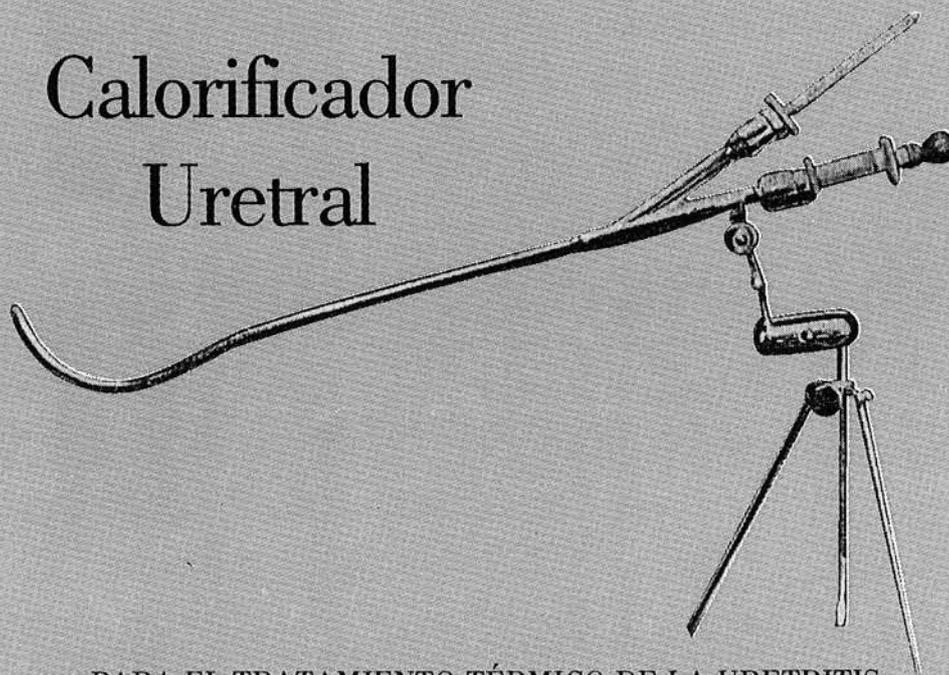




BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

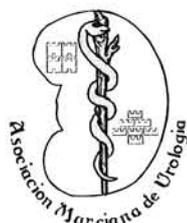
Calorificador
Uretral



PARA EL TRATAMIENTO TÉRMICO DE LA URETRITIS

Año III - Nº 3 MURCIA octubre 1998

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

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Imprime:

Gráficas TEMPLADO

Dep. Legal: MU-1906 -98

Seguimos adelante. La Asociación Murciana de Urología mantiene una buena línea de actuación científica y de colaboración tanto con las demás Asociaciones Médicas Murcianas de las distintas especialidades como con el resto de las Asociaciones Urológicas de otras Comunidades, especialmente con las vecinas; son constantes los intercambios de notas, invitaciones, ofrecimientos e información de eventos tanto científicos como personales.

Prueba del nivel logrado durante este curso es el premio al mejor trabajo original obtenido por la Sección de Andrología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" y el segundo premio ganado por los compañeros del Hospital General Universitario al mejor caso clínico, publicados ambos durante el año en la revista "Actas Urológicas" a igualmente la obtención del Grado de Doctor por cuatro de los socios de la Asociación, así como el número de Comunicaciones presentadas en los diversos Congresos y los trabajos publicados; todo lo cual nos da idea de la capacidad de trabajo y de los deseos de superación de los urólogos de la A.M.U. cuya juventud es una de las notas dominantes. Al estar todos los urólogos adscritos a algún centro hospitalario, desaparecidos prácticamente los cupos quirúrgicos, nos encontramos con que los Hospitales con Docencia marcan el ritmo del trabajo intelectual; el resto de los hospitales, con menor plantilla, y abrumados por la labor asistencial, atienden en menor medida esta faceta de su formación.

La conclusión del trabajo sobre la situación de la Urología Murciana nos da un número de profesionales acorde con la población que hay que atender, con un desfase en cuanto a la distribución: pocos urólogos en los centros comarcales y una excesiva concentración en la capital. El utillaje urológico con el que se cuenta en los Hospitales es bueno y adecuado y encontramos una actividad de trabajo fundamentalmente quirúrgica en línea con los demás centros del país, por lo que podemos concluir con que la calidad de la atención urológica en la Comunidad Murciana alcanza un grado notable.

Todo ello nos anima a proseguir en nuestra tarea de ser el vehículo de unión que acoja a todos los urólogos murcianos así como el portavoz de todas sus inquietudes

La Junta Directiva

Sumario

Editorial	1
Actos científicos realizados y auspiciados por la A.M.U. durante el curso 1997 - 1998.	3
Actividades previstas para 1999.	5
III Congreso de la A.M.U. Lorca, octubre de 1998.	6
XXXVII Congreso de las Asociaciones de Urología de Valencia y Murcia. Gandía, febrero de 1998.	12
Trabajo ganador del "Premio Salvador Pascual 1998".	20
Recordando al Dr. D. Ramón Sánchez Parra	25
Aparato calorificador uretral del Dr. Sánchez del Val.	26
Figuras de la Urología Murciana: Dr. D. José Meseguer Huertos.	35
Convocatoria del "Premio Salvador Pascual 1999".	39
Noticias.	40

ACTOS CIENTÍFICOS REALIZADOS Y AUSPICIADOS POR LA A.M.U. DURANTE EL CURSO 1997 - 1998

III Congreso de la Asociación Murciana de Urología. Lorca, 25 de octubre de 1997

Organizado por los urólogos del Hospital "Rafael Méndez",
Dr. D. Ramón La Iglesia y Dra. Dña. M^a José Montes

XXXII Congreso de las Asociaciones de Urología de Valencia y Murcia. Gandía, 27 y 28 de febrero de 1998

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital de Gandía (Valencia) y celebrado en el Hotel Bayren-Playa. La inauguración del Congreso tuvo como marco extraordinario el Salón de Corona del Palacio Ducal de Gandía.

Con el tema "Patología médica y quirúrgica del

pene" se presentó un total de 77 Comunicaciones, que fueron leídas distribuidas por temas, en dos salas simultáneas, a lo largo de toda la tarde del día 27 y la mañana del 28. La asistencia de los miembros de la A.M.U. fue nutrida, prácticamente la mitad de sus miembros, con la presentación de 12 trabajos.

Curso de Formación continuada en "Urología Práctica" dirigido a médicos de Atención Primaria. Murcia Febrero de 1998

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" y el Departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de la Facultad de Medicina de Murcia, bajo el patrocinio del Servicio de Promoción Educativa de la Universidad de Murcia y dirigido por el Dr. Pérez Albacete. Se celebró en el Colegio de Médicos de Murcia dos días por semana, durante el mes de febrero. Se abordaron ocho temas, con cuatro ponencias cada una, sobre sintomatología e infección urinaria, patología renal, patología vesical, tumor urotelial, patología prostática, patología peneana y del contenido escrotal, disfunción eréctil e infertilidad

masculina. Se pretendió realizar una puesta al día de los médicos de familia sobre los temas fundamentales de la Urología con un aspecto eminentemente práctico; se complementó con dos sesiones de casos clínicos y proyecciones de vídeo, desarrolladas todas ellas por un profesorado formado en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" o perteneciente a él. Tuvo una nutrida asistencia fundamentalmente de médicos que, una vez aprobado el examen MIR, se encontraban en espera de incorporarse a sus respectivos hospitales para iniciar su formación.

II Reunión del Grupo de Trabajo de Urólogos en Formación. Murcia, 3 y 4 de abril de 1998.

El Dr. Ferrero Doria, médico residente de Urología, de quinto año, en el Hospital General Universitario de Murcia, propuso como sede de la II Reunión del Grupo de Trabajo de la Asociación Española de Urología de Urólogos en Formación, nuestra ciudad. Dicha reunión se celebró en el Hotel Amistad, de Murcia, con la asistencia de las principales figuras de la urología nacional: Dr. Martínez Piñero, quien habló de la "Cirugía uretral", el Dr. Jiménez Cruz, sobre "Infecciones y cirugía urológica", Dr. Solé Balcells, acerca de la "Cirugía retroperitoneal"; el Dr. Valdivia abordó el tema de la

"Cirugía percutánea renal" y el Dr. Leiva, el de la "Nefrectomía parcial por tumor". El Dr. Villavicencio moderó una mesa redonda sobre "Cáncer de testículo" y el Dr. Arrabal sobre la "Evaluación metabólica de la litiasis" desarrolladas ambas por los médicos residentes, y en las cuales participaron el Dr. Guzmán y el Dr. Asensio como representantes de nuestra comunidad. Fueron seguidas de una interesante conferencia del Dr. Bobenrieth acerca de "Cómo escribir artículos científicos" finalizando con dos talleres de trabajo sobre litiasis el uno y estudio de la disfunción eréctil, el último.

V Reunión de Residentes de Urología de las Comunidades Valenciana y Murciana. Cuenca, 24 y 25 de abril de 1998.

Organizada por la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y con el auspicio de la A. M. U. se celebró en Cuenca, en el hotel Alfonso VIII, los días 24 y 25 de abril de 1998, esta reunión cuyo fundamento es el ampliar la formación urológica de los médicos residentes de los diversos hospitales de ambas Comunidades; ellos mismos eligen los temas que se van a desarrollar así como los ponentes, el conferenciante, etc. bajo la supervisión actualmente del Dr. Gil Salón, coordinador científico de la junta

directiva de la Asociación valenciana.

Sobre el tema de Infección Urinaria participaron ocho ponentes de los que fueron los Drs. V. Bañón con "Infección urinaria en el embarazo" y J. García Liger con "Tuberculosis génito urinaria" los representantes de los residentes de nuestra Comunidad. Participaron además el Dr. D. Guillermo Gómez como moderador de una de las mesas y el Dr. Server Pastor como ponente en la mesa redonda sobre "Profilaxis infecciosa en cirugía urológica".

I Jornadas de Vídeo Cirugía en Murcia. La Manga del Mar Menor. 22 y 23 de mayo de 1998.

Organizada por la A. M. U. y con el patrocinio de los laboratorios M S D, se celebró en el hotel Príncipe Felipe del complejo Hyatt de la Manga, con la participación de los urólogos de Castilla la Mancha, Valencia y Murcia. En dos jornadas se presentaron 23 vídeos sobre temas quirúrgicos de las dos ponencias que se iban a debatir: "Incontinencia urinaria" y "Endourología" se-

guido el primero por una mesa redonda moderada por el Dr. Martínez Agulló. Como conferenciante, el Dr. David Castro Díaz, expuso el tema "Tratamiento de la HBP basado en la evidencia". Cerró el acto el Profesor Marco Bitker del grupo hospitalario Pitié-Salpêtrière de París, quien disertó sobre el "Síndrome uretral en el varón. Prostatodinia. Estado actual."

Presentación del Curso de "Actualización en Andrología" Murcia Junio de 1998

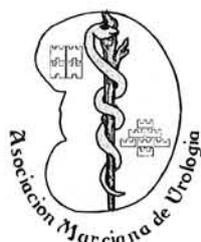
Realizado bajo los auspicios de la Asociación Española de Urología y la Asociación Española de Andrología, dirigido por el Dr. Rodríguez Vela con el patrocinio de laboratorios Pfizer Se celebró en Murcia, el 30 de Junio en los salones del Hotel Rincón de Pepe. La presentación de la obra estuvo a cargo del

Dr. Pérez Albacete y la exposición de un caso clínico andrológico la realizó el Dr. Server Pastor, los cuales junto con el Dr. López Cubillana han participado en la realización de la obra, en representación de la comunidad murciana.

VI Reunión de Residentes de Urología de las Comunidades Valenciana y Murciana. Elche 17 de Octubre de 1998.

Organizada por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Elche, bajo el auspicio de las Asociaciones de Urología de la Comunidad Valenciana y de la Murciana dirigido por el Dr. García López se desarrollaron dos mesas de trabajo, la primera moderada por el Dr. Moreno Barrachina a cerca de los "Aspec-

tos técnicos de la RTU" en la cual participó el Dr. Rigabert, como representante del Hospital "Virgen de la Arrixaca" y la segunda moderada por el Dr. Guardiola Más sobre "Indicaciones y técnica de la ureterorrenoscopia". Seguido por la tarde de una presentación de "Casos Clínicos".



ACTIVIDADES PREVISTAS PARA 1999

XXXIII Congreso de Urología de las Asociaciones de las Comunidades de Valencia y Murcia.

Organizado por el Hospital de Denia, se celebrará los días 27 y 28 de febrero con el tema "Infecciones urológicas incluida la gonocócica"

Curso monográfico del Doctorado " Avances en Urología"

Organizado por el Departamento de Cirugía, Pediatría y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia y el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" y con la colaboración de varios profesores invitados, abordará los temas "Tumor de urotelio", "Disfunción eréctil" e "Infertilidad masculina", durante el mes de mayo.

Jornada Urológica en Palma de Mallorca.

Organizado por la Asociación Balear de Urología con el auspicio de las Asociaciones de Urología Murciana y Valenciana. Tendrá lugar en el mes de junio

IV Congreso de la Asociación Murciana de Urología.

Se celebrará los días 22 y 23 de octubre de 1999, en Cartagena; organizado por el Servicio de Urología del Hospital Naval del Mediterráneo.

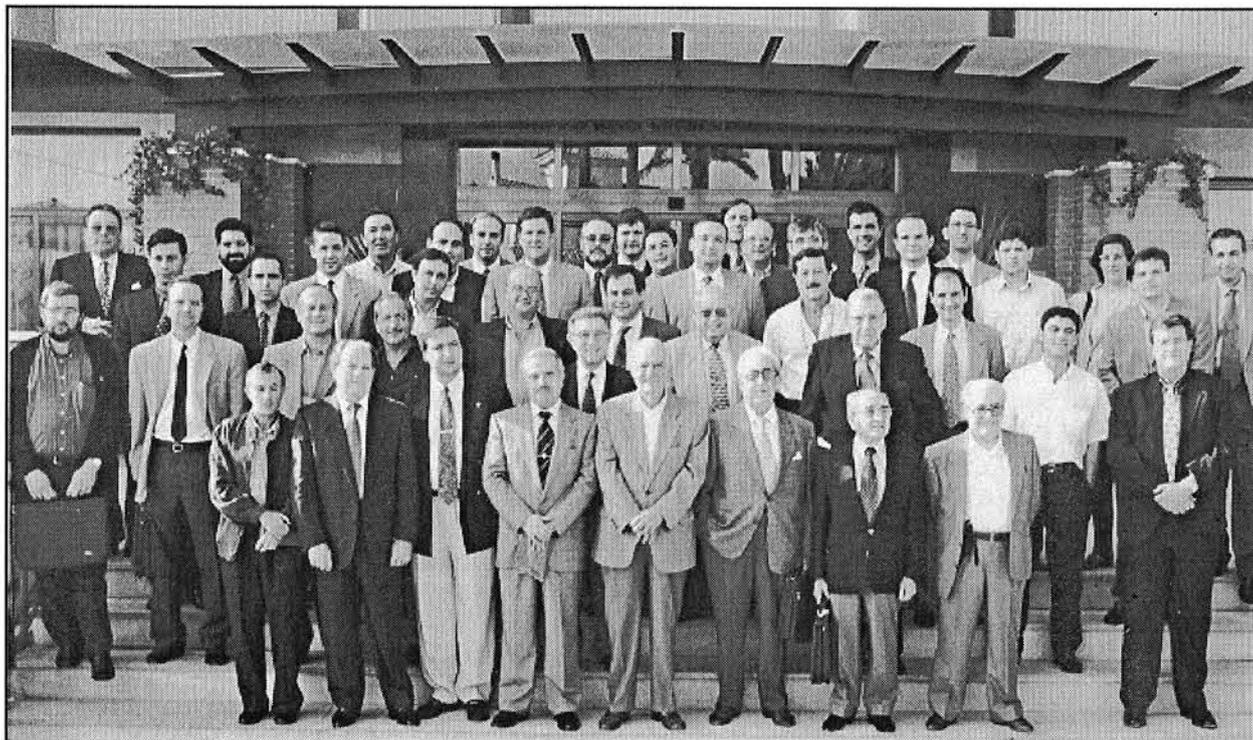


**III REUNIÓN DE
TRABAJO DE LA
ASOCIACIÓN MURCIANA
DE UROLOGÍA**

PROGRAMA DE ACTOS

Lorca, 25 de Octubre 1997

Hotel Jardines de Lorca
Alameda Rafael Méndez, s/n.



Queridos amigos:

Como recordareis, el pasado día 25 de Octubre de 1997, tuvimos la ocasión de celebrar nuestra III Reunión de Trabajo de la Asociación Murciana de Urología en la ciudad de Lorca.

Para nosotros, encargados de la organización de la misma fue una gran ilusión el poder contar con la presencia numerosa de todos vosotros, ya que prácticamente todos los compañeros en ejercicio estuvieron presentes.

El día comenzó con una pequeña recepción a los asistentes, comenzando posteriormente el desarrollo de las comunicaciones libres que se estructuraron atendiendo al sistema urinario alto durante la mañana, con una participación importante por parte de todos los Hospitales de la Comunidad y por la tarde se atendió a la patología urológica inferior.

Durante cada presentación de los casos aportados por los asistentes se abrió como es costumbre un cuadro de diálogo que fue bastante participativo, donde se expusieron las opiniones y experiencias de los distintos asistentes.

Al finalizar las comunicaciones tuvo lugar una Conferencia Magistral por parte del Profesor D. Armando Zuluaga Gómez, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Clínico Universitario San Cecilio de Granada, con un tema muy apasionante y de plena actualidad, como fue hablar del Estudio del Retroperitoneo y la presencia de Tumores Raros del mismo, que fue tratada con la maestría que solo puede dar un Profesor de Universidad.

Para mi, fue un día entrañable, no solo por poder contar con la presencia del Dr. Zuluaga, que fue la persona que me puso en contacto con la Urología y con el que compartí muchas horas de trabajo, sino también porque junto con mi compañera la Dra. Montes, tratamos de poner toda nuestra ilusión en la organización de la Jornada. Si lo conseguimos, nos alegramos de verdad, si no lo conseguimos, prometemos hacerlo mejor la próxima vez que tengamos el honor de organizarlo.

No me queda más que agradecer todas vuestras participaciones que enriquecieron la buena armonía que preside nuestra Asociación, y emplazaros a seguir participando en la próxima Reunión que se organizará por parte del Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer de Murcia.

Un cordial saludo.

Dr. La Iglesia - Dra. Montes

ANGIOMIOLIPOMA RENAL COMO URGENCIA UROLOGICA

Dr. La Iglesia. Dra. Montes.

Servicio de Urología. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

INTRODUCCION:

Presentamos un caso de Angiomiolipoma renal diagnosticado postoperatoriamente, y que fue caso de Urgencia Vital en enferma ingresado por cuadro de abdomen agudo inespecífico en el Servicio de Ginecología de nuestro Hospital.

CASO CLINICO:

Paciente que acude a Urgencia por dolor abdominal agudo y cuadro de shock. Con diagnóstico de Hemoperitoneo de posible origen tubárico se practica Laparotomía exploradora, encontrando un gran Hemoperitoneo procedente de espacio subfrénico derecho. Una vez comprobado la integridad del bazo e

hígado se consulta con nuestro servicio procediendo a la apertura del retroperitoneo derecho, encontrando una gran destrucción de tejido renal y una gran colección hemática y tumoral. Se procede al clamping de pedículo renal cesando fulminantemente la hemorragia aguda.

