ya su importancia a la del aparato génito urinario masculino. Si realizamos el porcentaje de un total de doscientas once intervenciones, las urológicas suman treinta y cinco, lo que representa un 16,5%, y sólo las realizadas sobre el varón el 11,3%.

En el número 6, de diciembre de 1905, el Dr. Mariano Precioso, médico de Sanidad Militar de Murcia, y asistente del Servicio de Cirugía del Hospital de San Juan de Dios de Murcia, comunica uno de los casos operados en el Hospital, y que forma parte de la anterior estadística titulado "Un caso de cálculos uretrales" (fig. 1). Se trata de un paciente varón de 60 años con una historia de litiasis desde los seis, en que expulsó el primer y único cálculo; posteriormente se notó un bulto en la raíz del miembro que fue creciendo hasta alcanzar el tamaño de un puño y que debido a las molestias que le ocasionaba, decidió operarse. Fue intervenido por vía uretral y se extrajo una gran cantidad de cálculos de 250 gr. de peso, el mayor de 90 c.c.

Volumen IV, 42: (193- 194), diciembre de 1908. "Mis impresiones del Primer Congreso Nacional de Tuberculosis", por el Dr. Jesús Quesada Hernández, médico por oposición de la Beneficencia Municipal de Murcia.

Volumen VII, 77: (481-483), noviembre de 1911, "Un caso de quiste hidatídico de origen pelviano" por el Dr. Emilio Meseguer. Director de la Casa de Maternidad de Murcia, presentado en el Congreso de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, celebrado en Madrid, en abril de 1911. Expone el caso clínico de una paciente que consulta por dolor y masa en vacío derecho, con emisión de orinas piúricas, a la que practica una cistoscopia apreciando una eyaculación limpia por el meato

## UN CASO DE CÁLCULOS URETRALES

Voy a ocuparme de un caso clínico, que aunque en sí no encierra, ni grandes dificultades de diagnóstico ni exagerado interés patogénico, no por eso deja de ser curioso y merezca quedar en el olvido.

En los varios casos que se han publicado de cálculos uretrales, y que yo he podido conocer, ya de origen vesical ó renal y hasta uretral, no he encontrado uno en el que la tolerancia del cuerpo extraño en la uretra, haya sido tan excesiva y cuyo espacio de tiempo haya llenado como en el presente caso toda la vida del individuo.

Desde los primeros años, el sujeto que motivó estos apuntes, padeció de dolores frecuentes en la región renal, que dieron por resultado la expulsión á los seis años de edad de un cálculo del tamaño de un hueso de necltuna y que confiesa haber sido el único que ha expulsado en su larga vida de padecimientos. Al poco tiempo los dolores renales con irradiación hacia el pubis y las ingles continuaron, hasta que notó el enfermo que su cañal del chorro de la orina disminuía, advirtiéndole al mismo tiempo que un cuerpo extraño quedaba detenido en la uretra y que tocando hacia la raíz del miembro se hallaba un bulto del tamaño de una habichuela, que no pudo expulsar por más esfuerzos que hizo, auxiliados de manipulaciones diferentes que hasta los individuos de su familia verificaron. Este bulto fué aumentando poco á poco

de tamaño y como las molestias no eran grandes, á manera de los originados primitivamente en la uretra confirmando la opinión de algunos de los casos citados por Tillaux, Bergmann y Kaufmann y otros autores y como no le dificultaba en gran manera la micción, fué abandonándose hasta que se decidió á ser operado, porque ya los padecimientos eran excesivos. El individuo cuenta 60 años en la actualidad.

Se ha pasado pues la vida malaxada de un enorme tumor que presenta en la raíz del pene, cada vez que ha tenido necesidad de orinar, mecanismo por el cual conegua siempre con dificultades, excreta cierta cantidad de orina, que se leceba libre por algun tiempo de las molestias consiguientes.

Este sujeto ingresó en el Hospital de San Juan de Dios de esta Ciudad, en el mes de Julio del presente año, y en la clínica de Cirugía del Dr. D. Claudio Hernández Ros, el cual se hizo cargo del enfermo en las condiciones siguientes: soltero, natural de Lorca y jornalero; sin antecedentes familiares, de una compleción raquítica, y de aspecto de miseria fisiológica; invitado á descubrir el sitio del padecimiento se vió por la simple inspección un pene atrofiado, y una tumoración del tamaño de un puño que arrancando de la raíz del miembro, se encontraba incluida en el escroto y que por la palpación se notó que esta yallena de cuerpos extraños y du-

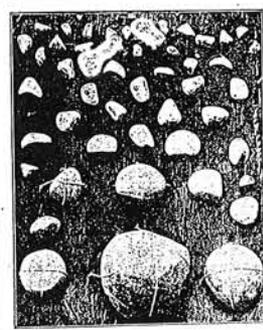


Fig. 1

uretral. En la laparotomía practicada halló un quiste del volumen de una cabeza de adulto con un rosario de pequeños quistes, algunos supurados, del tamaño de almendras y mandarinas y posiblemente alguno en comunicación con la vejiga.

Encontramos en este caso, junto con la presentación de un quiste hidatídico retro vesical de proporciones descomunales y patología netamente urológica, la publicación y descripción de la primera cistoscopia realizada en Murcia (fig.2) y que lo fue por un ginecólogo.

Volumen VIII, 79: (518), de enero de 1912, hay una curiosa nota estadística de las operaciones practicadas durante 1911, en su primer año de trabajo público, por el Dr. Manuel Sánchez Carrascosa, ginecólogo, ex-profesor de la Consulta de Ginecología de la del Socorro de la Inclusa de Madrid, que de un total de 13 intervenciones

**El tacto rectal no enseña nada de nuevo y el cateterismo vesical da salida á corta cantidad de orina y mayor cantidad de pus. La cistoscopia da resultado negativo, en cuanto á la procedencia del pus, pero logra ver la desembocadura del uréter derecho, que funciona bien, dando salida á orina clara, y con esto doy por terminado el reconocimiento.**

Fig. 2

quirúrgicas realizadas por él, reseña la extirpación de dos pólipos mucosos de la uretra.

Volumen VIII,80: (513- 527), febrero de 1912, recoge el discurso leído por el Dr. Claudio Hernández Ros, cirujano del Hospital de San Juan de Dios de Murcia, en la sesión pública inaugural de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, el 7 de enero de 1912, que versa sobre "La lucha contra el cáncer" en el que, tras hacer unas consideraciones generales de la enfermedad y de lo poco que se conoce sobre ella, pasa a describir las distintas patologías cancerosas, entre ellas el cáncer de pene, señalando que, generalmente, se produce en personas de edad avanzada que por vergüenza ocultan su padecer, y "cuando los dolores hacen su aparición el enfermo acude a consultar cuando ya presenta ambas regiones inguinales llenas de ganglios indurados, pidiendo una operación que por fuerza ha de ser insuficiente y de recidiva segura". Para finalizar indicando que "los médicos estamos obligados a deshacer los errores del vulgo y luchar contra ese error y lo repito una vez más el cáncer se cura segura y definitivamente cuando se le opera a tiempo."

En la segunda de las revistas de aparición en 1907, "La Gaceta Médica de Murcia". Revista mensual de Medicina y Cirugía prácticas, y en "Politechnicum" que la continuó hasta 1922, fueron "Asesores de Urología" en esta última desde su comienzo en 1916 los Drs. Julio Lorca y A. Sánchez de Val, y a partir de 1919, figuran además J. Egea López y R. Sánchez Parra.

Los trabajos urológicos publicados por médicos murcianos son los siguientes:

Tomo IX, 104: (288 y 229), noviembre de 1915. "Los cálculos del uréter". Tesis Doctoral del Dr. Salvador Pascual Ríos (Premio extraordinario de 1915). Cuarta parte, conclusión. Analiza las indicaciones operatorias y las técnicas de ureterectomía por vía transperitoneal, retroperitoneal, vaginal, perineal, rectal, y pararectal o sacra, siguiendo la técnica descrita por Albarrán. Describe la intervención de meatotomía ureterovesical endoscópica en la mujer realizada por Gauthiert de Lyon, el cual, y tras efectuar la meatotomía, dilata la uretra, e introduciendo un dedo en vejiga y otro en vagina, con ambos exprime el cálculo al interior de la vejiga extrayéndolo fuera a continuación.

Año X, 108: (9-16), octubre de 1916, correspondiente al primer número de Politechnicum "Dos casos operados de epididimectomía por lesiones tuberculosas", por el Dr. Julio Lorca, Ancien Moniteur a la Clinique des Voies Urinaires de l'Hôpital Necker de París. Realiza un estudio clínico de la evolución de la epididimitis tuberculosa y de sus formas de presentación, aguda y crónica. Recomienda la epididimectomía en

ambas situaciones y, siguiendo a Marión, aconseja limpiar ampliamente el foco tuberculoso epididimario con resección bastante notable del deferente. Describe la técnica y presenta dos casos clínicos.

Año X, 108: (17-20), octubre de 1916. "Albumino fosfaturia de origen dispéptico" Por el Dr. Francisco Giner Hernández. Gastropatópata del Hospital Provincial de Murcia Considera que "es el riñón el gran emuntorio de nuestra economía por su importante desempeño fisiológico el que con más frecuencia y más directamente sufre en las gastropatías crónicas, manifestándose clínicamente por las alteraciones que ellos imprimen en la composición química de la orina". Presenta tres casos clínicos, uno de hipercloremia, otro de discrasia en hipofunción hepática y el último en un cáncer de hígado, que confirman sus opiniones.

Año X, 114: (122), junio 1917. "Nuevo tratamiento de la blenorragia uretral" por el Dr. Sánchez de Val. Nota de la redacción sobre el trabajo presentado en el Congreso de la Asociación para El Progreso de las Ciencias, del aparato calorífico de su invención mediante el cual eleva gradualmente la temperatura de las soluciones acuosas aplicadas intrauretralmente para el tratamiento de la gonococia.

Año XI, 134:(301-318), febrero de 1919 "El uricismo" por el Dr. Claudio Hernández Ros. Discurso leído en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Murcia. Considera al uricismo como una acción tóxica de varios orígenes, microbiano, tóxico o metabólico, semejante al saturnismo o al alcoholismo y que provoca varios estados patológicos como artritis, litiasis renal o biliar gota, obesidad, diabetes sacarina, ateroma y arteriosclerosis. Analiza las situaciones patológicas de hipertensión, esclerosis renal y arteriosclerosis, para finalizar indicando que el uricismo no se cura jamás y recomendando la profilaxis de: 1º no fumar, 2º no beber líquidos alcohólicos, 3º excluir del régimen alimenticio carnes, pescados, huevos, chocolate y café.

En "Murcia Médica". Publicación mensual de Medicina, Cirugía y Especialidades, encontramos como Redactor de Urología desde su inicio en 1915, al Dr. J. Egea, y como colaborador al Dr. Salvador Pascual.

De los trabajos urológicos de autores murcianos están recogidos:

Año I, 4, julio de 1915. "El método blanco en las orinas" por el Dr. Salvador Pascual y cols., hace una referencia en el número 5 que ha sido publicado en "Revista Policlínica" de Sevilla.

Año I, 5: (171-177), y 6: (222-228) de agosto y septiembre de 1915. "Las nefritis: su concepto actual" Trabajo original por el Dr. Salvador Pascual, del Instituto de Medicina Legal de Ma-

drid. Hace un estudio del progreso en el conocimiento de la enfermedad, gracias a los descubrimientos fisiopatológicos renales, en los últimos 10 años. Divide los tipos clínicos de nefritis en agudas y crónicas, explicando cada una de sus formas de presentación.