La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los ocho días, recibiendo posteriormente el diagnóstico anatómopatológico de Angiomiolipoma renal.

COMENTARIO: El Angiomiolipoma renal es otra causa de Urgencia Urológica que siempre debe tenerse presente ante un cuadro de abdomen agudo.

MANEJO DE LA UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN EMBARAZADAS

Drs. Bañón Pérez VJ, Asensio Egea L.J, Rigabert Montiel M,

Nicolás Torralba JA, Valdevira P, Server G, López Cubillana P, Pérez Albacete M.

Servicio de Urología Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca»

Presentamos una revisión de los últimos tres años de 38 mujeres, que durante algún momento de su gestación presentaron un cuadro de hidronefrosis sintomático que precisó de tratamiento. El intervalo de edad de las mismas va de los 19 a los 36 años, con una edad media de 30,5 años. La mayoría de estos cuadros acontecieron durante la primera y segunda gestación (18 y 12 casos), seguidos de la tercera gestación (6 casos) y más de tres (2 casos). Dentro del periodo gestacional, la hidronefrosis sintomática se presentó con mayor frecuencia durante el segundo y tercer trimestre (14 y 20 casos), hecho este que puede relacionarse con una compresión ureteral por el útero grávido en crecimiento y la dilatación de las venas ováricas (1).

El motivo de consulta más frecuente fue el de hidronefrosis acompañada de cólico nefrítico mantenido (23 casos, 60,5%), seguido en orden decreciente de frecuencia de: hidronefrosis con cólicos nefríticos de repetición (8 casos, 21%), hidronefrosis más fiebre (5 casos, 13%), hidronefrosis más oligoanuria (1 caso, 2,63%) e hidronefrosis con masa abdominal (1 caso, 2,63%).

La valoración urológica de estas pacientes se realizó mediante: la Anamnesis detallada.

2' Análisis completa con sedimento y cultivo de orina.

3' Ecografía abdominal, comparando con el lado no afecto a fin de diferenciar la dilatación del tracto urinario fisiológica de la dilatación patológica.

4' Exploraciones radiológicas, que se realizan en determinadas situaciones, para lo cual se deben tomar una serie de precauciones como: restringir la dosis de irradiación, limitar el número de disparos y con medidas protectoras del feto (2, 3).

Resultados.

Del total de mujeres gestantes que consultaron con nuestro servicio, 32 gestantes (84,2%) presentaban en el momento de la consulta dolor lumbar. En 5 de ellas se pudo objetivar fiebre. 18 gestantes presentaban clínica de irritación vesical. En 15 se objetivó sedimento urinario patológico. El resultado de los cultivos fue: E. coli + en 8 pacientes y Proteus mirabilis + en 2. En el estudio ecográfico (tabla 2) se evidenció una predominancia del riñón derecho en los casos de hidronefrosis (26 casos, 68,4%), con una discreta o moderada dilatación en la mayoría de los casos. En tres casos (7,9%) esta fue bilateral. En una de las pacientes durante la exploración ecográfica se puso de manifiesto la presencia de un absceso renal izquierdo que precisó de drenaje. En 7 pacientes se objetivó la existencia de litiasis, 4 de las cuales comprometían claramente el drenaje urinario.

El tratamiento aplicado fue conservador en 27 pacientes (71%), mediante analgesia y antibioticoterapia. En 10 pacientes (26,3%) fue necesario la colocación de catéter ureteral doble J. En 9 casos por persistencia de la clínica a pesar del tratamiento conservador (4 de ellos con visualización

ecográfica de litiasis impactada, 2 en UPU y 2 en ureter proximal y en los 5 restantes por compresión extrínseca uterina) y en 1 caso por insuficiencia renal (oligoanuria y creatinina de 5,6 mg/dl) en paciente monorrena quirúrgica con antecedentes de cistinuria. Siempre y previo a la manipulación urológica se debe llevar a cabo una correcta profilaxis antibiótica. El tiempo de permanencia del catéter ureteral osciló entre las tres y las diez semanas, con una media de seis semanas. Sólo en 3 pacientes (7,9%) se tuvo que recurrir a la realización de una nefrostomía percutánea, en 2 de ellas por obstrucción de catéter ureteral con imposibilidad para su recolocación y en un caso por estenosis de la unión pieloureteral. En una de las pacientes que presentaba absceso en ríñon izquierdo fue preciso la realización de punción drenaje bajo control ecográfico del mismo, drenándose una cantidad aproximada de 150 ml de material purulento, cuyo cultivo fue positivo a *Proteus mirabilis* que se trató con Amoxicilina+clavulánico durante dos semanas (tabla 3).

Seguimiento.

Se realizó mediante:

-Sedimento urinario y cultivo de orina tras la manipulación y con una periodicidad quincenal.

-Ecografía control tras la manipulación y con una periodicidad mensual, donde se objetivó una clara mejoría de la dilatación del tracto urinario superior tras el cateterismo ureteral en 6 casos (60%).

-Estudios radiológicos, en determinadas situaciones y tomando las medidas de seguridad necesarias.

En tres pacientes (7,9%) la gestación no llegó a término (33,5 semanas de media) debiendo inducirse la misma por la presencia de sepsis de origen urinario en un caso (2,63%) y por desencadenamiento del parto en dos casos (5,26%).

Conclusiones.

La dilatación aguda del tracto urinario superior durante el embarazo es una causa frecuente de cólicos renales e infección del tracto urinario pudiendo provocar en raras ocasiones una insuficiencia renal (4). El tratamiento de la uropatía obstructiva durante la gestación debe ser individualizado y debe basarse en el grado de obstrucción, presencia o no de infección urmana, grado de función renal, fiebre, condiciones generales de la paciente y periodo gestacional.

En las pacientes con hidronefrosis sintomático que no responden a tratamiento conservador, el cateterismo ureteral mediante colocación de catéter ureteral doble J 51 se ha mostrado como un método eficaz, sencillo y seguro (5). Comparado con la punción nefrostomía de entrada supone un ahorro económico y un menor índice de complicaciones. Sólo para aquellos casos en los que el cateterismo ureteral resulta imposible de realizar, llevamos a cabo la nefrostomía percutánea, que aunque es un procedimiento más agresivo, resulta ser un eficaz método de drenaje de la vía urinaria.

BIOPSIA PROSTATICA. REVISION DE 181 CASOS.

Dres. José A. Nicolás; Lucas Asensio; Mariano Rigabert; Vicente Bañón;
Pedro López Cubillana ; Mariano Pérez Albacele.

Hemos revisado 181 biopsias prostáticas realizadas en nuestro Servicio en los últimos 30 meses. En 133 de los pacientes biopsiados había un tacto rectal positivo, un PSA > 10 ng/mL o ambas cosas; los otros 48 tenían PSA de 4 a 10 ng/mL más nódulo hipoecóico en ecografía transrectal o PSAD > 0.15. En todos los casos se realizó biopsia transrectal ecodirigida tomando 2 ó 3 cilindros de cada lóbulo más 1 ó 2 cilindros adicionales de las áreas sospechosas.

RESULTADOS.

Entre las 181 biopsias realizadas, 65 fueron positivas para cáncer. La rentabilidad global del protocolo en términos de número de biopsias realizadas por cáncer diagnosticado (Índice n° BICa), fue muy bueno pues se diagnosticó un caso de cáncer de cada tres pacientes biopsiados (n° BICa=2.78). Sin embargo, el análisis más detallado de los datos nos permitió diferenciar dos grupos de pacientes entre los cuales la rentabilidad del protocolo fue muy distinta:

Grupo I 133 pacientes con tacto rectal sospechoso y/o PSA > 10 ng/mL.

Grupo II 48 pacientes con tacto rectal negativo y PSA < 10 ng/mL.

De los 65 tumores diagnosticados, 60 (93%) se

hallaron en el grupo 1, lo que proporciona una rentabilidad muy importante, con un índice n° BICa= 2.2. Los restantes 5 tumores se hallaron en el grupo 11, en el cual la biopsia resultó escasamente rentable, con un índice n° BICa= 9.6. Con el fin de mejorar la especificidad diagnóstica en este grupo se han utilizado la ecografía transrectal y la PSAD como métodos para seleccionar qué pacientes deben ser biopsiados. Nosotros hallamos en nuestra experiencia que la ecografía transrectal fue poco útil ya que, entre los pacientes del grupo 11 con nódulo hipoecóico, obtuvimos un índice n° BICa= 7. Por el contrario, la PSAD > 0.15 ofreció una sensibilidad del 80% con un valor predictivo positivo del 70%, lo que hubiera permitido diagnosticar al menos 3 de los 5 tumores dentro del grupo 11 con un índice n° BICa=3.

CONCLUSION.

En nuestra experiencia, la biopsia prostática a los pacientes con tacto rectal sospechoso o PSA > 10 ng/mL o PSA = 4-10 ng/mL con PSAD > 0.15 ofrece una rentabilidad diagnóstica muy aceptable. La ecografía transrectal no es un buen método de selección para biopsia, encontrando su mejor uso como medio para realizar la biopsia sextante.

CARCINOMA INCIDENTAL DE PROSTATA TRAS ADENOMECTOMIA ABIERTA

María José Montes Díaz, Ramón La Iglesia Cabrerizo, Rosario Guerao Ramírez, Carmen Montes Clavero*
Servicio de Urología - (*) Servicio de Anatomía Patológica (Hospital Rafael Méndez, Lorca)*

INTRODUCCION

El carcinoma incidental prostático (estadío A), está localizado en la próstata, clínicamente es insospechado, no es palpable al tacto rectal y se encuentra de forma incidental tras prostatectomía por HBP (transuretral o abierta), se caracteriza por ser la mayoría de bajo grado y pequeño tamaño, el PSA frecuentemente es normal, y se originan en el 90% en la zona de transición. Se clasifica como A1 cuando hay presencia de tumor en 1 cc o menos de volumen resecado y son bien diferenciados. El estadío A2 se considera cuando hay presencia de tumor en más de 1 cc de volumen y/o grado alto de indiferenciación. En estudios previos se ha encontrado una incidencia global del CP en pacientes sometidos a cirugía por HBP que oscila entre 3,51% - 25% (en nuestro medio se ha reportado un 4% correspondiendo el 6% - 25% a fragmentos de RTU y el 6% - 12,6% en piezas de adenomectomía.

El índice de progresión para la enfermedad no tratada es del 2% - 6% en el estadío A1, sin embargo en el subgrupo de pacientes menores de 60 años, debido a una mayor expectativa de vida, se ha encontrado un 27% de progresión. Para el estadío A2 el índice de progresión es del 16% - 56%. El tiempo medio de progresión es de 17 años para el estadío A1 y de 5 años para el estadío A2. El índice de mortalidad es del 1% - 2% para el estadío A1 y del 15% - 25% para el estadío A2.

La Neoplasia intraepitelial prostática (PIN) es una lesión considerada como precursora del adenocarcinoma infiltrante, fundamentalmente el PIN de alto grado, que se encuentra con mucha mayor frecuencia en próstatas con cáncer que en próstatas sin evidencia de malignidad. El hallazgo de PIN de alto grado no es indicativo de tratamiento pero si de seguimiento en busca de un probable carcinoma concomitante o subsecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 452 varones con el diagnóstico de HBP, a los que se les realizó adenomectomía abierta entre 1990 - 1997.

En el estudio se analizaron entre 10 y 15 cortes según el tamaño de la pieza. Se realizaron cortes múltiples adicionales de las zonas o malignas para determinar el volumen. Se valoró el grado de diferenciación según el sistema Gleason y la presencia de lesiones asociadas (HAA y PIN).

RESULTADOS

De los 452 varones sometidos a adenomectomía abierta por HBP hemos encontrado adenocarcinoma de próstata insospechado en el examen patológico de la pieza en 41 pacientes (90%). El tumor era estadío A1 en 21 pacientes (51%) y estadío A2 en 20 pacientes

(49%). La edad de los pacientes estaba comprendida entre 45 y 83 años (media de 72 años).

Analizando el grado de diferenciación según el sistema Gleason encontramos que en 27 pacientes (66%) se trataba de un CP bien diferenciado, de éstos la mayoría (74%) eran estadíos A1. El 34% de los pacientes tenían un CP moderadamente diferenciado, siendo la mayoría estadío A2 (79%) Sólo existía afectación del límite quirúrgico en el 24% de iOs casos y todos eran estadío A2.

Existía presencia de PIN en el 34% de todos los tumores, siendo en el 85% de los casos de alto grado, no hemos encontrado diferencias entre estadíos. Analizamos la presencia de PIN en el conjunto total de los pacientes sometidos a adenomectomía, Y globalmente aparece PIN de alto grado en el (8,6%) que se encuentra asociado con mayor frecuencia al carcinoma de próstata incidental (29%), mientras que en las próstatas sin evidencia de malignidad se encontró en el 6,6%

Aparecieron otros tumores incidentales, como es el caso de un carcinoma urotelial prostático, un rabdomiosarcoma y un leiomioma.

Considerando las próstatas con hiperplasia nodular fibroadenomatosas, sin evidencia de malignidad, hemos encontrado que el 70% mostraban hiperplasia típica, presentándose los siguientes focos: focos de hiperplasia atípica en el 6% de los casos; de PIN de alto grado en el 6,6%; de prostatitis crónica en el 10%; de prostatitis aguda y crónica en el 3%; de prostatitis granulomatosa en el 0,5% y focos de metaplasia escamosa en el 0,2%.

DISCUSION

Para la evaluación del cáncer residual tras la cirugía, en el caso del carcinoma incidental, la actitud más prudente es realizar biopsias sistémicas de la zona periférica, si éstas son negativas se seguirá al paciente con PSA, tacto y ecografía transrectal durante los dos primeros años semestralmente, anual durante los 5 años siguientes y bianualmente hasta 10 años, y si alguna de estas pruebas es sospechosa se realizarán biopsias prostáticas múltiples.

Si el PIN de alto grado es incidental (tras cirugía por HBP) se debe de realizar una reevaluación exhaustiva de la pieza, si no se encuentra carcinoma existe la necesidad de seguimiento con biopsias, PSA, tacto y ecografía transrectal. Se recomienda rebiopsiar la glándula en busca de carcinoma asociado.

La actitud ante esta patología continúa siendo controvertida, debido principalmente a que se desconocen los factores que permitan pronosticar el comportamiento de la neoplasia. Se recomienda para el estadio A1 en

pacientes mayores de 60-65 años el seguimiento con PSA, tacto y ecografía transrectal, para el estadio A1 en menores de 60-65 años y para el estadio A2, la prostatectomía radical mejora los índices de supervivencia y no progresión la radioterapia externa radical es una alternativa fundamentalmente en pacientes de

alto riesgo quirúrgico o con expectativa de vida inferior a 10 años, el tratamiento hormonal también puede ser utilizado en pacientes cuya expectativa de vida es limitada. Es importante involucrar al paciente en la discusión del tratamiento más óptimo en su caso.

OTRAS COMUNICACIONES PRESENTADAS

Valoración Clínico-Patológica y pronóstica de los tumores renales. Nuestra experiencia.

Drs. García Ligeró, J.; Ferrero R.; Guzmán, P.; Morga, J.P.; Navas, J.; Tomás, M.; Rico, J.L.; Sempere, A.; Gil J.; Fontana, L.O.

Hospital General Universitario (Murcia)

Calcificación renal y vesical en cateter doble J de larga permanencia

Dr. Ojados, F. Hospital Virgen del Castillo (Yecla)

Piomegaureter estenótico primitivo dúplex infantil

Dr. Nortes, L. Hospital Universitario

«Virgen de la Arrixaca» (Murcia)

Sida e infecciones por VIH en la práctica urológica. Experiencia del H. G. U. (Murcia)

Drs. Guzmán, P.; García Ligeró, J.; García M.C.; Ferrero R.; Morga, J.P.; Navas, J.;

Tomás, M.; Rico, J.L.; Sempere, A.; Gil J.; Fontana, L.O.

Hospital General Universitario (Murcia)

Cistitis hemorrágica de origen vírico en pacientes trasplantados de médula ósea; actitud diagnóstica y terapéutica a propósito de dos casos.

Drs. Morga, J.P.; Ferrero R.; Guzmán, P.; Navas, J.; García Ligeró, J.; Rico, J.L.; Malagón, F.; Sempere, A.; Tomás, M.

Hospital General Universitario (Murcia)

Manejo de la candidiasis urinaria en pacientes cistectomizados

Drs. Navas, J.; Morga, J.P.; Ferrero R.; Guzmán, P.; García Ligeró, J.; Rico, J.L.; Gil, J.; Sempere, A.; Tomás, M

Hospital General Universitario (Murcia)

Papiloma invertido: Revisión de nuestra casuística y de la literatura

Drs. Ferrero R.; Guzmán, P.; Morga, J.P.; Navas, J.; García Ligeró, J.; Rico, J.L.; Sempere, A.; Tomás, M.

Hospital General Universitario (Murcia)

Hernias inguinales de contenido vesical

Drs. Malagón, F.; Ferrero R.; Guzmán, P.; Morga, J.P.; Navas, J.; García Ligeró, J.; Rico, J.L.; Sempere, A.; Gil, J.; Tomás, M.

Hospital General Universitario (Murcia)

Prostatitis granulomatosa. A propósito de un caso.

Drs. Hita, E.; Grau J.;

Hospital «La Inmaculada» (Huerca Overa)

Carcinoma incidental de próstata, en piezas de adenomectomía.

Drs. Montes, M.J.; La Iglesia, R.

Hospital Rafael Méndez (Lorca)

Biopsia transrectal de próstata ecodirigida. Protocolo del H.U. «Virgen de la Arrixaca»

Drs. Asensio, L.; Rigabert, M.; Nicolás, J.A.; Bañón Pérez, V.; Server, G.; Pérez Albacete, M

Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca» (Murcia).

Consideraciones sobre la re-biopsia prostática en el diagnóstico del adenocarcinoma de próstata.

Drs. Tello, C.; Cruces, F.; Jiménez, J.M.; Romero, A.; Nso, M.; Moreno, E.

Hospital «Vega Baja» (Orihuela)

Papel de la cirugía conservadora de testículo en tumores germinales.

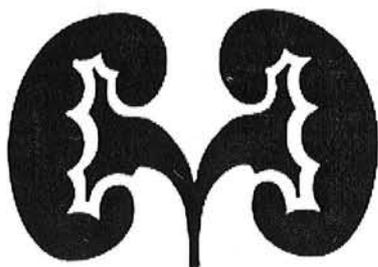
Drs. Miñana, B.; Fernández, T.; Hita, G.; Lorca, J.; Cuesta, F.

Hospital Morales Meseguer (Murcia)

Linfomas testiculares primarios

Drs. Romero, A.; Jiménez, J.M.; Cruces, F.; Tello, C.; Nso, M.; Moreno, E.

Hospital «Vega Baja» (Orihuela)



Organiza
Servicio de Urología
Hospital de Gandía



XXXII CONGRESO REGIONAL DE UROLOGÍA **Asociaciones de Valencia y Murcia**

HOTEL BAYRÉN - PLAYA DE GANDÍA

27 y 28 Febrero 1998

INYECCIÓN INTRACAVERNOSA DE PGEI: UN RECURSO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO. NUESTRA EXPERIENCIA

*Drs. Nicolás Torralba, . A.; Asensio Egea, L.; Rigabert Montiel, M.; Bañón Pérez, V. J.;
Valdevira Nadal, P., y Pérez Albacete, M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN

Nuestro protocolo clinicoterapéutico de disyunción eréctil se basa en la historia detallada (anamnesis, exploración física), analítica general (incluyendo testosterona, gonadotropinas y prolactina) e inyección intracavernosa de prostaglandina E₁. Hemos revisado 68 de estos protocolos haciendo hincapié en el papel de la PGEI como herramienta diagnóstica y terapéutica, efectos secundarios y aceptación por parte del paciente.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la inyección intracavernosa de PGEI ha sido útil para sugerir la causa probable de la disyunción eréctil y orientar al tratamiento. Desgraciadamente, 1 a incidencia no despreciable de efectos secundarios a la inyección y la falta de aceptación por parte del paciente han limitado considerablemente su utilidad, particularmente como tratamiento a medio y largo plazo.

SONOURETROGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA ESTENOSIS DE URETRA BULBAR Y PENEANA

*J. P. Morga, P. L. Guzmán, J. Navas, J. García Ligeró, M. Tomás, J. L. Rico,
A. Sempere, J. Gil, R. Ferrero, L. O. Fontana.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia*

INTRODUCCIÓN

La técnica por imagen de elección para el estudio de la uretra es la uretrografía, a la cual se le ha añadido una serie de modificaciones, como el uso del doble contraste para una mejor identificación de las lesiones.

Los ultrasonidos habían sido usados en el estudio de la uretra femenina y en el de la porción prostática de la masculina.

Recientemente los ultrasonidos también han sido descritos como útiles en el estudio de la porción anterior de la uretra masculina (peneana y bulbar), permitiendo el diagnóstico y seguimiento, tanto de las estenosis como de otras patologías uretrales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un total de 25 pacientes fueron sometidos a estudio por una posible estenosis de uretra. Tras la confirmación diagnóstica (uretrográfica o cistoscópica), 8 de ellos fueron sometidos a cirugía reconstructiva con duramadre liofilizada.

Tanto para el diagnóstico inicial como para el seguimiento postquirúrgico todos los pacientes fueron sometidos a estudios ecográficos y radiográficos de toda la uretra, los cuales fueron comprados entre sí.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 24 estenosis uretrales. En 2 de los 8 pacientes apareció una mínima reestenosis durante el primer mes. En todos los casos hubo una total correspondencia entre 1 os hallazgos seno y radiográficos, pero la evaluación del calibre y longitud de 1 as estenosis fue más precisa usando 1 os ultrasonidos.

CONCLUSIONES

La sonouretrografía presenta varias ventajas sobre la uretrografía convencional, pues no sólo informa de la lesión luminal, sino también de la afectación úsular circundante. Por otra parte evita 1 a repetida irradiación testicular de pacientes potencialmente fértiles.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE PRÓTESIS ENDOURETRALES EN ESTENOSIS DE URETRA RECIDIVADA

*P. Guzmán, J.P. Morga, J. Navas, J. García Ligeró, M. Tomás, J. L. Rico, A. Sempere, R. Ferrero, L. O. Fontana.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia*

El implante de una prótesis en el tratamiento de la estenosis de uretra, nace en un intento de mejorar los resultados con otras técnicas endoscópicas (uretrotomías internas, láser, resecciones ...) o bien simplificar técnicas de uretroplastias que precisan de gran

experiencia en su manejo para conseguir buenos resultados.

Presentamos nuestra experiencia en el uso de prótesis endoluminales por estenosis de uretra recidivante así como sus complicaciones.

Entre marzo de 1991 a julio de 1992 se colocaron en nuestro Centro diecisiete prótesis «WALLSTENT» y una «STRECKER» en uretra. Se realiza el seguimiento de las mismas, analizando los resultados desde el punto de vista clínico, urodinámico, radiológico y cistoscópico.

Así como las complicaciones que aparecieron bien por excrecencias intraprotésicas, problemas en

la erección, litiasis, RAO, incontinencia y otros.

También realizamos una revisión de la literatura para contrastar resultados.

La colocación de prótesis puede ser una alternativa en aquellos casos que otras técnicas hayan fracasado, pero no se deben de despreciar las complicaciones que a largo plazo ocasionan el uso de estos implantes.

ESTUDIO DE LA FLUJOMETRÍA. ¿PODEMOS DISTINGUIR LAHBP DE LA ESTENOSIS DE URETRA?

*Dres. Rigatsert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Nicolás Torralba, L. A.; Bañón Pérez, V. J.; Valdevira Nadal, P.; López Cubillana, P.; Asensio Egea, L., y Pérez Albacete, M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN

La flujometría es una herramienta importante en el estudio del paciente con síndrome de prostatismo e incluso es útil en el diagnóstico de su etiología.

En este trabajo estudiamos ciertos parámetros de la flujometría en pacientes que consultan por prostaúsmo y que nos hacen pensar en una etiología de estenosis de uretra en vez de HBP.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudiamos la flujometría de 50 pacientes diagnosticados de estenosis de uretra mediante el estudio radiológico y 50 pacientes diagnosticados de HBP. En todas las flujometrías hemos comparado el ángulo de subida de la curva, el ángulo caída, el flujo medio y la morfología de la misma.

RESULTADOS

Estenosis uretra	HBP		
Ángulo de subida (media)	70'		29'
Ángulo de caída (media)	51'		20'
Flujo medio	8,2 mlls		4,1 mlls
Morfología en meseta	85%		2%

Las diferencias entre ambos grupos han sido estadísticamente significativas ($p < 0,05$) excepto en el flujo medio.

CONCLUSION

La flujometría es una herramienta indispensable en el diagnóstico de la obstrucción infravesical, así como para distinguir entre HBP y la estenosis de uretra. Así, si nosotros encontramos un ángulo de subida y de caída de la curva altos, junto a una morfología en meseta podemos sospechar que la causa del síndrome de prostatismo es una estenosis de uretra.

CAVERNOPLASTIA DE NESBIT EN EL TRATAMIENTO DE LA INCURVACIÓN PENEANA. NUESTRA EXPERIENCIA

*J. García Ligeró, P. Guzmán, J. P. Morga, J. Navas, M. Tomás, J. L. Rico, A. Sempere, R. Ferrero, L. O. Fontana.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario. Murcia*

Desde la descripción hecha por Nesbitt en 1965 de su técnica para la corrección de la curvatura congénita de pene, su uso ha sido generalizado dentro de la cirugía urológica, extendiéndose su indicación al tratamiento de las incurvaciones adquiridas.

Durante el período 1994-1997 han sido intervenidos 23 pacientes, 9 con incurvación congénita y 14 adquiridas (13 casos por enfermedad de La Peyronie y un caso secundario a traumatismo) con una edad media de 22,5 años (19-29) en los primeros de 47,2 años (32-66) en el segundo grupo.

La valoración de los pacientes se basó en la anamnesis detallada, exploración física y la autofotografía.

Las incurvaciones congénitas fueron 5 ventrales y 4 ventrolaterales izquierdas. De las adquiridas 3 eran dorsales, 9 dorsolaterales izquierdas, 1 ventrolateral derecha y 1 ventrolateral izquierda. El motivo de consulta más frecuente fue la dificultad de la penetración (sólo 2 no referían coitos previos).

La sencillez de la técnica quirúrgica, mínima movilidad y los buenos resultados obtenidos, tanto en la estética como en la función y satisfacción sexual, hacen plenamente vigente el uso de esta técnica para el tratamiento de la incurvación peneana tanto congénita como adquirida.

INTERVENCIÓN DE NESBIT: INDICACIONES Y RESULTADOS

*Dres. Bañón Pérez, V. J.; Rigabert Montiel, M.; Nicolás Torralba, L. A.; Valdelvira Nadal, P.; Asensio Egea, L.; López Cubillana, P.; Server, G., y Pérez Albacete, M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN

Presentamos una revisión de 30 pacientes diagnosticados de Enfermedad de La Peyronie y de incurvación congénita de pene, intervenidos quirúrgicamente según la técnica de Nesbit.

Es una técnica sencilla y con muy bajo índice de complicaciones. La estancia postoperatoria media es de 2 días y los resultados han sido excelentes o satisfactorios en una amplia mayoría de los casos.

LESIONES CUTÁNEAS DEL PENE POTENCIALMENTE MALIGNAS. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*J. L. Rico, C. Brufau; P. Guzmán, J. P. Morga, J. Navas, J. García Liger, M. Tomás, A. Sempere, R. Ferrero, L. O. Fontana.
Servicio de Urología y Dermatología. Hospital General Universitario de Murcia.*

Una amplia variedad de lesiones cutáneas pueden afectar al pene, tanto de tipo infeccioso, inflamatorio, como neoplásico, muchas de las cuales son habitualmente valoradas y tratadas por los dermatólogos.

Hemos realizado una revisión de aquellas lesiones diagnosticadas tanto en el Servicio de Urología, como en el Servicio de Dermatología de nuestro Hospital, en un intento de identificar aquellas alteraciones cutáneas malignas (neoplasias intraepiteliales) y aquellas otras, que no siendo neoplásicas, son subsidiarias de una transformación maligna: liquen es-

cleroso y atrófico, balanitis micéica, leucoplasia y condiloma acuminado.

Realizamos el diagnóstico diferencial con otras lesiones benignas, como las balanopostitis infecciosas, irritativas, eccematosas e inflamatorias.

Pensamos que el urólogo ha de estar más familiarizado con todo este tipo de patologías, dada la similitud con otras de carácter benigno, debiendo realizar un examen histológico mediante biopsia, ante la sospecha de una lesión premaligna, para un correcto tratamiento y control evolutivo.

CARCINOMA DE URETRA. NUESTRA EXPERIENCIA

*R. Ferrero Doria, M. Tomás Ros, J. L. Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez, P. L. Guzmán Martínez-Valls, J. P. Morga Egea, J. Navas Pastor, J. García Liger.
Hospital General Universitario de Murcia.*

Los tumores de uretra son unas neoplasias poco frecuentes y cuya naturaleza histopatológica es múltiple. Los más frecuentes corresponden a las formas epiteliales malignas y de entre ellas el carcinoma uretral primario habitualmente epidermoide, el carcinoma uretral asociado a carcinoma vesical ambos de naturaleza transicional y el carcinoma uretral uroepitelial en el remanente tras la Cistectomía Radical.

Para esta comunicación hemos realizado una evaluación retrospectiva en nuestro Servicio desde 1987-1997 de estas tres formas neoplásicas, encontrando:

A.-De un total de 126 cistectomías radicales por cáncer vesical, 117 corresponden a varones, de los cuales en 7 ocasiones se ha realizado uretrectomía profiláctica por considerar alto riesgo de recidiva, y no presentando ninguna recidiva en el remanente

uretral del resto de 110 pacientes.

B.-Un paciente presentó un tumor uretral primario epidermoide al que se realiza cistectomía radical más penectomía y uretrectomía, resección de rama isquiopubiana izquierda y finfadectomía pélvica bilateral (pT₃ NoMo).

C.-Y finalmente un paciente con carcinoma uretral asociado a carcinoma vesical, cuya RTU biopsica de ambas neoformaciones es GIII-B transicional, y que tras cirugía radical con uretrectomía se obtiene pT₀ uretral y vesical junto con Adenoca. de próstata Estadio D1.

Se discuten las características que presentan estos tres tipos de tumores de uretra, así como las posibles indicaciones de la Uretrectomía profiláctica en los pacientes en los que se someten a Cistectomía Radical.

CARCINOMA DE PENE. NUESTRA EXPERIENCIA

*J. Navas, P. L. Guzmán, J. P. Morga, J. García Ligeró, M. Tomás, J. L. Rico,
A. Sempere, R. Ferrero, L. O. Fontana.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.*

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de pene es un tumor poco frecuente en nuestro medio, oscilando entre un 0,75-1,26 del total de los tumores urológicos. El tratamiento más aceptado en la actualidad consiste en la exéresis con márgenes de seguridad del tumor primitivo, existiendo controversia sobre la realización de UnfadenectionVa regional en todos los casos. La supervivencia global de las series es del 80% a los 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Hemos realizado una revisión de los 21 casos de carcinoma de pene que fueron tratados en nuestro Servicio en el período entre 1987 y 1997. Se analizan de manera retrospectiva los aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de cada uno de los enfermos.

RESULTADOS

El tratamiento quirúrgico consistió en glandectomía en una ocasión. Amputación parcial o total del pene en 13 enfermos, y en 7 además se realizó una linfadenectomía regional. El seguimiento fue hasta su pérdida, muerte o hasta el momento actual.

Uno de los enfermos fue exitus durante el postoperatorio por embolismo pulmonar, otro falleció a causa de diseminación metastásica, 4 enfermos murieron por motivos diferentes a su enfermedad tumoral y 2 se perdieron durante el seguimiento. El resto están libres de enfermedad común seguimiento medio de 4 años.

CONCLUSIONES

Existe una baja incidencia de carcinomas de pene en nuestro medio. Hemos presentado un porcentaje bajo de complicaciones locales así como de muerte tumor dependiente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA DE PENE

*Dres. Bañón Pérez, V. J.; Rigabert Montiel, M.; Nicolás Torralba, L. A.; Valdelvira Nadal, P.; Asensio Egea, L.;
López Cubillana, P.; Server, G., y Pérez Albacete, M.
Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN

Se presenta una revisión retrospectiva desde el año 70 hasta el 97, sobre 25 carcinomas de pene que precisaron de penectomía. Son pacientes con una edad media de 65,3 años (intervalo de 42 a 92 años). con antecedentes de fimosis, lesiones dermatológicas relacionadas y lesión preneoplásica en 11 casos (44%). La mayoría de estas tumoraciones son de carácter excrecente y asientan en el tercio distal del pene sobre todo glande y surco balanoprepucial. En 4 casos (16%) se evidenció un claro compromiso uretral. El motivo de consulta más frecuente fue la presencia de lesión en pene, con menor frecuencia dolor, retención aguda urinaria. En todos los pacientes se llegó al diagnóstico mediante biopsia de la lesión. Durante la exploración clínica se evidenciaron adenopatías en más de la mitad de los pa-

cientes, de las cuales la mayoría eran de carácter reactivo. El tiempo medio transcurrido desde el inicio de la lesión hasta el primer diagnóstico es de 12,4 meses, con un 24% de pacientes que superan el año. El carcinoma epidermoide es la variedad anatomopatológica más frecuente (23 casos; 92%), seguido del carcinoma verrucoso (2 casos, 8%). El estadiaje anatomopatológico más frecuente es el de tumor superficial bien diferenciado. El tratamiento quirúrgico llevado a cabo en la mayoría de los pacientes fue la penectomía parcial (68%), seguida de la penectomía total (24%), y en mucha menor medida la emasculación (8%). La tasa de recidiva local tras penectomía parcial en nuestra serie es de 2 casos sobre un total de 17 (11,7%). Tras un seguimiento medio de 67,3 meses, el índice de supervivencia supera el 80%.

MANEJO DE LA ESTENOSIS DE URETRA RECIDIVADA TRAS URETROTOMÍA INTERNA ENDOSCÓPICA

A. Sempere, P. Guzmán, J. P. Morga, J. Navas, J. García, M. Tomás, J. L. Rico, R. Ferrero, L. O. Fontana.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario. Murcia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La uretrotomía interna en el tratamiento de las estenosis de uretra es una de las intervenciones urológicas más antiguas y que ha sufrido mayor número de transformaciones siendo hoy en día la vía endoscópica según técnica de Sachse la más utilizada. Su indicación principal es la estenosis de uretra que afecta al epitelio con una espongioplasia superficial.

El objetivo de este trabajo es la valoración de nuestra experiencia en la cirugía realizada tras fracaso de uretrotomía interna endoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre enero de 1990 y diciembre de 1997 se han realizado en nuestro Servicio un total de 103 uretrotomías internas endoscópicas según técnica de Sachse. La edad media de los pacientes de 48 años. De ellos 42 casos han requerido otra actuación por fracaso de la misma.

RESULTADOS

La localización de la estenosis fue en un 96,7%

uretra bulbar hallándose un antecedente de manipulación uretral previa en un 49,1 %, En 61 casos (59,2%) no se realizó otra actuación sobre la estenosis. Tras un seguimiento medio de 32 meses hallamos que fue necesaria una segunda cirugía en los 42 casos (40,8%) desglosándose en 37 uretrotomías internas añadiéndose prótesis endouretral en 4 pacientes, 4 uretroplastias término-terminales y 1 uretroplastia con injerto pediculado de piel peneana. Una tercera cirugía fue necesaria en 19 casos (18,4%) realizándose 14 uretrotomías internas y colocación de prótesis endouretral, 2 uretroplastias término-terminales y 3 uretroplastias de las cuales 2 son con injerto de piel no pediculado (piel de brazo y piel de muslo respectivamente) y 1 injerto pediculado con piel de escroto.

CONCLUSIONES

En nuestro medio hemos realizado una nueva actuación en la mitad de los casos.

No existe una técnica ideal y única para resolver dichos fracasos.

URETROPLASTIA COMPLETA CON INJERTO CUTÁNEO MALLADO

M. Tomás, F. Albaladejo, J. L. Rico, A. Sempere, R. Ferrero, P. Guzmán,
J. P. Morga, J. Navas, J. García. Servicio de Urología Hospital General Universitario. Murcia.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario de Murcia.

Las estenosis de uretra recidivantes cuando son extensas presentan siempre una gran dificultad para su reparación.

Las técnicas endoscópicas y las prótesis uretrales no siempre son adecuadas dado el tamaño de las lesiones. Los procedimientos reparativos en un tiempo, a veces no se pueden realizar con garantías por la situación en la que se encuentran los tejidos de las zonas a reparar o sustituir. Además el uso de injertos pediculados sólo es posible si la piel de pene y escroto mantiene sus características naturales para que pueda ser aprovechable.

Los procedimientos con parches se utilizan cuando no es fácil transferir tejidos cercanos a la uretra enferma, pero a veces la extensión del proceso precisa de gran tamaño de estos parches.

Presentamos la uretroplastias con injerto de piel libre mallado obtenido del muslo como fue descrita por Schreiter, para sustitución de uretra peneano-bulbar en un paciente de 43 años, con estenosis completa tras fracasados intentos de cirugía endoscópica previa y que presentaba balanitis xerótica y escleroatrofia de la piel penoescrotal.

Describirnos minuciosamente los pasos de la técnica, que precisa ser realizada en dos tiempos. Valoramos 1 os resultados funcionales y estéticos.

Concluimos que en casos concretos de estenosis amplia y con malas condiciones locales para realizar injertos pediculados, la uretroplastia en dos tiempos con injerto mallado de piel libre es una muy buena alternativa.

Diabetes, balanopostitis, muerte repentina. Descripción de un caso de gangrena peneana realizada por el Dr. Zavala, director médico de los Baños de Archena (Murcia) en 1881.

Dr. M. Pérez Albacete

Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Murcia

El interés de esta comunicación radica en la oportunidad de difundir la descripción de un caso de gangrena peneana realizada por el Dr. Justo María Zavala director médico de los Baños de Archena (Murcia) y publicada en el número 10 de la Revista Médica Murciana "La Unión de las Ciencias Médicas" editada en Cartagena en el mes de octubre de 1881, dos años antes de que el Dr. Fournier, al que conocía por haber estado con él en París en 1853, publicara su trabajo "Gangrena foudroyante de la verge", con una minuciosa descripción del cuadro patológico, en marzo de 1883.

Acierta a señalar el Dr. Zavala todos los componentes necesarios para el desarrollo del cuadro: paciente clínicamente bien, aunque con antecedentes de diabetes y gonococia, que presenta un cuadro de inicio súbito, rápidamente progresivo con una gran inflamación eritematosa peneana, lo que le provoca un estado estuporoso que en tres días acaba con la vida del enfermo. Realiza unas consideraciones acerca de este cuadro como causa de muerte, con citas bibliográficas de los tratados de la época.