Continúa el trabajo en el siguiente número, estableciendo el pronóstico de las diferentes formas de nefritis y su tratamiento médico. Recomienda, en las agudas, la dieta de leche, con la toma de dos litros y medio a tres al día, de diuréticos, junto a fricciones secas de la piel y purgantes ligeros. En las nefritis albuminúricas, una alimentación ruin en sustancias albuminoideas y vida al aire libre además de las fricciones secas de la piel. En las nefritis clorurémicas, el régimen declorurado es el de elección y, por último, en las nefritis azotémicas aconseja el régimen de agua y la cura de uvas, consistente en ingerir de dos a tres kilos de uva cada día.

Año II, 12: (159), marzo de 1916. "Estudio anatomopatológico de un tumor de vejiga" por el Dr. Salvador Pascual, presentado en la sesión de la Asociación Española de Urología del día 11 de febrero de 1916. Sobre este trabajo se presentó una comunicación en el II Congreso de la Asociación Murciana de Urología, recogido en otra página de este boletín.

Año II, 14: (258-269), mayo 1916 "Los quistes hidatídicos del riñón". Trabajo original, por el Dr. Salvador Pascual, del Instituto Rubio de Madrid (publicado en "Revista Clínica de Madrid" en 1914). Con una amplia revisión de la bibliografía (17 citas) encuentra recogidos 500 casos, y aporta otros dos, los primeros en la bibliografía española. Repasa la etiología, anatomía patológica y sintomatología, así como las complicaciones más frecuentes y el tratamiento quirúrgico con sus técnicas. Presenta dos casos clínicos operados por él junto con el Dr. González Brabo, en el primero realizó la nefrectomía, dejando el clamp de pedículo 24 horas, y en el segundo que curó en 28 días, marsupialización a la piel.

Año III, 20, noviembre 1916 "Curación de un caso de tuberculosis testicular tratado por la tuberculina" por el Dr. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara, cofundador de la revista, "Murcia Médica", especialista de aparato respiratorio y Director del Instituto de Vacunación y del Dispensario antituberculoso de Murcia, trabajo que fue reproducido posteriormente en la "Revista Española de Urología y Dermatología"

Año III, 27, (318-319), junio de 1917. "Acerca de un caso de papiloma de pene de forma serpigínea" por el Dr. Jesús Quesada, cirujano del Hospital provincial de Murcia. Presenta una nota clínica, con foto en color, de un paciente de 24 años con antecedentes de sífilis mal tratada, que

ingresa en el hospital con aspecto caquético y un enorme papiloma que afecta a todo el cuerpo del pene, de forma serpigínea, dándole aspecto de neoplasia. Hace el diagnóstico diferencial entre la elefantiasis verrugosa y el epiteloma papilomatoso en el cual la base se encuentra infiltrada y considera el proceso como una esclerosis y proliferación papilomatosa secundaria a la sífilis.

Año III, 30: (509-511), septiembre de 1917. "Horquilla tolerada en vejiga urinaria durante diez y seis años", por el Dr. Emilio Meseguer Pardo, del Hospital Provincial de Murcia. Presenta un caso clínico curioso por su duración, una mujer que a los siete años introdujo por uretra una horquilla y se mantuvo sin molestias durante todo ese tiempo, con un parto hacía dos años. Las molestias miccionales y el roce del cálculo con una bujía permitió el diagnóstico extrayéndolo mediante talla supra púlica. Como anécdota, refiere que no pudo realizar una radiografía al cálculo para confirmar la presencia de la horquilla, por estar roto el aparato de rayos X, por lo que procedió a su partición por la mitad, y presenta una fotografía del cálculo partido con la horquilla en su interior.

Año IV, 38: (241-250), mayo 1918. "Traumatismos de la uretra" por el Dr. Francisco Ayuso Andreu. Académico de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia. Decano de la Beneficencia municipal de Murcia. Presenta dos casos clínicos de traumatismos de uretra posterior, uno por caída a horcajadas y el otro tras sufrir una cox en periné, seguido del fallecimiento de ambos pacientes en pocos días a consecuencia de la congestión flemonosa que presentaban.

Hace un estudio de los hallazgos postmortem con análisis anatomopatológico, y una perfecta descripción de la clínica y complicaciones que pueden presentarse, como la estenosis de uretra; se detiene en una minuciosa descripción de las alternativas terapéuticas y de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de los traumatismos.

En "Estudios Médicos". Órgano oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia de 1920, dentro del Comité de Redacción figuran como Urólogos, el Dr. Ramón Sánchez Parra, de Murcia, y el Dr. Sánchez de Val de Cartagena, además del Dr. Salvador Pascual, de Madrid.

De los trabajos de autores murcianos encontramos únicamente los del Dr. Salvador Pascual.

Año II, 2ª época, número XV, junio de 1924 "Problemas relacionados con la formación y la eliminación de la orina" por el Dr. Salvador Pascual. Conferencia pronunciada en la Universidad de Murcia el 12 de abril de 1924, en la que hace una descripción anatomofisiológica de la formación y excreción urinaria y un estudio de todas las determinaciones analíticas en uso para valorar el funcionalismo renal.

Año III, 2ª época, número XXII, enero 1925. "El Niketol en las exploraciones urológicas" por el Dr. Salvador Pascual. Comunicación presentada al II Congreso Nacional de Medicina, sección de Urología, y publicado en "Revista Médica de Madrid" el 13 de agosto de 1913. Para combatir las molestias derivadas de las exploraciones endoscópicas utiliza el Niketol, anestésico local que, inyectado en vejiga durante quince o treinta minutos antes, hace que los pacientes no sientan molestia alguna.

Estos son todos los trabajos que sobre temas de contenido urológicos han sido escritos por médicos murcianos y han quedado recogidos en estas Revistas Médicas Murcianas; es posible que exista algún otro, entre los escasos números que no hemos podido encontrar.

Si realizamos un pequeño resumen de las publicaciones urológicas reseñadas, encontramos un total de 21 trabajos que desglosamos en: diez de casos clínicos, siete entre conferencias, tesis doctorales, resúmenes de congresos y trabajos originales, dos de análisis estadístico anual y una reseña crítica.