DIABETES, BALANO-POSTITIS, MUERTE REPENTINA.

Observada en Archena por el Dr. Zabala, médico-director de dichos baños y nuestro compañero de redacción D. Antonio Oliver.

Don N. N., procedente de Orán, 58 años, temperamento linfático, se presentó á la consulta con el objeto de usar estos baños minerales, el día 24 de Setiembre del año actual, diciendo que hacia siete años padecía de la *diabetes* y que había encontrado algun alivio con las aguas minerales de Busot; pero que la afección subsistía, y que su venida á este establecimiento era principalmente por una blenorragia.

Para formar el diagnóstico de la diabetes y observar si la cantidad de azúcar aumentaba ó disminuía, le manifestamos la necesidad de que nos enviara la orina para examinarla, operacion que debiamos practicar cada dos ó tres dias para apreciar su curso.

A la blenorragia no le dimos gran importancia, aunque al enfermo le preocupaba mucho. A los tres dias nos llamó para visitarle en su habitacion.

Estaba en posicion supina, salía la orina sin sentir y en abundancia, empapando las ropas de su lecho, de modo que el miembro y el escroto en contacto con este liquido acre, dió origen á una grande inflamacion eritematosa de estos órganos formando una balanopostitis. La primera disposicion, fué quitar las ropas mojadas, y poner secas, fomentos emolientes, polvos de almidon para cubrir el miembro, é inyecciones con la disolucion del subacetato de plomo.

La afección local habia cedido á beneficio de los medios empleados, pero hubo una invasion brusca sin duda por compresion cerebral, presentándose el delirio seguido de un estado comatoso y la muerte.

Los sinapismos ambulantes y demás revulsivos empleados fueron estériles y no creimos indicadas las emisiones sanguíneas, ni generales ni locales, porque todo el proceso morboso incluso la balanopostitis que tanto preocupaba al enfermo, lo atribuimos á la diabetes.

Rosenthal en un tratado clínico de las enfermedades del sistema nervioso, (página 93) dice: *Gran número de muertes repentinas, consideradas por los antiguos como de apoplejía serosa pertenecen á estos casos, es decir, al edema cerebral de marcha aguda, ocasionado por el aumento rápido de la compresion. Estas manifestaciones apoplejiformes constituirán en algunos casos cuando se puedan eliminar con segu-*

ridad las afecciones orgánicas del encefalo, datos anamnesticos bastantes para reconocer una exudacion serosa aguda del cerebro.

El aumento de grasa en el suero sanguíneo tiene tal vez más inmediata relacion con la diabetes y conviene tener en cuenta que las personas obesas (y en ellas es muy frecuente la aparicion de las diabetes) la sangre contiene á menudo una gran cantidad de grasa, aun sin existir aquella enfermedad. La tendencia de las enfermedades renales á los procesos inflamatorios de las membranas serosas, puede muy bien depender de que entre las partes constitutivas de la orina que retroceden á la sangre, haya algunas que tengan cualidades flogogenas. (Perls página 184 y 189.)

Ya hemos dicho que al enfermo le preocupaba la blenorragia. Creemos sin embargo que esta balanopostitis era tambien un sintoma de la diabetes. Picot en sus lecciones de los grandes procesos morbosos (tomo 2.º, página 77) dice "*Muchas veces puede sobrevénir una inflamacion de todo el glande y de todo el prepucio, que dá lugar á una descamacion epitelial muy pronunciada y algunas veces á ulceraciones más ó ménos profundas, de estas regiones. Esta balanopostitis de origen glucosurico vá casi siempre seguida entónces, de un fimosis completo acompañado de edema prepucial y de una secrecion sero-purulenta que procede de las superficies enfermas.*

Las complicaciones que suelen producir la muerte son por su órden de frecuencia la tisis, la pulmonía, la gangrena y los antrax. Algunas veces arrebatá á los enfermos un ataque de apoplejía ó hidrocefalo; (el mismo autor página 90.)

Este enfermo apesar de estar sufriendo la diabetes durante 7 años se conservaba obeso, pero es que la glucosuria permanente, presenta muchas veces esta forma.—*Los sujetos que padecen esta forma de diabetes viven perfectamente con su afección, como se ha indicado, pueden dedicarse á sus ocupaciones habituales y permanecer muchos años en tal estado. En ocasiones mueren de una afección muy distinta; [el mismo autor página 108.]*

No es nuestro ánimo entrar por hoy en el estudio de las diversas teorías sobre la diabetes; el objeto principal, es manifestar la frecuencia con que se presenta la muerte repentina en el curso de esta enfermedad, así como la balanopostitis que puede atribuirse á una infección, siendo así que es inherente al proceso morboso que nos ocupa.

El Dr. Justo María Zavala nació el 5 de agosto de 1815, en el País vasco, según narra en su libro "Estudios sobre las aguas minerales de Archena". Inició su carrera médica en 1842 con el nombramiento de médico cirujano del Hospital civil de la ciudad de San Sebastián, pasando a ejercer el mismo puesto en 1844 en la villa de Labastida. En 1846 obtuvo el grado de doctor y dos años después hizo oposiciones a la Cátedra de Física y Química de La Facultad de Santiago, en la que obtuvo el segundo lugar. En 1850 gana por concurso oposición la plaza de médico director de las aguas minerales de Cestona, centrandose ya el resto de su carrera profesional a los establecimientos de aguas minero medicinales, por lo que estudió las obras más importantes de la Hidrología médica, la Sifilografía y Dermatología. No contento con esto visitó en 1853 y a sus expensas, los principales establecimientos de Francia y Alemania, donde acudió en París a oír las lecciones de Sifilografía del Dr. Fournier al que acompañaba además en sus visitas al hospital Lourcine, escuchó también al Dr. Cornil y pasó visita con el Dr. Vidal en el hospital de San Luis y con el Dr. Mauriac en el del Mediodía y posteriormente con el Dr. Duday en Lyon.

En 1855 asistió en varios pueblos de Guipúzcoa atacados por el cólera, por orden del gobernador Civil por lo que fue agraciado con la "Cruz de las Epidemias" y propuesto para comendador de la Orden de Carlos III a lo que renunció. Diez años después en 1865, prestó servicio nuevamente durante otra epidemia de cólera en la casa de Socorro del 5º distrito de Madrid por orden del Gobernador civil, y en la Sociedad de los Pobres que le dio una medalla y el Gobierno, la Cruz de Isabel la Católica a la que renunció. En 1870 tuvo que abandonar el establecimiento de Cestona, por la sublevación Carlista saliendo la noche del 27 de agosto.

En 1871 se le nombró Médico Director de las aguas de minerales de Caldas de Monbuy y en 1874 lo fue de los Baños de Archena, considerado en aquella época como el establecimiento de más importancia y rendimiento de España, y en donde desarrolló el resto de su carrera hasta su jubilación forzosa en junio de 1893 a la edad de 78 años con el número uno en el escalafón del Cuerpo de Médicos Directores de Baños.

Su obra escrita queda recogida en las memorias que como Director de Balneario tenía la obligación de presentar cada cinco años, por lo que realizó dos sobre las aguas minero medicinales del Balneario de Cestona y otras varias sobre las del de Archena. Y fundamentalmente en su libro "Estudios de las Aguas Minerales de Archena" en el cual realiza un análisis del Balneario con estudio de su situación geográfica, de la flora y fauna así como de la geología, hidrografía y climatología de la zona murciana. Añade unas consideraciones terapéuticas sobre el clima, centrán-

dose el capítulo segundo en las propiedades físico químicas del agua mineral y de sus efectos fisiológicos y terapéuticos sobre diversas enfermedades entre las que destaca, ya en el capítulo tercero, los procesos reumáticos, neuropáticos y especialmente los venéreos, blenorragia, sífilis y herpes genital, ya que el Balneario de Archena estaba considerado como un centro termal especializado para este tipo de afecciones en aquella época. Da numerosas citas de autores generalmente franceses, Fournier, Mercier, Foucard, Lorain, Láségue Charcot, Trousseau etc. entre los más conocidos, y de españoles directores de Balneario; añade la exposición de casos clínicos, junto con el modo de tomar las aguas. Presenta un interesante estudio acerca de la historia del agua y de sus diferentes usos con una pormenorizada revisión de todos los tratados escritos sobre hidrología desde Hipócrates y los escritos de la época griega y romana, centrándose en la medicina española desde el siglo XI con la medicina árabe y especialmente en los siglos XV y XVI que con la introducción de la imprenta proliferan los escritos citando hasta una cuarentena de autores y títulos de estos años a cuál más sugerente sobre las propiedades del agua. Sirva de ejemplo el de Francisco Picón impreso en Barcelona en 1576 *"Alivio de sedientos, en el cual se trata de la necesidad que tenemos de beber frío y refrescado con nieve, y las condiciones que para esto son menester, y cuales cuerpos lo pueden libremente soportar"* en el que afirma que *"la mejor agua es la enfriada con nieve"*, habla de ella y dice que *"se deleite con semejante bebida, que la recibe bien el estomago, ayuda a la digestión, quita la sed, excita el apetito, preserva la putrefacción y la peste e impide la producción de piedras en los riñones y la embriaguez, provoca plácido sueño, se opone al flujo de cámaras y cura calenturas ardientes y otros males"* o el de Alonso Díaz Daza impreso en Sevilla en el mismo año *"Libro de los provechos y daños que provienen con la sola bebida del agua; como se deba escoger la mejor y rectificar la que no es tal, y como se ha de beber frío en tiempo de calor sin que haga daño"*. Finaliza con incontables las referencias de los siglos XVII y XVIII.

La obra acaba con sus opiniones sobre la situación de los médicos de aguas y dirección de los baños, para pasar a describir por último las instalaciones de los Baños de Archena, disposición de los edificios, fondas y hospedarías existentes, manantiales, jardines, fuentes, salones de baños, piscinas, vaporarium etc. añade un resumen de los enfermos atendidos en el quinquenio 1875 a 1879 desglosado por patologías.

TRABAJO GANADOR DEL
PREMIO «SALVADOR PASCUAL» 1998
DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

**VALOR DE LA PAAF EN EL ESTUDIO DE LAS MASAS
RENALES Y SUPRARENALES**

*Rigabert Montiel, M. Asensio Egea, L. Nicolás Torralba, JA.
Bañón Pérez, V. Gómez Gómez, G. Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN:

Los tumores del riñón se dividen en dos grupos : los procedentes de la corteza renal y los que nacen a partir del urotelio que recubre la pelvis y los cálices.

Los del parénquima renal constituyen un amplio grupo de neoformaciones con características histológicas, clínicas y terapéuticas bien diferenciadas de los uroteliales. Su naturaleza puede ser benigna o maligna, sólida y quística y su origen primario o metastásico.

Los tumores del parénquima renal representan uno de los apartados más inquietantes de la oncología urológica moderna. El amplio uso de la ecografía y la tomografía axial computerizada, para la exploración abdominal, ha permitido la identificación de los tumores renales cada vez más pequeños, por lo que se están planteando actitudes terapéuticas más conservadoras.

CLASIFICACIÓN:

Las clasificaciones más exhaustivas se basan en criterios histológicos y recogen la mayoría de las tumoraciones que se desarrollan a partir de cada uno de los diferentes tejidos constitutivos del parénquima renal. Dentro de los tumores benignos, destacan por su frecuencia: fibroma, que supone hasta un 40% de ellos, el hemangioma, el linfangioma y el angiomiolipoma, tumor mesenquimatoso compuesto por diversos tejidos maduros : vasos sanguíneos, fibras musculares y grasa.

Dentro de los tumores malignos, cabe destacar los siguientes

Adenocarcinoma de cels renales : Representa el 90% de todos los tumores malignos renales, con una incidencia en nuestro país de 4,1-4,5 por 100.000 habitantes, representando el tercer tumor en prevalencia dentro de los tumores urológicos.

Su origen histológico está en la célula epitelial de la nefrona a nivel del túbulo contorneado proximal. Suelen ser células claras, granulares o ambas. Fibrosarcoma. Neuroblastoma

Otros : Linfangiosarcoma, hemangiopericitoma, linfomas, etc.

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de todos los tumores renales, pero más frecuentemente del adenocarcinoma de células renales, se basa como cualquier otra patología en dos pilares fundamentales : la historia clínica con una buena exploración del paciente, y una serie de pruebas diagnósticas que tenemos a nuestra disposición y que nos ayudarán a definir la patología del paciente. La presentación clínica del AR es tan peculiar, que hasta un 30% de los pacientes se diagnostican por síntomas y signos no urológicos. Por este motivo, se le ha denominado «tumor del internista». La tríada clásica de dolor en flanco, masa y hematuria es hoy en día excepcional en el momento de llegar al diagnóstico.

Por tanto, en el momento actual, nos vamos a encontrar con mayor número de tumores diagnosticados «accidentalmente» al llevar a cabo una exploración abdominal por otro motivo, que los que presentan la tríada clásica.

Dentro de las exploraciones complementarias que disponemos en la actualidad para el estudio de los tumores renales, cabe destacar :

UROGRAFÍA INTRAVENOSA: La información que nos aporta se va a centrar en dos aspectos fundamentales : la sospecha de masa abdominal y la presencia de calcificaciones, (un 10-15% de los tumores renales presentan calcificaciones en su interior).

ECOGRAFÍA: Ha supuesto la revolución en el diagnóstico de los tm renales, por la gran cantidad de exploraciones ecográficas que se realizan por diversas patologías y que permiten el hallazgo incidental de las masas renales. Detecta lesiones a partir de 2 cm, y tiene una fiabilidad del 95% en el despistase de masa sólida o líquida. El AR se presenta como una masa hiperecogénica, más o menos heterogéneo en función de si existe sangrado en su interior o no. La exactitud de la ecografía en el diagnóstico de tumoraciones sólidas

das del riñón alcanza un 90%, reduciéndose para el estadiaje a un 70%.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADORIZADA: Es en la actualidad la exploración radiológica que aporta mayor información acerca de las masa renales, combinada con la inyección de contraste simultánea. En la mayoría de los casos no hace otra cosa que confirmar el diagnóstico emitido por la ecografía y la UIV, pero permite descartar la presencia de enfermedad extrarrenal, metástasis, adenopatías y trombos en vena renal o cava. **RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR:** Es comparable a la TAC, pero útil en pacientes alérgicos a contrastes iodados o en masa en las cuales el TAC no se haya definido.

PAAF : Se realiza ecodirigida o mediante TAC y tiene dos aplicaciones fundamentales : biopsias citológicas de masa sólidas y el estudio de quistes complicados.

ARTERIOGRAFIA : Las indicaciones actuales de la arteriografía son: pacientes muy seleccionados en los que la TAC no es concluyente o se necesita conocer la anatomía vascular para realizar una cirugía conservadora.

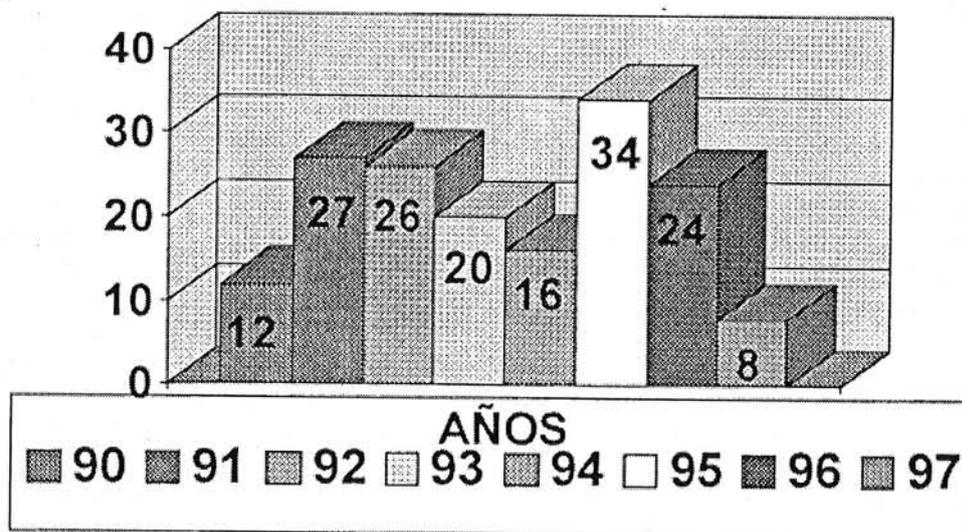
En nuestro trabajo hemos pretendido profundizar

más en el valor actual de la PAAF en el estudio de las masas renales y suprarrenales en nuestro hospital, analizando nuestra casuística durante el período comprendido entre los años 1990 y julio de 1997. Estudiando los siguientes parámetros : Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se han valorado todas las punciones aspiración biopsia de masa renales y suprarrenales desde 1990 hasta Julio de 1997, comparando el resultado de la citología con el diagnóstico histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica. Hemos excluido de este estudio las punciones que han resultado negativas para células neoplásicas y que tienen una evolución menor de 5 años. Se han analizado un total de 167 punciones aspiración con agua fina, de las cuales : 26 fueron realizadas sobre suprarrenal y 141 sobre masa renal. ' De estas 141, 53 no se han podido comprobar con la pieza quirúrgica por diversos motivos : enfermo procedente de otro centro o ser una punción negativa con menos de 5 años de seguimiento.

El número de punciones por año vienen reflejadas en la siguiente tabla:



MASAS SUPRARRENALES:

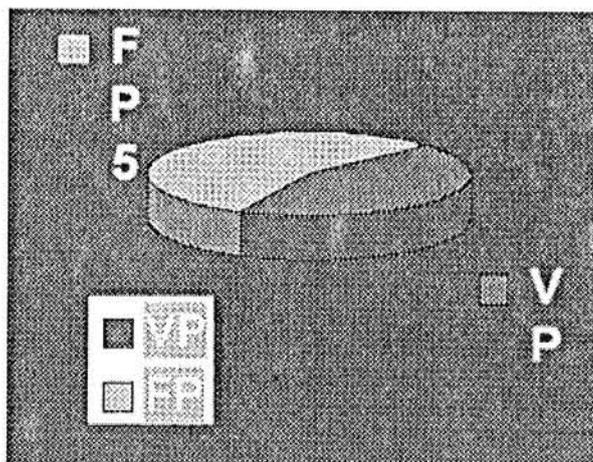
Del total de 26 punciones, 9 se efectuaron sobre mujeres y 17 sobre varones con los siguientes resultados: 10 suprarrenales normales 6 adenomas.

- 1 mielolipoma.
- 2 feocromocitomas.
- 3 adenocarcinomas.
- 4 metástasis de pulmón en suprarrenal.
- 1 metástasis de hepatocarcinoma.

MASAS RENALES:

Se realizaron un total de 141 punciones, de las cuales se han comprobado con la pieza definitiva 88, con los siguientes diagnósticos citológicos:

- 21 negativas para células neoplásicas.



- 7 con contenido hemático.
- 11 con diagnóstico de quiste simple.
- 73 hipernefomas.
- 12 carcinomas de origen urotelial.
- 1 neuroepitelioma.
- 1 linfoma.
- 7 angiomiolipomas.
- 1 metástasis.
- 1 quiste hidatídico.
- 1 oncocitoma.

Si analizamos los resultados de las 88 punciones que se han podido comprobar obtenemos los siguientes resultados :

PUNCIONES NEGATIVAS:

- Fueron un total de 18 y de ellas :
- 7 resultaron ser hipernefomas.
- 1 linfoma.
- 1 sarcoma.
- 1 nefroma quístico.

Como podemos ver, un 50% de los resultados negativos luego no lo fueron, por lo que podemos decir que un resultado negativo de la punción cuando existen sospechas clínicas e iconográficas del la existencia de un tumor, no nos descarta su presencia.

PUNCIONES DE HIPERNEFROMAS:

- Del total de 43 comprobadas :
- 35 fueron hipernefomas.
- 3 carcinomas de urotelio.
- 1 angiomiolipoma.
- 3 oncocitomas.
- 1 sarcoma.

PUNCIONES DE ANGIOMIOLIPOMAS,.

- De las cuatro que informaron como tales :
- 1 resultó ser un hipernefroma

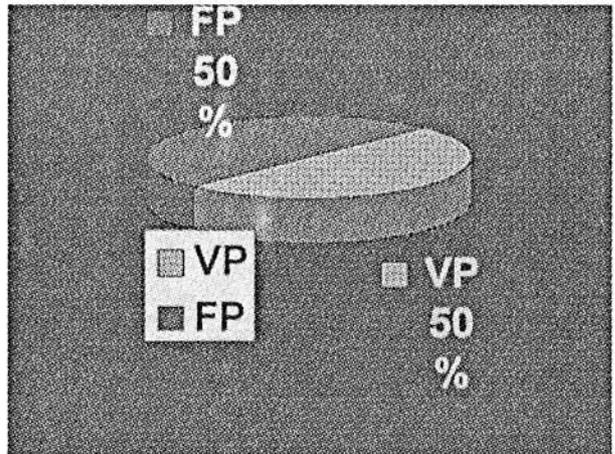
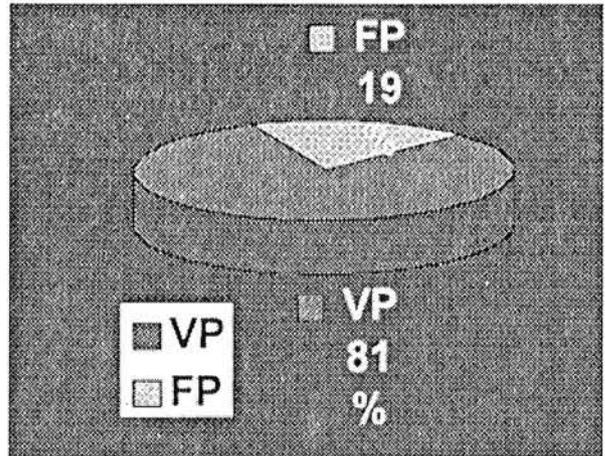
PUNCIONES HEMÁTICAS:

Hubo tres de las cuales, 2 fueron hipernefomas. Por último, 10 punciones informaron de quiste simple y lo eran, hubo 1 quiste hidatídico que se confirmó y 1 neuroepitelioma que también lo fue.

Hay que destacar que 7 punciones informaron de carcinoma de origen urotelial y las 7 se confirmaron.

Una vez realizado el trabajo descriptivo de nuestra casuística, analizamos estadísticamente los resultados para comprobar la fiabilidad de los diagnósticos citológicos, y para ello, aplicamos la fórmula de la sensibilidad, de la especificidad, del valor predictivo positivo y del valor predictivo negativo a todos ellos.

En el siguiente esquema se representan las fórmulas de cada uno de los valores :



S =	VP	E =	VN
	VP + FN		FP + VN
VPP =	VP	VPN =	VN
	VP + FP		FN + VN

PUNCIONES HEMÁTICAS:

Hubo tres de las cuales, 2 fueron hipernefomas.

Por último, 10 punciones informaron de quiste simple y lo eran, hubo 1 quiste hidatídico que se confirmó y 1 neuroepitelioma que también lo fue.

Hay que destacar que 7 punciones informaron de carcinoma de origen urotelial y las 7 se confirmaron.

Una vez realizado el trabajo descriptivo de nuestra casuística, analizamos estadísticamente los resultados para comprobar la fiabilidad de los diagnósticos citológicos, y para ello, aplicamos la fórmula de la sensibilidad, de la especificidad, del valor predictivo positivo y del valor predictivo negativo a todos ellos.

En el siguiente esquema se representan las fórmulas de cada uno de los valores :

$S = \frac{VP}{VP + FN}$	$E = \frac{VN}{FP + VN}$
$VPP = \frac{VP}{VP + FP}$	$VPN = \frac{FN}{FN + VN}$

PAAF Y CÁNCER:

Uno de los elementos que nos interesaba estudiar era la capacidad de la punción con aguja fina para detectar células neoplásicas fuera cual fuera el origen de dichas células. Para ello realizamos los siguiente cálculos:

$$E = 0.783 \quad S = 0.857 \quad VPP = 0.92 \quad VPN = 0.6$$

Con estos resultados, podemos decir que la PAAF tiene una sensibilidad y un valor predictivo positivo aceptables para detectar el cáncer, no siendo así el valor predictivo negativo que es sólo de 0.6, con lo cual una punción negativa no nos debe dejar tranquilos, siempre y cuando la sospecha clínica sea de que existe una neoplasias.

	PAAF + CANCER	PAAF - CANCER
CANCER	47	13
NO CANCER	4	24

PAAF E HIPERNEFROMA:

El siguiente paso fue evaluar la capacidad de la PAAF para discriminar el hipernefroma de cualquier otra estirpe tumoral, y los resultados obtenidos fueron los siguientes :

$$E = 0.761 \quad S = 0.711 \quad VPP = 0.761 \quad VPN = 0.711$$

Siendo igualmente unos resultados aceptables pero no tan positivos como en el anterior apartado.

	PAAF + HIPERNEF	PAAF - HIPERNEF
HIPERNEF	32	13
NO HIPERNEF	10	32

PAAF Y CARCINOMA UROTELIAL:

Así mismo estudiamos los mismos parámetros pero con el carcinoma de origen urotelial, y los resultados son los siguientes :
Con E= 1 S=0.7 VPP=1 VPN = 0.962

	PAAF + CA UROT	PAAF - CA UROT
CA UROT	7	3
NO CA UROT	0	78

Siendo en este caso la especificidad y el valor predictivo positivo del 100%, lo cual nos indica que cuando una punción nos informa de carcinoma urotelial, en nuestra casuística siempre lo es. Sin duda son los mejores resultados de la serie.

En conclusión, para nuestro servicio, las indicaciones actuales de la PAAF en el estudio de las masas renales y suprarrenales son las siguientes :

- Estudio del QUISTE COMPLICADO.
- Masas MENORES DE 4-5 cm.
- NECESIDAD DE CONOCER LA HISTOLOGÍA TUMORAL, bien porque pensemos que se trata de una metástasis o un linfoma, lo cual cambiaría radicalmente nuestra actitud terapéutica.

En nuestra serie a excepción del QUISTE o del LINFOMA, rara vez la PAAF sienta la indicación quirúrgica, ya que si la sospecha clínica es elevada, aunque la punción sea negativa se realiza nefrectomía.

La PAAF presenta una buena rentabilidad diagnóstica.

Ha presentado nulas complicaciones mayores.

Y ha sido nula la diseminación tumoral en el trayecto de la punción, hecho que se puede intentar evitar con la 'myección de suero hipotónico al retirar la aguja.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Jiménez Cruz, J.F. Tratado de urología.
- 2.- Mayayo, T. y cols. Punción aspirativa en el diagnóstico y estadiaje del cáncer renal.
1º Curso de Urología para postgraduados.
- 3.- Campbell y cols. Tratado de Urología.



RECORDANDO AL DR. RAMÓN SÁNCHEZ PARRA

MURCIA 28/02/1927-02/021998

Llegado un momento como éste me resulta difícil encontrar palabras adecuadas que puedan expresar el profundo sentir, el cariño, y el triste pesar de tener que decir adiós a tan entrañable amigo, gran persona, jovial y con un magnífico sentido del humor, gran cirujano, que vivió una época de transición, que partió de la larga noche de los tiempos hasta el esplendor de la medicina y tecnología moderna a la que se supo adaptar sin ninguna dificultad.

El día que por imperativo legal y administrativo, te llegó la jubilación nos reunimos los componentes del Servicio de Urología del Hospital General, lo recuerdo como si fuera ayer, que estabas esplendoroso, lleno de vida, con alma en las carnes, con frescura de ideas, con imaginación para llevarlas a cabo y comprendí que a ti sólo te jubilaba Dios.

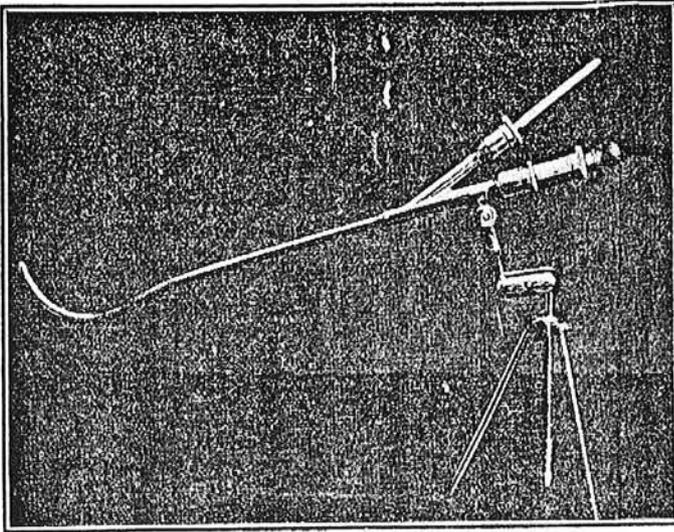
Así fue, un triste zarpazo del destino vino a desencadenar tal cúmulo de lesiones y de tal gravedad que terminarían después de una larga agonía con esa vida que aun tenía mucho que dar.

Recuerdo tus anécdotas, contadas con ingenio y Ojos brillantes. D. Ramón irradiaba bondad y amistad y todos nosotros disfrutábamos con su compañía.

D. Ramón fue maravillosamente bendecido con una esposa Chitina, y unos encantadores hijos. Su cálida y muy unida familia era un ejemplo de lo que una familia puede y debe ser.

Adiós amigo Ramón. Hasta siempre

José Gil Franco
5



Calorificador Uretral

SANCHEZ DE VAL - CORDOVA

— PATENTE NÚM. 64.488 —

PARA EL TRATAMIENTO TÉRMICO DE LAS URETRITIS

El tratamiento térmico de las uretritis es el único cuya acción alcanza el espesor total de las paredes uretrales llegando hasta la profundidad de los repliegues mucosos y de los acinis glandulares sin destruir la capa epitelial de la mucosa. En las infecciones gonocócicas su acción es extraordinariamente eficaz por la poca resistencia del gonococo a las temperaturas elevadas.

Este tratamiento según el método de cura ideado por el Dr. Sánchez de Val y comunicado al IV Congreso de las Ciencias, de Sevilla, en Mayo de 1917, asegura una perfecta tolerancia del calor y una acción uniforme y eficaz de este agente sobre toda la longitud y espesor de las paredes

uretrales, permitiendo conseguir mediante una técnica fácil y al alcance de todos los médicos, resultados terapéuticos no logrados hasta ahora por los métodos habituales de tratamiento de estas afecciones.

El aparato de calorificación uretral ideado por el Doctor A. Sánchez de Val y el ingeniero electricista M. de Córdova, reúne especiales condiciones que aseguran un alto rendimiento calórico y una acción segura y eficaz del agente térmico, cuya intensidad puede graduarse en cada momento según la sensibilidad del enfermo o las necesidades de la cura y cuya penetración puede comprobarse no solo por la observación constante de la temperatura del aparato, sino también por la observación de la temperatura de la piel que recubre la zona calentada y da exacta idea del calor real, *calor útil* a que están sometidos los tejidos en tratamiento.

Su aplicación no tiene más dificultades que la introducción de un Beniqué y el calorificador puede funcionar de igual manera con corriente continua o alterna siempre y cuando se interponga en la línea un dispositivo de galvanocautia (Pantostato, cuadro mural, etc.) de los que son ya comunes y corrientes en todos los gabinetes médicos.

El aparato se construye en forma de Beniqué para toda la uretra o en forma recta y corta de bujía Dittel-Kollmam, para aplicaciones localizadas a la uretra anterior.

Se fabrica actualmente de calibre correspondiendo a los números 18, 21 y 24 de la escala Charriere, pero sobre demanda puede hacerse también de otros calibres especiales.

Calorificador completo, con termómetro, enchufe, cable y un repuesto de líquido aislante; en elegante estuche de madera pulimentada 150 Ptas.

A cada aparato acompaña un folletto conteniendo las ideas fundamentales de este tratamiento, modo de obrar, casos clínicos, etc.; unas instrucciones detalladas sobre la técnica de aplicación, y unas tarjetas con diagramas para observaciones clínicas.

Soporte especial, modelo del Dr. Sánchez de Val, muy cómodo para sostener el calorificador durante las largas sesiones de cura y utilizable también para cistoscopios, dilatadores uretrales, etc. 60 Ptas.
(Este aparato no es indispensable para la aplicación del tratamiento)

Estuche completo conteniendo:

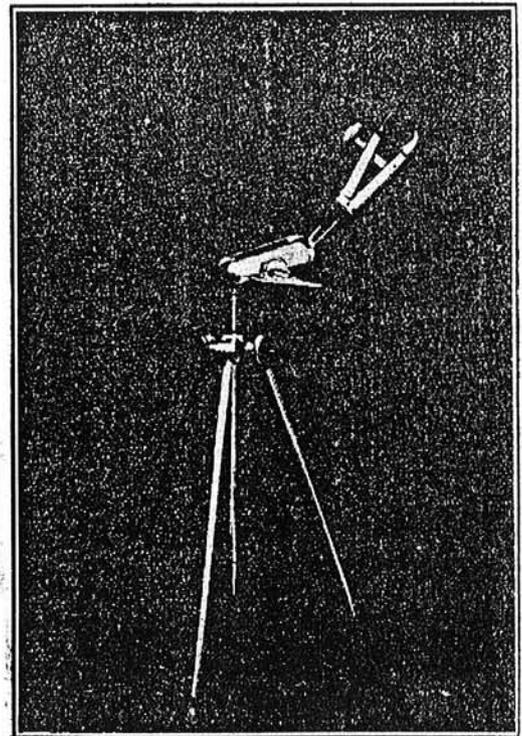
- Un calorificador recto, núm. 21.
- Un calorificador largo, forma Beniqué, núm. 18.
- Un calorificador largo, forma Beniqué, núm. 21.
- Un calorificador largo, forma Beniqué, núm. 24.
- Un soporte.
- Una botellita de líquido aislante, con repuesto para todos los aparatos.
- Cable de enchufe y toma de corriente. 600 Ptas.

Los aparatos se garantizan por un año de cualquier desperfecto o trastorno de funcionamiento que pudiera ocurrir debido a su uso.

Tarjetas con diagrama del aparato urinario, en forma de fichas—modelo americano (105 x 150 m/m.)—muy prácticas para anotar rápidamente las observaciones clínicas y poder hacer trabajos de estadística, estudios comparativos, etc.

50 tarjetas	2 Ptas.
100 "	3 "
1000 "	25 "

NOTA. Estos precios regirán sin alteración en tanto duren las actuales circunstancias, pudiendo modificarse en más o en menos, cuando estas varíen y en relación con los cambios en el precio de los metales, mano de obra, material eléctrico, etc.



CALORIFICADOR URETRAL DEL DR. SÁNCHEZ DE VAL

Consideramos interesante reproducir el aparato inventado por el Dr. Sánchez de Val en colaboración con el Ingeniero Sr. Córdoba, en 1917 como método de cura de las uretritis gonocócicas, junto con el trabajo original, por su interés tanto histórico como de precursor del calor como medio de tratamiento en la patología urológica

NUEVO MÉTODO DE TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA URETRAL

TRABAJO PRESENTADO AL CONGRESO CELEBRADO EN SEVILLA, POR LA ASOCIACIÓN
PARA EL PROGRESO DE LAS CIENCIAS, EN LOS DÍAS 6 A 11 MAYO 1917
por el Dr. SÁNCHEZ DE VAL

La blenorragia es la infección de la uretra por el gonococo de Neisser y en esta infección como en todas las otras, se imponen un conocimiento exacto del parásito, del huésped y de las relaciones biológicas que entre ambos se establecen para poder plantear con fruto el problema del tratamiento curativo de la infección. El estudio incompleto de la totalidad de estos factores ha sido la causa hasta ahora del resultado insuficiente o desigual de los esfuerzos terapéuticos. Cuando en 1879, descubrió Neisser el diplococo que lleva su nombre y fijó sus características de ser intracelular y de decolorarse por el procedimiento de tinción de Gram, distinguiéndose por este detalle especial de la casi totalidad de las otras bacterias uretrales, y se supo además que el gonococo era un microbio débil, poco resistente a la acción de los agentes físicos y a los antisépticos habituales, pareció que ya estaba todo sabido en el asunto de la blenorragia y que la curación de las supuraciones uretrales debía ser un sencillísimo problema. Realmente la terapéutica antiséptica local que a partir de este descubrimiento iniciaron el mismo Neisser y sus alumnos (Jadassohn), ha gozado de un favor creciente hasta la fecha, y ha ido alcanzando resultados cada vez mejores con el descubrimiento y el empleo de nuevos agentes medicamentosos, especialmente con los modernos preparados de sales orgánicas de plata. Pero no se ha llegado por este camino a la resolución íntegra del problema; la blenorragia, infección local, superficial, asequible, que teóricamente debía ser una de las enfermedades más inocentes y curables, sigue siendo un castigo de la Humanidad, extendida en proporciones aterradoras, quizás superiores a las de ninguna otra infección conocida; y a despecho de los mejores tratamientos, de los planes terapéuticos mejor concebidos y más delicadamente ejecutados por notables especialistas, dura a veces semanas y semanas, pasa con inusitada frecuencia al estado crónico y eterniza sus lesiones, cansando la paciencia de los médicos y de los enfermos, que acaban muchas veces por prescindir de la curación entregándose en manos del

charlatanismo o conformándose con llevar su enfermedad como un mal menor o un achaque de imposible remedio.

Los modernos conocimientos de Histopatología, el empleo de la endoscopia, los perfeccionamientos actuales del instrumental quirúrgico, el uretroscopio, los dilatadores a rosca, etc.; han permitido conocer más detalladamente esta infección y darse cuenta de como a pesar de la aparente debilidad del gonococo, éste introduciéndose en los repliegues uretrales, en los fondos de saco de las Glándulas, colonizando en la submucosa, se defiende perfectamente de todos nuestros antisépticos, que no le alcanzan y da lugar a la formación de las esclerosis duras y blandas de la uretra, de los focos parauretrales y prostáticos que sostienen y eternizan esta infección. Tales conocimientos han venido a añadir una serie de nuevos recursos y procedimientos terapéuticos a los que antes se usabais, y los nombres de Kollmann, Oberlander, Janet, Luys y tantos otros, pueden figurar con justo derecho al lado de los de Neisser y sus discípulos, habiéndose conseguido dominar la uretritis crónica, la gota militar, que se tenía por incurable y que es origen de tantos daños matrimoniales, de tantos casos de esterilidad y de tantos contagios evitables.