Del total de médicos destacan tres urólogos, el Dr. Salvador Pascual con siete trabajos, el Dr. Julio Lorca con uno, y el Dr. Sánchez de Val con la reseña al suyo. Tres cirujanos generales, el Dr. Claudio Hernández Ros y el Dr. Jesús Quesada Hernández, con tres y dos trabajos respectivamente y el Dr. Mariano Precioso, con uno. Tres ginecólogos, el Dr. Emilio Meseguer padre e hijo y el Dr. Sánchez Carrascosa, cada uno con una comunicación. Dos internistas, el Dr. Francisco Giner Hernández, gastropatólogo y el Dr. Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara, especialista de aparato respiratorio, con otra aportación clínica cada uno de ellos, y por último, un médico forense el Dr. Francisco Ayuso Andreu, con un análisis postmortem.

En cuanto a la patología a la que hacen referencia tenemos: tres trabajos sobre tuberculosis del tracto urinario fundamentalmente epidídimo testicular, tres sobre litiasis, ureteral, vesical y uretral, dos acerca de patología peneana y otras dos sobre quiste hidatídico, renal y retrovesical, uno sobre el tumor vesical, otro a cerca del traumatismo de uretra, otro más sobre el tratamiento de la gonococia y seis comunicaciones que incluyen temas varios urológicos, además de los dos resúmenes estadísticos.

Como apreciamos, al inicio del primer cuarto de siglo en Murcia ciudad aún no está desarro-

llada la Urología propiamente como tal. Los cirujanos y médicos de los centros públicos, Hospital y Maternidad, son los que acogen casos difíciles o raros que posteriormente alcanzan a publicar dejando constancia ya de las grandes personalidades médicas de la época. La patología urogincológica es la que predomina, los procedimientos sobre el varón quedan limitados prácticamente a secundarismos de las infecciones gonocócicas, y a la litiasis del tracto urinario inferior; no aparece todavía la patología prostática, ni referencia a su intervención quirúrgica, así como tampoco a la de la litiasis renal, con la pielolitectomía, o a la realización de nefrectomías por tuberculosis, que eran los procesos y procedimientos que, en ese momento, se encontraban en auge y se atendían en los centros urológicos; los tumores urológicos comienzan a suscitar interés, aunque prácticamente limitados al de pene y vesical.

Dentro de los urólogos murcianos que han sido, el Dr. Salvador Pascual Ríos (3), destaca con una sólida formación urológica adquirida en París y toda ella ejercida en Madrid.

En Murcia ciudad, encontramos las figuras del Dr. Julio Lorca Tortosa, de quien sólo conocemos por ahora que trabajó en la "Clínica de Vías Urinarias" del Hospital Necker de París y que, en 1907, fue cofundador y asesor de Urología de la revista "La Gaceta Médica de Murcia", de cuyo comité directivo formó parte hasta 1919, así como que tenía su dirección en la plaza de Belluga, nº 8, de Murcia, y el Dr. J. Egea López que fue redactor de Urología en la revista "Murcia Médica" desde 1915 y en "La Gaceta Médica de Murcia" desde 1919. Por último el Dr. Ramón Sánchez Parra que figura como Urólogo a partir de 1920 en la revista "Estudios médicos". De todos ellos estamos buscando datos para poder realizar una pequeña nota biográfica. En Cartagena sobresale el Dr. Ángel Sánchez de Val, del cual realizamos en este mismo boletín su reseña biográfica.

Éstas son las únicas referencias urológicas de médicos murcianos que hemos encontrado en la bibliografía de estos primeros veinticinco años de nuestro siglo; cerramos con ellas esta entrega de los datos que vamos recopilando sobre las actuaciones en el campo de la Urología en nuestra Comunidad, con el objeto de analizar y poder dejar constancia de la labor efectuada por los que nos precedieron. Pretendemos con ello elevar un pequeño homenaje en recuerdo de su memoria.

### Bibliografía

- 1.- Maganto Pavón, E. "La obra urológica de Dr. Alejandro Setier". Actas Urolog. Esp. 20 (6): 482-490, 1996.
- 2.- Negrete, Carlos. "Primera reunión de la Asociación Española de Urología". Madrid mayo de 1912.
- 3.- Pérez Albacete, M. "El Dr. Salvador Pascual Ríos (1887-1938)". Bol. Asoc. Murc. Urolog. 1:(20-23), octubre 1996.

# URÓLOGOS DE MURCIA

## DR. DON LEOPOLDO NAVARRO MÍNGUEZ

*José Lorca García.*

Tal vez, no sea yo la persona más indicada para hacer una semblanza de Leopoldo Navarro Mínguez, ya que los inicios de mi ejercicio profesional en Murcia, y sus últimos años, coincidieron plenamente. Y el afecto y la gratitud llenan mis recuerdos hacia él. Se que no voy a ser imparcial, y lo asumo.

Nace en Torrevieja el año 1909, población marinera que nunca dejó de disfrutar pasando los veranos en ella y donde murió, a los ochenta y cinco años, en julio de 1994.

Desde muy joven, sintió la vocación de la medicina cuyos estudios realizó en la facultad de Zaragoza.

Durante esta época de estudiante ocurrió, que una hermana suya, Carmen, por quien sentía, al ser la pequeña, una gran ternura, enfermó de una afección renal, que entonces diagnosticaron de «supuración renal» (y que ahora, y pensando en la época, suponemos sería una fimia renal). El caso es que esta enfermedad y su evolución fatal afectó tan profundamente a Leopoldo que le hizo interesarse por la Urología, de tal forma que decidió dedicar sus estudios a dicha especialidad.

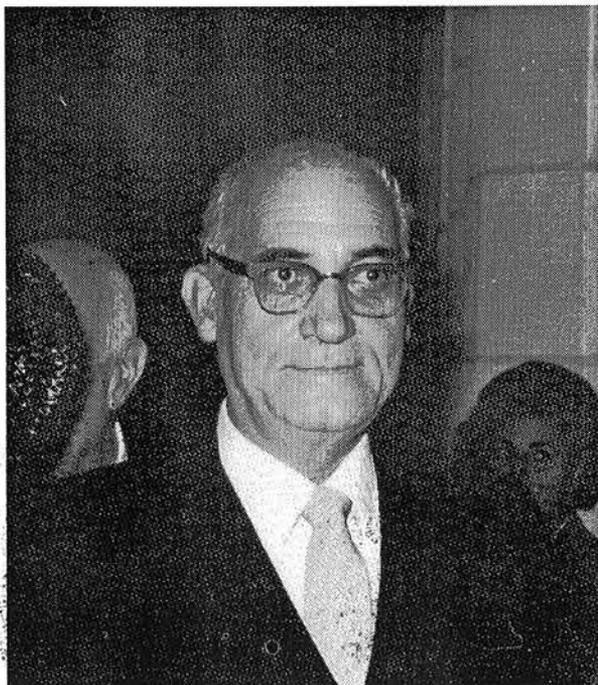
Acaba la licenciatura de medicina en el año 1932 y tras colegiarse en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia, se traslada a Madrid para realizar los Cursos del Doctorado en la Facultad Central, asistiendo como médico al Servicio de Urología del Dr. Don Leonardo de la Peña.

Posteriormente, hasta el año 1934, trabajó también en el Hospital de San José y Santa Adela donde tuvo a otro ilustre murciano como profesor, el Dr. Don Salvador Pascual.

Todos estos datos recopilados, nos hacen pensar que el Dr. Navarro Mínguez fue el primer médico en Murcia, alumno del Dr. Salvador Pascual, con título de Especialista en Urología.

Antes de volver a Murcia en 1934, obtuvo el título de Inspector Municipal de Sanidad y es nombrado miembro de la Asociación Oficial del Cuerpo de Médicos de APD. Una vez en nuestra ciudad, fue nombrado por el Excmo. Ayuntamiento de Murcia en su sesión del cuatro de mayo de 1934, Médico Especialista de Urología para la Casa de Socorro.

El treinta de mayo de 1935 casó con Doña Luisa Quercop Martínez.



Durante la Guerra Civil prestó servicios en Alicante y fue nombrado Teniente Médico en el Ejército de la República, sirviendo en diversas unidades de campaña como cirujano.

En 1939 ejerce su profesión en Murcia trabajando como urólogo en la Beneficencia Municipal y en el Hospital Provincial de San Juan de Dios en el Servicio de Cirugía General y Urología, de Don Ramón Sanchez Parra, donde fue apreciado por cuantos le trataron.

A partir del año 1946 ejerce como urólogo en la Obra Sindical 18 de Julio.

En 1947 trabaja en el Seguro Obligatorio de Enfermedad en varias entidades del Instituto Nacional de Previsión.

En 1949 es nombrado miembro de la Asociación de Cirujanos.

En 1953 es nombrado miembro de la Asociación Española de Urología y del Cuerpo de Médicos de Casas de Socorro y Hospitales Municipales.

En 1955 es nombrado en propiedad Jefe del Servicio de Urología de la S.S. de Murcia, plaza que desempeña hasta su jubilación por enfermedad en 1971.

Fue también pionero y fundador, junto con un grupo de prestigiosos médicos murcianos, de la Sociedad de Seguro Médico Privado "Unión y Previsión Médica", de la que fue su presidente durante muchos años.

Formó parte de la Junta Directiva del Cole-

gio Oficial de Médicos de Murcia desde el año 1958 al año 1975, del que fue nombrado Colegiado de Honor en 1980.

Fue Leopoldo Navarro una persona honesta, trabajadora y bondadosa ante todo. Sus avatares profesionales y familiares con luces y sombras, así como la pérdida de un hijo pequeño en trágico accidente, le hicieron taciturno, pero tuvo en su entorno familiar y en su esposa Luisita, la gran ayuda y el apoyo que precisaba. Nunca perdió su gran sentido del humor, que con pocas y oportunas palabras ponía la «guinda» en una conversación.

Como dije al principio, tanto yo, que estuve a su lado muchos años, como los que anteriormente le trataron, sólo podemos hablar de Leopoldo como de una gran persona que siempre ayudó a los que trabajaban con él, dejándoles autonomía en el ejercicio de la urología, posibilidad

de aumentar conocimientos con la práctica de la cirugía, y recibiendo los consejos de su larga experiencia y el apoyo personal si hubiese sido necesario.

No quiero dejar de contar una anécdota, que ya he relatado en mi entorno, que define mi relación con Leopoldo. Fue después de su jubilación Yo tenía acumulada su Zona de Urología y muchas personas a quien él había tratado, al verme en su puesto y siendo todavía bastante joven, me preguntaban ¿Y su padre?. Yo les contestaba que no era mi padre, pero que por cariño y agradecimiento «como si lo fuera».

Quede esta semblanza de Leopoldo Navarro Mínguez, gran profesional y mejor persona, que fue uno de los primeros urólogos de la Escuela del Doctor Salvador Pascual, como tributo de cuantos tuvimos la suerte de conocerle.

## SANATORIOS DE MURCIA

*José Luis Prefasi Martínez*

Recordando los primeros pasos de mi carrera hace ya muchos años, me vienen a la memoria las Clínicas Médico-Quirúrgicas en las que comencé mis actividades como Urólogo.

Recuerdo la Mini Clínica del Dr. Pedro Hernández, de la calle Saavedra Fajardo, y la Clínica Ginecológica del Dr. Meseguer, sita en la calle Puerta Nueva, prestigioso ginecólogo, al que tuve el placer de conocer siendo ayudante del Dr. Martínez García. Ambas Clínicas ya desaparecidas.

Con gran nostalgia recuerdo la Clínica de Ntra. Sra. de la Fuensanta, en la Plaza del mismo nombre, que supuso una gran pérdida para la ciudad.