Aún más: el estudio de las reacciones de inmunidad en las infecciones, el conocimiento de las formas de resistencia del gonococo, el papel preponderante de otras bacterias asociadas en las supuraciones uretrales, el carácter condicional de aerobio o anaerobio de este microbio, el estudio de la fagocitosis, de la formación de antitoxinas específicas, etc.; han venido, ya en la más cercana actualidad, a traer al problema de esta infección nuevos elementos de juicio y nuevos recursos terapéuticos, como los sueros y sobre todo, las vacunas, hoy de empleo corriente en esta enfermedad. (1) Los nombres de Bumm, Nicolle, Steinschneider, Mayoral, Pérez Grande, etc; pueden figurar también con justo derecho entre los campeones de la campaña antigonocócica

Todos estos trabajos a los que rápidamente he

aludido y que representan tan colosal suma de estudios y de esfuerzos, no han conseguido aún sino victorias parciales en la lucha contra la infección gonocócica. Ciertamente, hoy día puede asegurarse que todo blenorragico bien tratado y dócil para someterse a los recursos y manipulaciones de un especialista urodólogo hábil, puede curar de su blenorragia, cualquiera que sean la fecha y la gravedad de las lesiones; pero no se puede asegurar sin grave peligro de error que tal blenorragico curará en tanto tiempo y que bastará este o el otro tratamiento para dominar su infección y evitarle complicaciones en la cura. El tratamiento abortivo sigue siendo un tratamiento de mera probabilidad y la curación de la úretritis crónica, una curación segura, solamente en el caso de no haber limitaciones de aptitud, de tiempo, de posibilidad económica, ni de paciencia por parte del enfermo y del médico.

Estas consideraciones, unidas a los datos que el Laboratorio y la Clínica nos ofrecen, obliga a pensar que hacen falta todavía nuevas orientaciones, nuevos recursos para la solución completa y sobre todo rápida y segura del problema de la infección Neisseriana.

Se ha comprobado en el Laboratorio que el Gonococo es uno de los microbios más difíciles de cultivar por su escasa vitalidad: basta la desecación al aire, la exposición sostenida a la luz, la acción de cualquier antiséptico en solución muy diluida, para esterilizar completamente el pus blenorragico; la temperatura de 39 grados durante 12 horas, la de 40 durante 6 horas, la de 55 durante algunos minutos, o la de 0 grados en la nevera, detienen definitivamente el desarrollo de los cultivos; las siembras en los diferentes medios empleados, se hacen rápidamente infértiles y en general los tubos quedan estériles después de 4-5 pasos; únicamente en los medios albuminosos y en muy especiales condiciones, se han podido obtener generaciones repetidas.

La Clínica enseña que la infección gonocócica tiene siempre tendencia a la localización, que despierta reacciones de defensa muy limitadas y que solo en los primeros momentos del contagio o cuando por romperse la barrera de aislamiento de un foco acantonado, pasan microbios y toxinas a colonizar en un órgano sano o a invadir el torrente circulatorio, hay reacciones generales de cierta intensidad y aun estas suelen ser pasajeras y dejar

lugar prontamente a lesiones localizadas con tendencia a la cronicidad. En la infección de la uretra, que es el problema clínico más frecuente todo el proceso infectivo se desenvuelve en las paredes del conducto, en un territorio orgánico accesible en su totalidad a nuestros actuales medios de investigación y tratamiento y cuyos detalles de forma y estructura son plenamente conocidos. Es también observación frecuente que la fiebre de una en-

fermedad intercurrente, o aún la misma de una complicación como la epididimitis o la prostatitis, atenuan y a veces curan completamente el proceso gonocócico.

Si éste resiste, si la blenorragia dura mucho más tiempo del que dura cualquier otra infección superficial local, y si pasa con excesiva frecuencia a convertirse en afección crónica a pesar de nuestros tratamientos mejor conducidos y de su relativa benignidad, hay que reconocer que nuestros recursos terapéuticos actuales son todavía insuficientes y necesitamos otros nuevos.

Es sabido que el gonococo uretral Gram-negativo, agente causal indiscutible de la blenorragia, se desarrolla tras un período de incubación de uno o dos días en la superficie de la uretra, que ocasiona allí una reacción fagocitócica y una supuración muy abundante y que rápidamente va siendo substituido en la secreción por cocos Gram-positivos más resistentes y se va haciendo anaerobio y acantonándose en los fondos de saco de las múltiples glándulas de la mucosa uretral; allí despierta también las naturales reacciones de defensa y lentamente por un proceso de fagocitación y de esclerosis, los focos infectivos localizados son aislados y destruidos.

De esta localización dependen las dificultades del tratamiento; en primer lugar, los fondos de saco glandulares no son asequibles a los antisépticos depositados en la superficie de la mucosa; en segundo lugar, es siempre muy fácil que un foco ya atenuado y que parecía totalmente curado, se rompa o se abra parcialmente y produzca una nueva siembra en terreno sano, en el que rápidamente el gonococo recobra su vitalidad y virulencia primitivas (y hasta sus caracteres morfológicos y de tinción) para después limitarse y acantonarse nuevamente. Si la destrucción de uno de estos focos es muy violenta, puede fácilmente pasar el microbio a órganos extra-uretrales y aún extra-genitales donde el proceso se repite con las naturales variantes de gravedad, y de sintomatología derivadas del órgano atacado.

En este esquema del proceso infectivo, pueden señalarse las indicaciones de los diversos tratamientos y las causas de sus éxitos y fracasos. El llamado tratamiento abortivo, por medio de los antisépticos relativamente concentrados, solo puede dar resultados en los primeros días de la infección, siendo inútil, si ya están invadidas las glándulas y aún perjudicial en el caso de una agresión demasiado violenta, que al provocar grandes desprendimientos de epitelio, contraría el proceso curativo natural y facilita la extensión de la infección. El tratamiento antiséptico en general, ya se emplee siguiendo la técnica de las inyecciones o la de los lavados uretrales, es eficaz por su acción antiséptica sostenida y por la reacción uretral que produce,

umentando las secreciones glandulares y el consiguiente arrastre de bacterias; tiene la limitación, de que la acción antiséptica solo se ejerce en la superficie de la uretra, cuando la verdadera localización patológica es más profunda, dificulta la regeneración de los epitelios y si las curas son enérgicas, facilita la destrucción de la barrera natural de aislamiento de los gérmenes, con la consiguiente posibilidad de complicaciones.

El tratamiento endoscópico, la dilatación, la electrolisis, etcétera, tienen sus indicaciones exclusivas en los focos crónicos bien limitados.

El tratamiento interno por los balsámicos y los antisépticos urinarios, es hoy, completamente insuficiente, porque si los focos de gonococos son difícilmente abordables desde la superficie de la uretra, lo son más aún por la acción directa de los medicamentos en circulación a las dosis terapéuticas; se trata de focos en los que se inicia o se ha desarrollado ya un proceso de esclerosis para aislar al germen, y en estos focos la circulación es limitada y la acción medicamentosa difícil. Tampoco se puede atribuir gran valor al papel antiséptico del medicamento expulsado y diluído por la orina, obrando por contacto durante la micción, caso análogo al del tratamiento por los lavados.

El tratamiento bacterioterápico, tiene sus indicaciones bien marcadas en los momentos de la infección en que esta provoca reacciones generales.

Falta anotar el empleo y acción de los agentes físicos, de los que verdaderamente no se ha hecho todavía un estudio suficientemente detenido en esta enfermedad, y ofrécese el calor como el más inocuo y enérgico de todos si se tienen en cuenta los datos que antes indicaba, suministrados por el laboratorio y que demuestran que es el gonococo una de las bacterias patógenas más sensibles a las temperaturas elevadas.

Los ensayos para el empleo del calor son ya bastante antiguos y han sido cuidadosa y entusiastamente hechos por diferentes especialistas; pero los resultados no han sido hasta ahora todo lo halagüeños que podía esperarse. Se ha empleado el calor en diferentes formas: fomentación, lavados, sondas térmicas, baño caliente, diatermia. Estos diferentes métodos han dado todos ellos algún resultado, pero no de una manera tan regular y constante que hayan merecido adaptarse plenamente en la práctica. La tolerancia al calor era imperfecta, las aplicaciones algo dolorosas y expuestas a la quemadura y la temperatura difícil de calcular y de medir.

El empleo del calor que más prosélitos ha hecho es la moderna «Diatermia», de la cual confieso no tener todavía experiencia personal, pero que a mi juicio no está exenta de las siguientes objeciones: dificultad de localizar la acción del calor a la

uretra, en especial a la uretra profunda, pues siendo la zona de calorificación la del paso de la corriente entre los dos electrodos, si estos se ponen en la piel, podrá localizarse el calor medianamente bien en el pene, pero muy mal en la uretra profunda, y si uno de los reóforos, es un cateter uretral y el otro está en la piel, la zona intermedia no corresponde a la uretra, sino por uno de sus lados; la temperatura de los tejidos sometidos a la diatermia, es casi imposible de medir y probablemente desigual en cada uno de ellos, ya que depende de la conductibilidad eléctrica y esta difiere mucho según la distancia entre los electrodos y según se trate de una fibra nerviosa o de una zona conjuntiva o muscular; reparto desigual que puede tener como consecuencia, insuficiencia de acción en una parte y lesiones en otras por exceso de temperatura. Este tratamiento requiere además aparatos costosos y para cuyo manejo se necesitan conocimientos especiales.

Respecto al moderno tratamiento de O'Weiss, que consiste en elevar la temperatura del cuerpo hasta 42 grados por medio de baños calientes, resulta un tratamiento con tantas contraindicaciones, tan peligroso para el corazón y el pulmón del enfermo, tan difícil de establecer; que aunque resulte eficaz, es verdaderamente demasiado arriesgado el tratar así una blenorragia uretral, además de que no siempre ofrece seguridades de éxito.

Yo me he ocupado desde hace bastante tiempo en estudiar la manera de hacer aplicaciones de calor a la uretra, convencido de que este agente podía satisfacer las siguientes indicaciones útiles: destruir el gonococo por aumento directo de la temperatura, aumentar activísimamente la circulación sanguínea de la región tratada, favoreciendo así la fagocitosis que es el principal mecanismo curativo natural; penetrar en el seno de los tejidos en todo el espesor de las paredes uretrales y más allá de ellas, sin lesionarlas, alcanzando de esta manera igual a los gonococos superficiales que a los incluidos en el fondo de las glándulas; favorecer el reblandecimiento de los focos escleróticos, facilitar el vaciamiento de las glándulas y la expulsión de los tapones mucosos o purulentos que cierran sus orificios escretorios; ofrecer la posibilidad, por último, de una acción intensa susceptible de producir en cada caso curaciones rápidas y seguras.

Para todo ello era necesario una actuación calorífica enérgica, una medida relativamente exacta de la temperatura de los tejidos, que pusiera al abrigo de quemaduras, y una tolerancia lo más completa posible del calor.

He hecho en cuatro años diferentes ensayos para lograr estos objetivos, valiéndome primeramente de sondas calentadas por corrientes de agua y últimamente de sondas o bujías electrotérmicas.

Los resultados dejaban mucho que desear y al igual que otros experimentadores, que han hecho antes que yo ensayos semejantes, las realidades prácticas, no correspondían a las grandes esperanzas que teóricamente tenía concebidas.

El principal inconveniente lo encontré siempre en la mala tolerancia del calor; si éste era poco acentuado, la refrigeración producida en la superficie de las sondas por la activa corriente sanguínea, limitaba mucho la temperatura utilizable si la temperatura se elevaba, rápidamente se producía sensación de quemadura que hacía intolerable la permanencia del cateter en la uretra. Otra dificultad era la medición exacta de la temperatura, pues ni aun en el caso de poner un termómetro en el interior de la bugía termógena (hablo del empleo de las resistencias eléctricas), éste podía dar una temperatura exacta, ya que la menor o mayor distancia de la cubeta al hilo calórico produce siempre grandes oscilaciones en la columna termométrica; también era difícil el poder alcanzar con una sonda de escaso calibre, una temperatura elevada y un buen rendimiento de calor.

Tras de muchos ensayos he conseguido recientemente, ayudado por el notable ingeniero Don M. Córdova, construir un nuevo aparato que me ha dado entera satisfacción. Este aparato responde a un sistema de calorificación completamente original y que es el que nos ha permitido obtener ventajas en donde los anteriores ofrecían inconvenientes.

Actúa o se calienta también por medio de una resistencia eléctrica, pero el hilo calórico no obra ya directamente sobre la pared del cateter, sino sobre un líquido cuya composición ha sido objeto de investigaciones particulares, y que reúne a la condición de ser un magnífico aislante de la electricidad, la de ser un excelente conductor del calor. La resistencia empleada permite un amplio margen de corriente, hasta el punto, de haber utilizado en las pruebas 25 amperes y haber elevado la temperatura del cateter a 150 grados en régimen, es decir, de una manera sostenida. La disposición de la resistencia en forma helicoidal es tal, que obliga al líquido interior a circular a todo lo largo del cateter, distribuyendo el calor con completa homogeneidad. Un tubo que comunica ampliamente con el interior del aparato y que está lleno del mismo líquido, permite introducir en él un termómetro y tener a la vista la indicación constante y exacta de la temperatura interior del mismo.

Un reostato de los que se utilizan comúnmente para cáustica, que tenga bastante capacidad funcional, se interpone siempre entre el aparato y la toma de corriente del alumbrado, para regular la temperatura.

Una serie de ensayos metódicos me han permitido también establecer con rigurosa exactitud,

la temperatura del aparato correspondiente a los amperes absorbidos por la resistencia.

En cuanto a la temperatura de la uretra, que es la verdaderamente interesante, no he encontrado aún manera exacta de medirla, porque la circulación de la sangre, produce un enfriamiento constante, cuya cuantía es de difícil apreciación. La uretra primero y el miembro entero después, se calientan al tacto muy perceptiblemente. El enfermo experimenta también con toda claridad la sensación de calor intenso. En sujetos de uretra ancha y utilizando un cateter delgado, número 16, he podido a veces, introduciendo la punta de la cubeta de un termómetro clínico, comprobar que la temperatura pasaba de 45 grados, y fuera de la uretra, en contacto con la piel del miembro que recubre el conducto, llega esta fácilmente a los 39'5 los 40 y los 43', aun cuando debe calcularse que es bastante más elevada, dada la manera imperfecta de medirla; y esto, siempre dentro de los límites de una buena tolerancia por parte del enfermo.

El aparato lo utilizo siempre, llenando la uretra con aceite esterilizado, que cumple el doble objeto de facilitar su introducción y de establecer entre él y la pared uretral, una capa líquida que evita el contacto y disminuye mucho la sensación de quemadura y la reacción consecutiva.

Las ventajas de este sistema de calefacción por líquido intermediario, son: la posibilidad de alcanzar temperaturas muy elevadas, mediante el empleo de resistencias potentes, el que no hay peligro de quemaduras, pues aún en el caso de que se estableciera desde el primer momento corriente muy intensa, el líquido se calienta lentamente y circula por dentro del tubo, repartiendo el calor con absoluta uniformidad; el enfriamiento es igualmente lento; la temperatura se vigila cuidadosamente por el termómetro interior, por la graduación del reostato, por las sensaciones del enfermo a quien se consulta frecuentemente y en caso preciso por el termómetro en la uretra o en el ángulo peno escrotal, aumentando o disminuyendo su intensidad con el reostato, o un interruptor.

La tolerancia de la nueva bugía termógena es mucho mejor que la de las construidas anteriormente, a pesar de su mayor potencia calórica; se toleran con pocas molestias temperaturas superiores a la de 40-45 grados que basta para destruir el gonococo; la molestia consecutiva es menor que la producida por un lavado de permanganato al 1 por 2000, y al día siguiente una secreción serosa, flúida y rosada que dura unas cuantas horas suele ser el único fenómeno reaccionar.

La previa inyección de aceite en la uretra contribuye seguramente también a este resultado y actualmente me ocupo de estudiar la posible combinación de este aceite con sustancias germicidas para

el gonococo, a fin de aumentar todavía la eficacia del aparato.

Caben igualmente combinaciones de este tratamiento con el tratamiento por las vacunas y con todos los recursos higiénicos y de medicación interior que quieran emplearse. Yo, sin embargo; para el estudio del procedimiento y en todos los casos que a continuación se señalan, me he limitado a el empleo del calor pura y exclusivante, empleando para el lavado previo de la uretra el agua estéril y para la inyección uretras el aceite puro de olivas.

La técnica usada por mí es la siguiente: Lavado de las dos uretras con agua estéril (este lavado lo suprimo algunas veces si el enfermo hace una micción abundante inmediatamente antes de la cura); inyección en la uretra hasta distenderla bien con aceite de olivas esterilizado; introducción de mi cateter termógeno, previamente lavado con alcohol y esterilizado a la llama, teniendo cuidado de conservar en la uretra la mayor cantidad de aceite posible; una vez introducido el cateter se le confía a un ayudante, o mejor se le sostiene en posición con un soporte de los que se emplean para fijar el cistoscopio; embone de la borna de corriente y toma gradual de la misma por medio del reostato hasta alcanzar unos 10-12 amperes, lo que representa en régimen una temperatura dentro de la sonda de 75-90 grados. En esta toma suelo emplear unos 10 minutos para que el calentamiento de la uretra sea gradual, sostengo así la temperatura durante 10-15' retiro la borna de contacto y quito el aparato. Se emplean en total de 20 a 25 minutos, y se repite la sesión cada dos o tres días. Si durante la sesión, el enfermo acusa molestia y sensación de quemadura, se corta la corriente, bien con el reostato o desconectando la borna de enchufe durante unos momentos (1), y se vuelve a conectar cuando la sensación molesta ha pasado del todo.

Mi experiencia no es aún bastante completa para establecer conclusiones definitivas respecto al valor terapéutico de este método; sí lo es, para establecer su perfecta tolerancia aun en casos de próstata inflamada y de epididimitis reciente; también para señalar la rápida desaparición de las bacterias uretrales y la disminución del exudado; resultados notables si se tiene en cuenta que en el caso que más, he empleado tres sesiones, y que en alguno ya después de la primera se podía pensar en una curación completa. Debe señalarse también la ausencia de complicaciones y la facilidad con que se evacuan los tapones purulentos de la Litritis después de una de estas sesiones de calorificación tiretral.

Indudablemente es este tratamiento el menos agresivo y más racional de los empleados como

abortivos de la blenorragia, y es aquí donde creo que ha de encontrar sus principales indicaciones, pues dominando en las primeras etapas de la infección e, gonococo típico, que resiste al calor menos que los diplococos uretrales, siendo la infección todavía superficial, se encuentra en mejores condiciones de ser combatida, sin que se requiera como en otros tratamientos estar en el segundo o tercer día de infección para obtener éxito. Siendo la blenorragia aguda e incipiente el caso que con más frecuencia se presenta al médico, cabe asegurar que las indicaciones de su empleo y las probabilidades de su éxito serán numerosas.

En las uretritis crónicas, indudablemente facilita el reblandecimiento de los focos de esclerosis y combinado con la dilatación y los lavados abrevia grandemente el plazo de la cura. Por lo que yo he observado, cabe esperar también un efecto útil en el período de declinación de las epididimitis y prostatitis gonocócicas, facilitando la reabsorción de las infiltraciones y activando poderosamente la corriente circulatoria.

CASOS CLÍNICOS

Observación La P. L. de 27 años, padeció hace cinco años una blenorragia de la que curó completamente después de siete semanas de lavados por el método de Janet, no habiendo vuelto a sentir molestias ni secreción uretral de ninguna clase. A los tres días de un nuevo coito sospechoso aparece una gota de supuración en el meato, escozor fuerte al orinar y todos los síntomas de una uretritis aguda. Se presenta a nuestra observación a los cuatro días de estos síntomas o sea a los ocho de contagio con la sintomatología correspondiente a una blenorragia de intensidad mediana en período agudo.

Examen de la secreción: gonococos abundantes intracelulares, algunos cocos gran positivos, células epiteliales de la uretra.

Primera sesión de calorificación, con cateter de corvadura de Beniqué: La sesión dura veinte minutos y la temperatura del exterior del miembro tomada en el ángulo peno-escrotal durante la cura llega a 39'5 y se sostiene así durante diez minutos. La sesión es bastante bien tolerada y no despierta apenas fenómenos reaccionases.

El enfermo vuelve a los dos días, la supuración casi ha desaparecido en absoluto y no hay sino un ligero escozor al orinar. Del Laboratorio envían el siguiente informe: «No se pudo obtener gota y se hizo la preparación paseando un asa de platino en el interior del conducto; no hay leucocitos, se encuentran masas epiteliales más o menos informes, pero escasas, algunos bacilos cortos y gruesos tipo

(1) El primer modelo construido llevaba un interruptor, pero siendo difícil construir un buen interruptor para corrientes de 20-25 amperes, lo he suprimido simplificando así el aparato y haciéndolo más aseptizable y manejable.

Coli y escasos diplococos esféricos.»

Después de hecho este examen se hace una segunda sesión de calorificación uretral de otros veinte minutos de duración, que es tan bien tolerada como la primera. A los dos días y después de pasar nuevamente por el Laboratorio, vuelve el enfermo que no acusa molestia ninguna: la orina está limpia y por expresión no se puede obtener ninguna cantidad de pus. Se le recomienda esperar cuatro días más y si no hay molestia alguna tomar al cuarto día algunos bocks de cerveza y algunas copas de coñac, viniendo al día siguiente a la consulta.

El Laboratorio manda el siguiente informe: «No se ha podido obtener gota de pus por expresión uretra; la orina no contiene filamentos, el asa de platino pasada por el conducto uretral permite hacer una preparación en la que se encuentran: masas epiteliales degeneradas, 3-4 bacilos tipo Coli, ningún leucocito, un solo diplococo esférico Gram-positivo.

El enfermo volvió al quinto día después de la prueba de la cerveza, en la que se había excedido un tanto; pues asegura que llegó a los linderos de la embriaguez y no presenta secreción ni filamentos en la orina. Es dado de alta después de dos únicas sesiones de cura por la calorificación, con gran contento suyo que recordaba los dos meses de lavados de la blenorragia anterior. Este enfermo ha sido visto por mí, a los dos meses de dado de alta sin haber vuelto a presentar molestia alguna, a pesar de haber efectuado repetidos coitos en este intervalo.

Observación 2ª J. C., de 22 años, ha tenido una blenorragia que le obligó a ingresar en el Hospital Militar; allí estuvo treinta y dos días, haciéndosele lavados con cánula de doble corriente y tomando píldoras balsámicas, dado de alta, a los cuatro días de su salida del Hospital, se le reproduce el flujo y tiene que volver a ingresar pasados dos días de su salida. Es sometido de nuevo al mismo tratamiento durante dos semanas, y dado de alta nuevamente se le reproduce la supuración a los pocos días de su salida. En estas circunstancias viene a visitarme; en total han pasado próximamente dos meses desde que contrajo la iAfección.

Presenta supuración abundante de color verdoso; orina de la primera copa, turbia; uretra dolorosa al tacto, próstata uniformemente engrosada y sensible a la palpación; micciones dolorosas, el meato muy enrojecido.

Análisis: Gota uretral; abundantes leucocitos, diplococos uretrales abundantísimos, intracelulares y libres, escasos gonococos típicos, algunas otras bacterias de tipo mal definido; células epiteliales abundantes, de epitelio pavimentoso y de epitelio cilíndrico, muchas en vías de degeneración.

Se somete a este enfermo durante tres días a lavados uretró vesicales por el método de Janet, con

solución de oxicianuro de mercurio al 1 por 4.000, y toma al interior «Arheol». Al cuarto día la supuración y los dolores a la micción han disminuido algo. Se hace la primera sesión de calorificación que es bien tolerada, aunque la temperatura no puede elevarse tanto como en otros enfermos y no pasa de 39' tomada en el exterior del pene. La sesión dura en total veinte minutos. Al día siguiente la supuración ha aumentado un poco, la próstata está menos abultada y dolorosa, la micción sigue molestando como antes. No se hace cura alguna y el enfermo vuelve al día siguiente; la supuración ha disminuido ostensiblemente, la micción es menos dolorosa, la próstata está casi normal. Se hace una segunda sesión de calorificación de otros veinte minutos de duración que es mejor tolerada y en la que la temperatura puede elevarse un poco más; se dispone que el enfermo vuelva a los tres días trayendo el informe del Laboratorio del día antes, o sea de la secreción obtenida a las cuarenta y ocho horas de esta segunda cura. El informe dice: «No hay gota uretral, los filamentos urinarios recogidos por centrifugación contienen: células epiteliales degeneradas y en masas amorfas bastante abundantes, algún leucocito, escasos cocos grandes redondeados».

Se hace una tercera cura de calorificación y el enfermo vuelve a los tres días. El informe dice: «No hay gota uretral, no hay filamentos urinarios; una preparación hecha con el asa de platino pasada por el interior del conducto uretral, presenta: masas amorfas de epitelios ningún leucocito, muy escasas bacterias de forma alargada y algunos cocos, esféricos y sueltos, no hay gonococos. Se recomienda al enfermo que vuelva pasados algunos días, pero éste creyéndose curado no vuelve más».

Observación 3ª M. A. Este enfermo tiene una blenorragia uretral que ha sido tratada por los lavados Janet, con permanganato durante tres semanas; en esta fecha sobreviene una epididimitis del lado derecho que obliga a suspender el tratamiento local. Se hace una aplicación de vacuna polivalente del Laboratorio Municipal de Madrid que es repetida cada tres días adosis progresivamente crecientes, durante quince días. La epididimitis evoluciona con alguna benignidad y el enfermo no ha tenido que guardar, cama ni abandonar sus ocupaciones; la temperatura mayor en el día primero y segundo, no pasó de 38'5. Mejorada la epididimitis y a los quince días de abandonado el tratamiento intrauretral por causa de esta complicación, se le hace la primera aplicación de calor local, subsistiendo todavía induración marcada y dolorosa del epidídimo enfermo. La sesión de veinticinco minutos es muy bien tolerada, pudiendo alcanzar una temperatura de 39'8 en la piel del miembro, de 45' en la uretra y de 80' en el interior del cateter.

A los dos días se hace examen del pus y se

repite la sesión en la misma forma. El análisis acusa: ausencia de gota; filamentos urinarios poco abundantes, de escasa densidad y formados por: células epiteliales de tipo oval y redondas, algunos leucocitos, masas hialinas de mucus y algunos cocos gruesos y sueltos pero en número muy escaso

A los tres días de la segunda sesión, los filamentos son muy pequeños y de poca densidad, el enfermo suspende el tratamiento por ausencia temporal. Todavía no se le ha vuelto a reconocer ni ha sido dado de alta.

Observación 4ª: Enfermo de uretritis aguda, se ha tratado exclusivamente por la calorificación, empezando el tratamiento al tercer día, después del contagio. Presentaba en esa fecha los síntomas clínicos de una blenorragia de intensidad media y en el examen del pus: células epiteliales, leucocitos, abundantes gonococos típicos. Después de dos sesiones con intervalos de dos días, que fueron bastante bien toleradas, la secreción había desaparecido y existían filamentos pequeños que se mantienen en la capa media de la orina, éstos contienen, células epiteliales abundantes, mucina, restos celulares informes, escasos bacilos, tipo Coli, ningún gonococo. El enfermo se cree curado y suspende el tratamiento, prometiendo volver a visitarme si nota alguna molestia más. En total se han hecho dos sesiones y la enfermedad ha durado desde el contagio a la curación escasamente una semana.

Observación 5ª: Enfermo de uretritis crónica, datando de ocho meses; gota matinal persistente. Este enfermo ha sido tratado por mí durante dos meses por la dilatación que se hace llegar hasta el 70 Beniqué (35 del Kollmann) y lavados de permanganato y cianuro. A pesar de este tratamiento persiste la gota matinal, si bien más pequeña y fluida, en la que se encuentran: masas epiteliales, leucocitos, numerosos cocos gruesos Gram-positivos y bacterias de tipo Coli y otras, difíciles de clasificar. Se le hacen dos sesiones de calorificación con intervalos de tres días; después de la segunda, es enviado nuevamente al Laboratorio, y el resultado del examen es el siguiente: «No se pudo extraer secreción, haciéndose el examen de los filamentos obtenidos en la primera porción de orina, separados por centrifugación: éstos son cortos y gruesos, están formados por masas amorfas de mucina y restos de epitelio, algunas células epiteliales enteras pero vacuolizadas, ningún leucocito, hay algunos bacilos Coli, pero en número muy corto. El enfermo dado de alta condicionalmente ha suspendido el plan higiénico, ha bebido abundantemente y ha efectuado varios coitos sin que la secreción haya aumentado en lo más mínimo; antes bien los filamentos son más escasos, no se presentan sino en la micción de la mañana y el enfermo no acusa molestia ninguna. Como yo atribuyo la persistencia de

los filamentos a la destrucción epitelial ocasionada por la duración de la enfermedad y por el tratamiento largo que se ha hecho, no quiero hacer ninguna nueva intervención considerando al enfermo curado aunque recomendándole vuelva a reconocerse dentro de dos meses.

Observación 6ª J. C., enfermo también de uretritis crónica, ha sido sometido a la dilatación hasta llegar al 40 Kollmann (80 Beniqué). En este caso la gota dura desde hace ocho años y el enfermo quiere curarse para contraer matrimonio. Al principio del tratamiento tenía una amplia zona de infiltración dura en la región bulbar y otra en el ángulo de flexión del pene, quistes glandulares purulentos en las glándulas de Littré. El tratamiento por la dilatación, los lavados y las curas locales por el uretroscopio han mejorado grandemente estas lesiones, desapareciendo las infiltraciones, pero sin agotar los filamentos ni completamente la gota matinal; ésta contiene pus, células epiteliales deformes en escasa cantidad y unos cocos esféricos sueltos o en parejas Gram-positivos. No hay gonococos.

Después de la sesión de calorificación que fue bastante prolongada (treinta minutos), la gota ha desaparecido completamente, los filamentos son escasísimos y contienen: masas de mucina, ningún leucocito, células ovales y algún epitelio degenerado, muy escasas bacterias de imposible clasificación. Se suspende el tratamiento para esperar la regeneración del epitelio de la uretra; no ha vuelto a aparecer la gota matinal y han desaparecido los filamentos, el enfermo será sometido nuevamente a exploración antes de su boda

Observación 7ª: Enfermo de uretritis aguda; blenorragia típica, ha sido tratado por los lavados (Janet) durante cuatro semanas, habiéndose conseguido la desaparición casi total del flujo. En esta época tiene que hacer un viaje y durante él efectúa algún coito; a su regreso la supuración ha vuelto a presentarse abundante y contiene leucocitos, epitelios y abundantes bacterias, dominando el diplococo uretral Gram-positivo. Vuelve a someterse al mismo tratamiento, pero la situación no se modifica apenas. Se hacen tres sesiones de calorificación, que son bien toleradas, pero después de las cuales se presenta alguna secreción y aumento de los filamentos; éstos contienen: Trozos de epitelio, células poligonales vacuolizadas, redes de mucus, algunos cocos esféricos y sueltos en muy escaso número, ausencia de gonococos. Se suspende el tratamiento en espera de la regeneración epitelial, pero a los seis días vuelve a aparecer una pequeña gota. El enfermo continúa en tratamiento.

Observación 8ª: Uretritis aguda, en el décimo día de supuración. Gota con gonococos y diplococos. Se ha tratado por los balsámicos y él mismo se ha aplicado algunas inyecciones uretrales

de permanganato al medio por mil. Se hacen dos sesiones de calorificación con intervalos de tres días; no producen reacción alguna apreciable y sí disminución rápida del flujo, después de la primera sesión, y su desaparición completa después de la segunda. A los tres días de esta segunda sesión ya no hay tampoco filamentos urinarios; el examen de la secreción uretral hecho por recogida con el asa de platino, acusa: ningún leucocito, masas epiteliales, ausencia total de gonococos y diplococos, alguna bacteria tipo Coli en escaso número. El enfermo es dado de alta después de hacer la prueba de la cerveza sin que se reproduzcan la secreción ni los filamentos

Observación 9ª: Enfermo de uretritis tratado durante dos semanas por los lavados uretrovesicales, una epididimitis hace suspender el tratamiento y a la declinación de este proceso se reproduce abundantemente la supuración, que contiene: leucocitos, mucina, algunos gonococos en corto número, abundantes cocos redondeados, en masas y sueltos, restos epiteliales. Se hace una sesión de calorificación que es bien tolerada, pudiendo llegarse a 40 grados en la piel del ángulo peno escrotal, y a 85 en el interior del aparato. Se produce bastante reacción habiendo al día siguiente ligera secreción sanguinolenta y algo de escozor en las micciones. A los tres días toda la secreción ha desaparecido así como las molestias a la micción, no hay gota, ni filamentos; el examen de la recogida uretral acusa: algunas células epiteliales vacuolizadas, algo de mucina, ausencia de bacterias. La induración epididimaria ha desaparecido casi en absoluto. El enfermo es dado de alta, curado con esta sola aplicación.

Observación 10ª: Enfermo en el sexto día de una blenorragia típica. Se le hacen dos sesiones de calorificación con intervalos de cuarenta y ocho horas que son bien toleradas, desapareciendo el pus y no quedando filamentos. No se pudo hacer examen de la secreción antes de la cura. Después de la segunda sesión, el examen de la recogida uretral acusa también: epitelios, mucina y falta de bacterias. Alta.

Otro varios casos pudiera citar en los que el resultado ha sido semejante al obtenido en los anteriores, pudiéndose observar que siempre que se ha conseguido alcanzar una temperatura elevada, los resultados han sido extraordinariamente buenos y

las curaciones rapidísimas (Observación 9), pero con los indicados basta para darse cuenta de la eficacia del método,

Casi todos los exámenes bacteriológicos han sido hecho por el doctor P. Gal en su Laboratorio particular.

CONCLUSIONES

Primera. La infección gonocócica es una enfermedad que tiene tendencia espontánea a la localización en focos y a la cronicidad; el gonococo, su agente casual, es un microbio de escasa vitalidad y fácilmente atacable por diversos agentes físicos y químicos, dependiendo la gravedad de la infección y su tendencia a la cronicidad de que adopta formas de resistencia y se vuelve anaerobio, localizándose en las glándulas y los repliegues de la mucosa.

Segunda. La uretritis gonocócica o blenorragia, se cura difícilmente porque los agentes hoy día usados no tienen poder de penetración suficiente para alcanzar al gonococo en el interior de las glándulas.

Tercera. Este resultado puede conseguirse por medio del empleo metódico de las temperaturas elevadas a las cuales el gonococo es muy sensible.

Cuarta. De los diferentes medios utilizados para el empleo del calor, el más apropiado es el conseguido por la aplicación intrauretral de sondas electrotérmicas, que obran in situ.

Quinta. El fracaso parcial de este método de tratamiento, obedecía a la falta de un aparato apropiado que permitiese alta calorificación y elevación muy lenta y uniforme de las temperaturas.

Sexta. Con el aparato ideado por mí y presentado en unión de este trabajo, se resuelven los inconvenientes; se pueden obtener rendimientos calóricos no conseguidos hasta la fecha y se ha comprobado que el calor alcanza a todo el espesor de la pared uretral y de los tejidos circundantes.

Séptima. La tolerancia de este tratamiento es completamente satisfactoria, cuando se utiliza el aparato y la técnica ideados por mí.

Octava. Los resultados clínicos y las comprobaciones bacteriológicas comprueban estas afirmaciones y demuestran que tenemos en este procedimiento de curación, un agente de eficacia superior a todos los utilizados hasta ahora en la terapéutica de estas afecciones.

FIGURAS DE LA UROLOGIA MURCIANA S. XIX

JOSE MESEGUER HUERTOS.

(1.824 - 1.881)

M. Pérez Albacete

Es la única figura importante dentro de los médicos y cirujanos, que en el siglo pasado, desarrollaron técnicas quirúrgicas netamente urológicas como lo fueron la talla perineal y la litotricia vesical. Además fue el patriarca de una generación de médicos murcianos, que aun subsiste, si bien ejercieron como ginecólogos, publicaron casos de patología urológica, tanto su hijo que fue el primero que documentó la realización de una cistoscopia en nuestra ciudad (1) como su nieto(2).

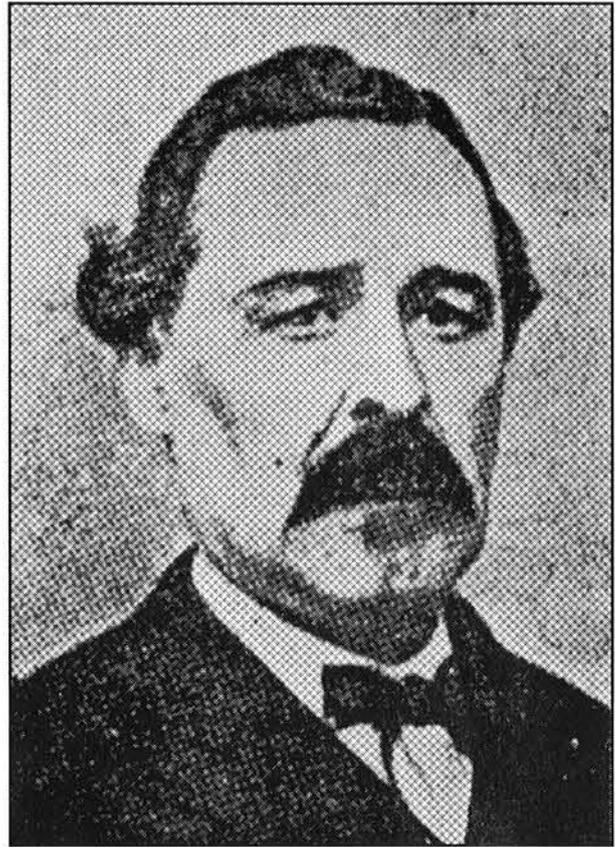
Recurrimos a reproducir el discurso necrológico realizado por el Dr. D. José Esteve y Mora a su fallecimiento, leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia el 2 de junio de 1888, en el cual con la retórica de la época glosa su vida con sus padecimientos y resalta la figura del gran cirujano que fue.

Nacido en Murcia el 18 de noviembre de 1824, hijo de D. Gregorio Meseguer, industrial, y de D. Teresa Albaladejo era el mayor de tres hermanos. En nuestra ciudad "recibió los rudimentarios principios de la segunda enseñanza con tan distinguido aprovechamiento que mereció de sus maestros la más predilecta y cariñosa demostración de afecto" En septiembre de 1842 marchó a Madrid para iniciar los estudios de Medicina en la Facultad de San Carlos.

"Desde la asignatura primera de su carrera o sea la Anatomía, demostró ante sus profesores y condiscípulos una aplicación ejemplar digna de elogio a la vez que su aptitud y condiciones nada vulgares unidas a una afición entusiasta tan común que llegó a merecer de sus maestros ser honrado con su amistad y colmado con todo género de deferencias?. Se licenció el 23 de junio de 1849.