La ya desaparecida, vieja y obsoleta, Clínica 18 de Julio, en la calle Corbalán, entrañable por el cálido compañerismo que en ella reinaba. Las charlas sobre política sanitaria del Dr. Jesús Quesada con su voz cálida y armoniosa, las recuerdo por el gran atractivo que tenían. No me resisto a contar una anécdota del Dr. Pedro Hernández: una tarde al entrar al prequirófano lo encontramos lavándose, al preguntarle mi compañero si no tenía ayudante le contestó «No, muchachito», entonces mi compañero se prestó a hacer de ayudante y mientras se dispuso a lavarse D. Pedro salió del quirófano y dirigiéndose a él le dijo «Gracias muchachito, gracias». Había realizado la intervención quirúrgica, sólo y en un tiempo increíble.

Otras clínicas han cambiado de edificio, se han modernizado pero no han cambiado de nom-

bre, así ocurre con la Clínica de San Carlos, que pasó de la calle San Carlos al Polígono del Infante D. Juan Manuel, calle Miguel Hernández, edificio moderno y bien dotado para la práctica quirúrgica.

Permanecen a través de los años, con nombre y situación las Clínicas del Dr. Mesa del Castillo, en la calle Ronda de Levante, y Ntra. Sra. de la Vega en la calle Dr. Alberca Román, esta última remodelada y modernizada en manos de una compañía sanitaria privada.

La Clínica Ntra. Sra. de Belén, en la carretera de Churra, fundada por un grupo de jóvenes ginecólogos, pasó de Clínica Maternal a Quirúrgica, estando en la actualidad en periodo de remodelación. Fue para mí, durante muchos años «mi casa». Vinculado a ella profesionalmente, presencié su evolución y progreso, modernizándose al compás de los avances técnicos. Finalmente pasó a manos de una compañía médica por cuestiones financieras.

Como complemento a las clínicas mencionadas, quedan los Hospitales: el Hospital General Universitario de la Comunidad de Murcia, en la Avda. del Intendente Jorge Palacios, el Hospital de la Cruz Roja, en la Plaza de la Cruz Roja, el Hospital Residencia Sanitaria de la Arrixaca, en el Palmar, y el moderno Hospital Universitario «Morales Meseguer», en la Avda. Marqués de Vélez.

Entre ellas transcurrió mi vida médica, hasta mi jubilación, con sus anécdotas, sus problemas, sus satisfacciones y, sobre todo, sus recuerdos.

## FIGURAS DE LA UROLOGÍA MURCIANA

### Dr. D. ÁNGEL SÁNCHEZ DE VAL

(1882 - 1931)

Mariano Pérez Albacete

En el estudio de las figuras de la Urología Murciana, tenemos que resaltar la del Dr. D. Ángel Sánchez del Val, con el que nos hemos ido encontrando en repetidas referencias en revistas y citas en trabajos urológicos, y de quien nos hemos quedado admirablemente sorprendidos al ir conociéndolo: de su talla, de su amplitud de conocimientos, de su capacidad de trabajo, de su faceta de inventor e investigador, de su entrega al prójimo y del apasionamiento por su profesión. Consideramos al Dr. Sánchez del Val como un estudioso autodidacta que destaca en varias facetas: el estudio y tratamiento de la enfermedad gonocócica por un lado, el estudio de la tuberculosis en todas sus formas por otro (lo que constituía la base de la patología más importante de su época), la preocupación por la sanidad local y, por último, surge por encima de todo su capacidad arrolladora para saber llevar la responsabilidad de representar en cuantas corporaciones y medios se le ofrecían, a su ciudad, Cartagena, elevando con ello el nivel de la misma, sin olvidar, por supuesto, su papel dentro de la especialidad como cirujano urólogo.

En la contemplación de su retrato al óleo, el pintor resalta la personalidad que emana de sus rasgos; da la impresión de ser una persona enérgica, de carácter firme y autoritario, pero entero y sereno a su vez. El Dr. D. A. Salvat y Navarro, catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Sevilla, nos hace una breve descripción de la personalidad del Dr. Sánchez del Val en el prólogo de su libro «Septicemia gripal»: *«tiene -dice- características psicológicas sumamente notables. Nosotros lo conocemos con una intimidad familiar, y juramos que pocas veces nos hemos hallado en este mundo con una personalidad tan concreta, individualizada y firme: bueno o mediano, acertado o errado, sabio o mediocre, es él de cuerpo entero, y de espíritu más entero todavía. Tiene un cerebro gástrico, con tales fermentos para las elaboraciones mentales, que anonada a los orígenes de sus conocimientos: Sánchez del Val Sanchezvaliza lo que estudia y lo aprende, y lo hace por naturalísimo proceso».*

Por todo esto, realizamos esta pequeña nota



biográfica, considerando al Dr. Sánchez del Val como el primer especialista en Urología que, como tal, ejerció en la ciudad de Cartagena y que alcanzó en su corta vida profesional, de sólo veintisiete años, un merecido reconocimiento por toda su labor médica y, dentro de ella, por sus trabajos urológicos.

Nacido en Madrid en el mes de febrero de 1882, comenzó los estudios de Medicina a los trece años en la Universidad de Valencia, licenciándose en 1902 con Sobresaliente, a los veinte; fue alumno interno por oposición y ayudante quirúrgico de los cirujanos López Sancho, Navarro Gil y J. M. Machí, catedráticos de la Facultad de Medicina. Se doctoró por la Universidad de Madrid en el curso académico de 1903 - 1904 con la tesis "El origen de la neurastenia, formas clínicas y tratamiento de la enfermedad" con la que obtuvo sobresaliente.

En 1904 aprobó la oposición a Médico de Sanidad de la Armada, con el número dos, destinándole a la ciudad departamental de Cartagena, a la que llegó en ese mismo año. Ejerció la Medicina y Cirugía General y, particularmente, las especialidades de Urología y Dermo-Sifilografía.

Destacó como especialista en Urología y fue miembro de la Asociación Española de Urología. Realizó más de cuatrocientas intervenciones quirúrgicas sobre el aparato urinario, según él mismo confiesa en su Currículum Vitae, redactado en 1920. Figura como colaborador en la «Revista

Clínica de Urología y Cirugía Génito Urinaria» publicada por el valenciano y Catedrático de Clínica Quirúrgica de la Universidad Complutense Dr. D. Rafael Mollá, en 1914, quien, además, en un trabajo suyo (1), lo cita como discípulo. Aparece igualmente como asesor de Urología en la revista "Politechnicum" de Murcia desde 1916 y redactor de Urología, a partir de 1920, en la revista médica murciana «Estudios Médicos».