Regresó a Murcia "con el firme propósito de ejercer la profesión entre sus paisanos con quienes siempre le unieron verdaderos lazos de amistad, cariño y simpatía. Murcia inspirada en los mismos sentimientos le ofreció y dispensó una acogida a la altura de sus merecimientos lo cual hizo que en poco tiempo contara con una escogida y numerosa clientela y un nombre que los murcianos oían con respeto y algunos con el entusiasmo expresivo de la gratitud"

En 1843 tomó parte en las oposiciones a las plazas vacantes del Hospital Provincial de Murcia ?en cuyos ejercicios se elevó a tal altura que el tribunal tuvo a bien por unanimidad agraciarse con la de Cirugía a que aspiraba. Este hecho fue motivo más que para que su justificada reputación se elevara a la altura de sus merecimientos, puesto que como es sabido de todos fue la Cirugía la que más triunfos le hizo obtener en todos tiempos. Dígalo sino el elevado concepto que dentro y fuera de la provincia llegó a merecer como cirujano y especialmente en las enfermedades del aparato urinario que siempre fueron las que con predilección eligió



y aprendió a conocer y tratar con toda la destreza que caracteriza al verdadero especialista. Muchos son los profesores que hoy ejercen entre nosotros y que recordaran aquella frase del Dr. González Velasco (3) que repetía siempre que como discípulos les explicaba la operación de la talla: DEBO DECIRLOS CON TODA LA CONVICCIÓN QUE SIENTO QUE UNO DE LOS MÁS DIESTROS OPERADORES DE LA TALLA ES MI AMIGO Y CONDISCÍPULO D. JOSÉ MESEGUER HUERTOS, DE MURCIA?.

"La litotricia" otra de sus operaciones predilectas, la llegó a dominar de tal modo y con tanto tino práctico a pesar de su difícil mecanismo y no obstante los obstáculos que sus variadas complicaciones tan frecuentemente ofrecen, rara vez dejó de salir airoso en las 37 o 39 que practicó... todos le reconociamos la profundidad de sus conocimientos anatómicos sin cuya circunstancia no se concibe el operador y si a esto se añade la habilidad de que estaba dotadas sus diestras manos por el perfeccionamiento que su larga práctica le hiciera adquirir, tendremos justificada la razón de aquella frase frecuente entre sus compañeros QUE DIBUJABA CON EL BISTURÍ?

Ya terminada su carrera, pero todavía en Madrid sufrió un fuerte cólico nefrítico que tras muchos días de duración pudo desaparecer sin consecuencias. A poco de su venida volvió a presentarse logrando también su término, pero no sin quedar sujeto a nuevas y frecuentes recidivas cada vez más intensas y duraderas hasta que en vista de tanto sufrimiento hubo de proceder al examen de la vejiga cuyo resultado fue la demostración palmaria

de un voluminoso cálculo cuyo peso de 410 gramos pudo justificarse después.

Agotados los recursos y la paciencia y entregado próximamente a la desesperación ocurriose el pensamiento intuitivo de hacer un viaje a París en busca de la eminencia europea representada por Civiale (4). En 1860 lleva a cabo su proyectado viaje a la capital del entonces vecino imperio a quien metafóricamente hoy se le apellida el cerebro de Europa, donde el célebre médico citado con la maestría que correspondía su nombre le practicó la litotricia seguida de un éxito que superó en mucho las ilusiones y deseos del que tan despiadadamente había venido sufriendo la sañuda crueldad de tan horroroso padecimiento.

Regresa de la Nación vecina repleto de satisfacciones, vuelve al seno de su familia libre ya de la su continua mortificación, en donde se proponía con bastante razón para ello restablecer sus agotadas fuerzas y devolver a su cerebro la calma que por tanto tiempo le arrebatara el cruel enemigo con que había luchado. Pero desgraciadamente su estancia en el oasis de sus aspiraciones fue muy corta; su estrella continuaba eclipsada, y no se hacía posible salir de las tinieblas en que estaba envuelta. Tanto así que al corto tiempo de su estancia entre nosotros fue sorprendido por las dolorosas insinuaciones de un glaucoma que le condena a la pérdida de un ojo tras el nuevo sufrimiento de la iridectomía llevada a término magistralmente por el eminente oftalmólogo conocido de todos nosotros Dr. Pedraglia.

En 1876 sufre otro intenso cólico nefrítico este inesperado acontecimiento contrarió muy profundamente su parte moral marchitando sus adquiridas ilusiones, pero de tal modo que de continuo se le veía abrumado de espantoso miedo pasando el tiempo entre la meditación y el llanto agobiado por los funestos presentimientos de un desgraciado porvenir.

Razón sobrada había de concedérsele cuando se le escuchaba, sus fundadas lamentaciones que consistían en los tristes recuerdos de su pasado, sino que también leía en el libro del mañana el cruel anatema que la inexorable fuerza del destino había estampado sobre su frente.

No se engañaba al dar hospitalidad en su cerebro a tal cúmulo de ideas tan aterradoras como desgraciadamente verdaderas; en el primer tercio del año 1878 empieza a insinuarse la dificultad de orinar, que rápidamente fue subiéndose hasta la imposibilidad, sin ninguno de los medios utilizados en su tratamiento lograra ni disminuir siquiera tan molesta como grave complicación.

Desde esta funesta época de la historia de sus padecimientos no dejaron de sucederse días de tormentosos conflictos, algunos de los cuales imposibles de describir sin dejar muy incompleto el cuadro.

Llegó a suceder con bastante frecuencia que momentos en que la necesidad de exonerar la vejiga reclamaba el uso del catéter este no le era dable vencer los obstáculos que ciertas porciones uretrales le oponían, teniendo que desistir por más o menos tiempo para intentar nuevamente aunque asaltado siempre por la angustiosa duda de un desengaño más.

En esta precaria situación sufriendo física y moralmente lo que puede comprenderse, pero no describirse, hubo de permanecer hasta octubre de 1881 en que abri-

gando el pleno convencimiento de lo insostenible de aquella situación resolvió en unión de los consejos y excitaciones de familia y pareceres de amigos y hasta de algunos compañeros de la Corte hacer un nuevo viaje a Madrid en busca del hábil especialista Dr. Suender (5) no sin abandonar serios y fundados temores sobre el éxito de esta segunda operación, a juicio de todos se hacía necesaria

Desgraciadamente y cumplimiento irrevocable de la inexorable ley del destino sus fatales presagios avanzaron hasta la región de la triste realidad.

El referido y acreditado profesor con la exactitud matemática que tiene acreditada y justamente adquirida en esta clase de operaciones, la llevó a efecto en unión del condiscípulo, compañero y queridísimo amigo Dr. Velasco, no sin anunciar a la familia fundados temores sobre el anhelado éxito que con tanta ansiedad esperaban.

La operación de litotricia fue en efecto, practicada con la destreza y precisión deseadas, quedando altamente satisfechos el enfermo, operadores y familia; ¿engaño fatal no transcurridas muchas horas de este sueño de ilusiones que había ofrecido falsamente descanso al agotamiento de las fuerzas físicas y una grata sedación a los sufrimientos morales, se dejan ver ciertos síntomas en un principio poco importantes, al poco tiempo imponentes y más tarde aterradores de gangrena vesical, consecuencia inmediata de la cistitis traumática que tras los sufrimientos que le acompañan dio fin a su existencia, no sin que el enfermo lo anunciase poco antes del suceso.

He concluido Señores, en lo poco que he podido decir referente al que en vida fue nuestro común amigo, habréis podido adquirir el convencimiento que ha sido un verdadero mártir, que los dos últimos tercios de su vida los ha sobrellevado abrumado siempre con la pesada carga del sufrimiento, a pesar del que, su afición a la ciencia fue la misma siempre, hasta el caso de que en más de una ocasión y en los momentos en que la crueldad de los dolores no le permitían ni aun el necesario descanso, atendía con harta solicitud a los enfermos que acudían a su consulta procurando corresponderles de la misma suerte que en otro tiempo en que el destino acariciaba de diferente modo su salud?

Fue elegido Académico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, con el carácter de numerario el 16 de abril de 1860, Corporación en la que perteneció durante veintidós años y en la que *¿fue intensa y de valía su labor académica?* en palabras del Dr. Gelaber Aroca (6) de la que fue Secretario de Gobierno en el bienio de 1863-64. El tema de su discurso de recepción fue "Memoria sobre la aplicación de la pasta sulfo-azafranada para la curación del cáncer" la cual comienza con una revisión histórica de la definición etimológica de la palabra Cáncer, realiza una revisión histórica del concepto desde los griegos hasta las teorías predominantes en su época. Realiza la división en escirro, carcinoma, chancro con el estudio anatomopatológico de sus formas así como de la manera de manifestarse, síntomas que ocasiona y evolución.

Entre las causas que origina coloca "en primera línea la diátesis, luego la herencia, la acción traumática de los cuerpos, las afecciones tristes concentradas, la supresión de evacuaciones naturales o accidentales y otras

circunstancias que favorecen su desarrollo tales como el temperamento bilioso, los climas calientes, ciertas profesiones, la edad y el sexo".

Define la diátesis cancerosa como "una disposición particular del organismo que aunque desconocida en su esencia engendra el padecimiento obligándole después a seguir su curso conocido". Menciona a todos los autores que defienden esta teoría, amén de repasar el resto de las existentes y quienes las propugnan, generalmente autores franceses. Como ejemplo de diátesis compara "Esa doncella núbil marchitada por los disgustos de un amor contrariado, que gime agobiada bajo el peso de la pasión deprimente que la consume, nada dice su inmunidad a experimentar el cáncer, cuando a su vez en otra la menor impresión moral lo desarrolla".

El tratamiento lo divide en curativo y paliativo presentando diversa sustancias empleadas y describe la "Pasta sulfo azafranada, una mezcla de consistencia blanda de ácido sulfúrico acuoso y polvo de azafrán" que aplicada actúa como cáustico en el tratamiento de las úlceras cancerosas, lo cual presenta su juicio "una cualidad específica en virtud de la que no tan solo respeta los tejidos sanos sino que exclusivamente dirige su acción a los patológicos destruyendo esa dureza característica de la enfermedad cancerosa y modificando ventajosamente los que han de subvenir después de la reparación de la pérdida de sustancia".

Tras relatar los resultados de otros autores presenta su casuística en tres lesiones de labio inferior, una en un paciente de profesión arriero de 45 años, el otro de 60 años agricultor y la tercera una mujer robusta de temperamento linfático de 32 años y alpargatera de profesión. Una vez aplicada la pasta en cuatro o cinco días se cae una costra negruzca que se produce "desaparecen los dolores, destruye la dureza de los bordes y fondo de la úlcera y dispone favorablemente a los tejidos enfermos a la cicatrización".

Efectuó el discurso inaugural de la Real Academia de Medicina de Murcia del año 1864 disertando "Sobre la creación del mundo" entre los trabajos presentados en ella figuran "Sobre dos casos prácticos de litiasis" ambos curados uno mediante talla perineal la cual dominaba con extraordinaria pericia y el otro mediante litotricia. La Academia le encargó la redacción de

un informe sobre la tiña solicitado por la Asociación Médica de París por mediación del gobierno y por el que fue felicitado por la Corporación.

Según relata en la memoria de recepción de la Real Academia de Medicina, considera al Dr. Tomás Corral como su maestro (pág. 23), y señala que fue director del Hospital de San Juan de Dios de Murcia: "Hospital que tenemos la honra de dirigir" (pág. 30) aunque en la relación de directores médicos del dicho hospital recogida por el Dr. A. Martínez (7) en su "Historia del Hospital Provincial de Murcia" no figura como tal. Recoge también que la primera oposición seria para cubrir la plaza de cirujano primero del Hospital, fue la realizada en 1853 por el Dr. Meseguer Huertos a la muerte del Dr. Folgado. En 1867, según Real Orden de 1 de diciembre de 1865 fue destituido de cirujano primero por haberse ausentado, al declararse la existencia de cólera morbo asiático en la capital.

Una muestra de su gran humanismo y personalidad nos la refiere la constitución en la ciudad de Murcia de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja gracias a su iniciativa El Acta de Constitución de la Comisión Provincial de Murcia (fig. 1) de fecha 30 de julio de 1873, según lo reseñado en Sesión de 4 de agosto de 1873, bajo la presencia del Sr. Marqués de Liedana y siendo Secretario General, Basilio Sebastián Castellanos, recogida en el libro de Actas de Cruz Roja Española (agosto 1873-1874) dice así:

"En la ciudad de Murcia a 30 de junio de 1873; reunidos los que suscriben por invitación del Sr. D José Meseguer Huertos, y después de hecha por el mismo una breve reseña histórica de la Asociación Internacional de la Cruz Roja para socorro de heridos en campaña y de la Sección Española de dicha Asociación, se convino por todos los presentes en la urgente necesidad de establecer en Murcia una Comisión Provincial dependiendo de la Asamblea Central de Madrid, y la declararon constituida en nombre de ésta y con arreglo a los artículos 18 de los Estatutos y 34 del Reglamento, de que se dio lectura. Procedióse después al nombramiento de cargos que previene el artículo 19 de los mismos, siendo elegido Presidente el Licenciado en Medicina y Cirugía don José Meseguer Huertos, socio de número de la Cruz Roja."

Acta de Constitución de la Comisión Provincial de la Cruz Roja de Murcia, fechada el 30 de junio de 1873. El texto describe la reunión convocada por José Meseguer Huertos y la decisión de crear una comisión provincial dependiente de la Asamblea Central de Madrid.

Fig. 1

En el trabajo del Dr. Enrique Gelaber Aroca "Contribución a la historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia" en la reseña que hace del Dr. Meseguer Huertos señala que en la memoria reglamentaria que el Secretario General de la Comisión Provincial de Murcia de la Cruz Roja D. José Antonio Rodríguez escribió en el año 1909 (fig.2) se dice: *¿Era por el 30 de junio de 1873 cuando sabedores varios esclarecidos murcianos entre los que figuraban en primer término D. José Meseguer Huertos, de la existencia de una asociación de carácter internacional cuyo fin era el socorro de los heridos en campaña, Sociedad titulada Cruz Roja, reuniéronse y comprendiendo la urgente necesidad de constituir en nuestra querida Ciudad una representación de aquella, desde dicho día quedó establecida esta Comisión Provincial dependiente de la Asamblea Suprema Central, residente en Madrid, de la que recibió su aprobación y reconocimiento oficial.*

Un sólo nombre asomó a los labios de los reunidos para ocupar el honroso cargo de Presidente y éste fue el de Sr. Meseguer Huertos, de quien ya se dice en la mencionada Memoria que figura en primer término entre los entusiastas por la naciente Institución, cargo que desempeñó hasta finales de 1879 y en que tuvo ocasión de probar sus sentimientos caritativos y filantropía sobre todo, durante el sitio de Cartagena, organizando y atendiendo a los servicios que la Institución prestó en aquella ocasión en el Hospital de sangre que levantó el vecino pueblo de la Palma en donde las tropas del Gobierno establecieron su cuartel general ?

Falleció el 3 de noviembre de 1881, a la edad de 57 años. En el acta de la sesión de la Real Academia en que se da cuenta del final de sus días se dice *"Fue después de una operación de litotricia sufrida con estoica resignación y brillantes resultados, pero no tan feliz que sus padecida organización pudiese luchar con ventaja contra los accidentes consecutivos".*

BIBLIOGRAFÍA Y NOTAS

(1) Meseguer Albaladejo, Emilio. (1862-1932) "Un caso de quiste hidatídico de origen pelviano" Revista de Medicina y Farmacia. Murcia, 1911; VII (77): 481-483

(2) Meseguer Pardo, Emilio. (1892-1962) "Horquilla tolerada en vejiga durante 16 años" Murcia Médica. 1917; III (30): 509-511.

(3) González de Velasco, Pedro. (+1882) Médico cirujano y anatomista, creador del Museo Antropológico de Madrid y director del Museo Anatómico de la Facultad de Medicina de Madrid, en 1868 ocupó la cátedra de "Operaciones y vendajes" fue el fundador de una "Escuela libre de Medicina y Cirugía" en Madrid en 1875. Organizador de la "Sociedad Antropológica Española" y de la "Sociedad Española de Historia Natural" así como de las revistas "El anfiteatro anatómico español" y "Revista de antropología" Fue una gran personalidad médica con grandes ideas y una clara visión del futuro, no comprendido en su época.

(4) Civiale, Jean (1792-1867). Cirujano del Hospital Necker de París, fue el inventor de un litotritor ciego en 1823, con el que lograba la fragmentación intravesical de los cálculos con gran maestría realizándola sin anestesia y sin molestia alguna para el paciente, llegó a ser el mayor experto de su época, por lo que adquirió fama y renombre internacional.

(5) Suénder, Enrique (1829-1898) Considerado como el creador de la Urología española y primer Urólogo del país. Adquirió gran destreza y fama por la práctica de la litotricia y litolapaxia.

(6) Gelaber Aroca, Enrique. Contribución a la historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Imprenta Nogués. Murcia 1982:132-142.

(7) Martínez Hernández, A. Historia del Hospital Provincial de Murcia. Tesis Doctoral Murcia 1983

Agradecimiento al Dr. Emilio Meseguer Casals por facilitarme el discurso del Dr. Esteve y Mora, así como el trabajo de recepción como Académico.



Fig. 2

PREMIO "SALVADOR PASCUAL" DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA, 1999

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 expone el trabajo, que además deberá ser el primer firmante del mismo, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra.

3º- Es condición indispensable para optar al premio, entregar el trabajo escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía. Se remitirá original y dos copias, dentro de un periodo máximo de treinta días naturales, después de finalizada la Reunión, dirigidos al Sr. Secretario de la A.M.U., por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia.

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 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.

6º- El premio consiste en un diploma acreditativo y en una asignación económica, establecida para el año 1999, en cien mil ptas. junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la A. M. U.

7º- 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. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.

8º- La entrega del premio se efectuará durante la celebración del siguiente Congreso de la Asociación Murciana de Urología.

NOTICIAS

La Junta Directiva de la A. M. U. felicita a la Sección de Andrología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" por el premio concedido por la revista "Actas Urológicas Españolas" al mejor trabajo original publicado en el año "Estudio bioquímico de biopsia testicular en infertilidad" 20 (10): 877-882, 1996 y a los compañeros del Hospital General Universitario por la obtención del Premio al mejor caso clínico publicado en la revista "Actas Urológicas Españolas" por su trabajo "Alteración de la regresión caudal de los conductos de Müller: utriculocele. Tres formas clínicas de presentación" (Actas Urol Esp. 21(5): 528-533,1997)

Deseamos expresar igualmente la felicitación a los miembros de la A. M. U que han obtenido el grado de Doctor con la calificación de "apto cum laude" en este curso académico:

Dr. D. Bernardino Miñana López con su tesis " Resultados de la utilización de injertos marginales en el trasplante renal de cadáver" dirigida por el profesor D. Óscar Leiva, y presentada en la Universidad Complutense de Madrid en el mes de marzo ante un tribunal presidido por el profesor D. Luis Resel, catedrático de Urología.

Dr. D. Tomás Fernández Aparicio con su tesis "Factores pronósticos del retrasplante renal de cadáver" dirigida por el profesor D. Óscar Leiva, y presentada en la Universidad Complutense de Madrid en el mes de marzo ante un tribunal presidido por el profesor D. Luis Resel, catedrático de Urología.

Dr. D. Gregorio Hita Villaplana con su tesis "Detección y cuantificación de Aztreonam en suero y tejido prostático y vesical por HPLC" dirigida por la catedrática de Farmacología de la Universidad de Murcia, profesora D^a. M^a Victoria Milanés, leída en la Facultad de Medicina de Murcia el mes de marzo, ante un tribunal presidido por el profesor D. Pascual Parrilla Paricio.

Dr. D. Eugenio Hita Rosino con su tesis "Comparación de contrastes hidrosolubles iónicos y no iónicos para el examen de la urografía excretora en la especie canina" dirigida por los profesores D. Miguel Ángel Sánchez Valverde y D^a. Amalia Agut profesores de la cátedra de Patología Animal de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia, leída en el mes de mayo.