Fue un estudioso constante de la Medicina y se mantuvo en contacto permanente con los profesores y compañeros de la especialidad. Realizó continuos viajes de estudios tanto a los Congresos médicos, como a las universidades nacionales y principales clínicas del extranjero, con visitas repetidas y, en ocasiones, estancias en hospitales de París, Lyon, Bruselas, Londres, Amberes, Berck, Colonia, Francfurt, Basilea, Zurich, Berna y Ginebra.

Durante su corta permanencia como médico de la Armada, fue Jefe interino de la Clínica de Cirugía, un año, en el Hospital Naval de Cartagena; dejó constancia ya de su capacidad de trabajo, de su espíritu de observación e inteligencia, en la publicación, tras su paso por el servicio de médico de guardia, de un artículo en el que analiza «El servicio Médico de Guardia en el Hospital de la Marina de Cartagena» en 1904, y en la invención y descripción al año siguiente de «Un nuevo modelo de mesa operatoria para los usos de la Cirugía Naval y de Campaña».

Fue el fundador y Director del Hospital de la Cruz Roja de Cartagena, en 1922. Obtuvo la Medalla de Plata de la Cruz Roja, por su dedicación a la Institución, en marzo de 1911, y la Medalla de Oro en 1919; por su heroico comportamiento durante la inundación sufrida en Cartagena el 29 de septiembre de 1919, en la que salvó a toda la comunidad de religiosas de las Siervas de Jesús de las aguas con riesgo de su propia vida, se le concedió la Gran Cruz de la Beneficencia en febrero de 1921.

Desempeñó el cargo de Subdelegado de Medicina, en Cartagena, desde 1905. Fue además Vocal de la Junta Local de Sanidad en 1912 y Vicepresidente de la misma, reelegido por dos veces, entre 1914 y 1923. Vocal representante de Cartagena, en la Junta Directiva del Colegio de Médicos de Murcia, a partir de enero de 1918. En 1919, es nombrado Académico Correspondiente de la Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, así como de la Real Academia de Medicina de Madrid. Fue socio numerario de la Academia Médico Quirúrgica de Madrid y de la Academia de Dermatología y Sifilografía.

Fundador y director, junto con el Dr. Navas de San Juan, de la revista médica publicada en Cartagena, en noviembre de 1916 «Revista de Medicina», en la cual colaboró activamente con

múltiples artículos y trabajos diversos. Fue así mismo cofundador de la «Asociación Médica y Farmacéutica de Cartagena y La Unión» en cuya Junta Directiva desempeñó el cargo de tesorero desde su fundación hasta 1918.

Destacó en la lucha antituberculosa; elegido Vocal del Patronato Antituberculoso de Cartagena desde su fundación en 1908, asistió como representante del mismo a todos los Congresos realizados en España desde esa fecha, y amplió conocimientos sobre esta enfermedad en París. Fue el descubridor, junto con el Dr. D. Pedro Mayoral, de Madrid, de una vacuna antituberculosa de administración por vía endotraqueal. (2) Fue, también, el primer médico de la región que realizó un pneumotorax artificial para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Destacó por su preocupación por los problemas de la Sanidad Local con estudios sobre la calidad del agua de Cartagena, y la realización de un proyecto para su abastecimiento en la ciudad (Junta de Sanidad, 1916) y sobre las matanzas y distribución de carnes en la población y término municipal de Cartagena (1915). Trabajó especialmente sobre el control de las epidemias y su aislamiento (1916); sobre el tratamiento de las triquinosis en la epidemia de 1914 de El Algar (Sociedad de Biología, 1914), en el de inyecciones intravenosas de sublimado en el de las Fiebres de Malta (Congreso de la Ciencias de Sevilla, 1917) y el de la fiebre tifoidea y enfermedades de su grupo con el empleo sistemático de las inyecciones de alcanfor (Revista de Medicina, 1917).

Entre sus publicaciones, con más de cincuenta trabajos editados, destaca su libro Septicemia gripal «Estudio clínico y terapéutico de la enfermedad pandémica conocida con el nombre de gripe española y desarrollada en Europa durante la segunda mitad del año 1918», de cuatrocientas páginas en octava, editado por la Sociedad Levantina de las Artes Gráficas, en Cartagena, en enero de 1919. Por la misma editorial lo fueron también sus monografías: «Nuevo método de tratamiento de la blenorragia uretral» en 1917, que tuvo gran resonancia y de la que se agotó la edición rápidamente, «Tratamiento térmico de las uretritis» y «Colección completa de diagramas para usos clínicos»

De entre una docena de publicaciones sobre la enfermedad tuberculosa, desde el año 1908, destaca «La lucha tuberculosa en España» y «La campaña antituberculosa en Cartagena», así como aportaciones al primer Congreso Nacional de tuberculosis, celebrado en Madrid, en 1909, y en la revista de la Cruz Roja, en 1915, «El dispensario antituberculoso». En la «Revista de Medicina» de Cartagena en 1917, publica «La tuberculosis en Cartagena» y en «Estudios Médicos» de Murcia,

en 1929, «Estadística de la tuberculosis en Cartagena y su término municipal desde el año 1915 a 1928». Y en los "Progresos de la Clínica" de Madrid, en 1929, «Seis casos de tuberculosis pulmonar».

Dentro de sus trabajos, resaltan los referidos a la especialidad de venereología y, entre ellos, los relativos al estudio de la patología gonocócica y las repercusiones urológicas secundarias a aquella, como las estenosis uretrales y las prostatitis gonocócicas: «El empleo de los antisépticos combinado en el tratamiento de la blenorragia» (Revista Clínica de Urología y de Cirugía Génitourinaria, 1914), «Historia clínica de dos casos de pólipos del veru montanun, curados con ayuda del uretroscopio: sus síntomas y tratamiento» (Revista Clínica de Urología y Cirugía génitourinaria, 1915). Fue el inventor, en colaboración con el ingeniero M. Córdova, de una bujía electro-térmica, patentada con el nombre de «Aparato calorificador uretral» para el tratamiento de la blenorragia uretral, y presentada en el Congreso para el Progreso de las Ciencias celebrado en Sevilla, en mayo de 1917; su descripción y utilidad fueron publicados en forma de monografía. Fue así mismo el descubridor de una vacuna antigonocócica, semejante a la elaborada por el Dr. Nicolle de Túnez, descrita y publicada en sus trabajos «La vacunación opsonígena de Wrigth empleada en la infección gonocócica» y «Cincuenta y cuatro casos de gonococia tratados por las vacunas gono-diplocócicas de Nicolle» en 1914. En la "Revista de Medicina" de Cartagena publica en 1917, un artículo sobre el «Estado actual de la vacuna antigonocócica»

Fue uno de los primeros médicos españoles en utilizar los preparados arseniobenzoicos del Profesor Erlich en el tratamiento de la sífilis, con una estadística de 3.000 casos tratados y comunicados a la Academia Nacional de Sifiliografía. En 1911, publicó en Bruselas "El Salvarsán en las clínicas francesas y belgas", en Actas Dermosifiliográficas de Madrid, en el mismo año, "Descripción de un nuevo aparato y técnica para la aplicación de las inyecciones intravenosas del Salvarsán" y en 1914, en dicha revista, "Mi técnica de las inyecciones intravenosas de Salvarsán. Resultados de la misma en más de 1.000 inyecciones practicadas hasta la fecha", "Tratamiento del Fagedenismo chancroso" y "Salvarsán y Neosalvarsán, resultados comparativos" publicado en 1915, como así mismo "Lesiones sifilíticas

terciarias en la laringe".

Tradujo del inglés, para la "Revista de Medicina" de Cartagena en 1917 el artículo "La reacción de Warsserman en sus aplicaciones al diagnóstico y tratamiento de la sífilis".

Como vemos fue un infatigable trabajador, entregado con pasión a todos los temas que tocaba, investigando, estudiando e innovando con métodos y procederes que asimilaba de sus lecturas y de sus viajes de estudios y que, con su privilegiada inteligencia, sabía aplicar de un modo preciso y eficaz. En su vivienda de Cartagena, cercana a su clínica de la calle Honda, disponía de una amplia biblioteca, era la pieza fundamental, anaqueles repletos de libros de medicina hasta el techo, con los autores más importantes del momento en todas las disciplinas en las que se interesaba, las revistas médicas de la época cuidadosamente encuadradas... Hemos podido disfrutar con su contemplación y de su contenido, gracias a la amabilidad de sus hijas que continúan viviendo en la casa y conservan con todo cariño las pertenencias de su padre.

Encontramos de temas urológicos: "Lecciones Clínicas sobre las enfermedades de las vías urinarias" en tres tomos, del profesor Guyón, de 1903; la "Técnica quirúrgica" en dos tomos de G. Marión, edición de 1924; la "Técnica operatoria de Doyen" de 1908, en 5 tomos; el "Tratado de las enfermedades de las vías urinarias" de Desnos de 1909; del español Alberto Suárez de Mendoza, Catedrático de Medicina en Madrid, su tratado de "Enfermedades de las Vías Urinarias" de 1908; así hasta un total de unos quince entre tratados y libros todos ellos urológicos, amén de tratados de cirugía general y un sin fin de libros médicos de otras ramas. Dentro del apartado de revistas encontramos las "Conferencias Clínicas de Urología" publicadas mensualmente por el Dr. Pérez Grande, de Madrid, desde el primer número de enero de 1911; el volumen de la "Primera Reunión de la Asociación Española de Urología" recogida por Carlos Negrete, la "Revista Clínica de Urología y Cirugía Génitourinaria", y las revistas médicas murcianas "Estudios Médicos" y "Murcia Médica" así como Revistas de Dermatología y Venereología, "Los progresos de la clínica", "Revista clínica de Madrid", etc.

Se casó en 1908 con Da. Ángela Más Gilaber, cartagenera, con la que tuvo seis hijos. Falleció en esta misma ciudad en 1931, a los 49 años de edad, como consecuencia de una hemorragia cerebral.

#### Bibliografía:

- 1.- Vacunoterapia y seroterapia en la gonococia. R. Mollá. La Gaceta médica de Murcia. VIII, 88: (169-178), julio de 1914.
- 2.- Noticias Médicas. Nº 42, junio de 1929

# CONVOCATORIA DEL PREMIO «SALVADOR PASCUAL» 1998 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 de la primera 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 Científicas o de Trabajo de la misma, de cada año, con arreglo a las siguientes bases:

1º.- Podrán optar todos los médicos en periodo de formación urológica por el sistema MIR, y los poseedores del título de especialista en Urología con menos de 10 años.

2º.- El premio se entregará 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 un mes, 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. Los miembros del jurado no podrán optar al premio.

6º.- El Autor del trabajo debe ser miembro de la Asociación Española de Urología o de cualquiera de las Asociaciones Urológicas Autonómicas, y estar al corriente del pago de la cuota correspondiente.

7º.- El premio consiste en un diploma acreditativo y en una asignación económica, establecida para el año 1998, en cien mil ptas.

8º.- 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.

## RELACIÓN DE NUEVOS SOCIOS:

Por un error involuntario en la relación de Socios Fundadores aparecida en el número anterior del Boletín se omitió el del Dr. Antonio Romero Hoyuela, al cual le pedimos disculpas.

Socios de Número:

Nº SOCIO

46	María José Monte Díaz	52	José Antonio Nicolás Torralba
47	Bernardino Miñana López	53	Vicente Bañón Pérez
48	Tomás Fernández Aparicio	54	Andrés Sempere Gutiérrez
49	Pablo Luis Guzmán Martínez Vaus	55	Jacinto Navas Pastor
50	Carlos García Espona	56	Juan Pedro Morga Egea
51	Oleg Santa María		