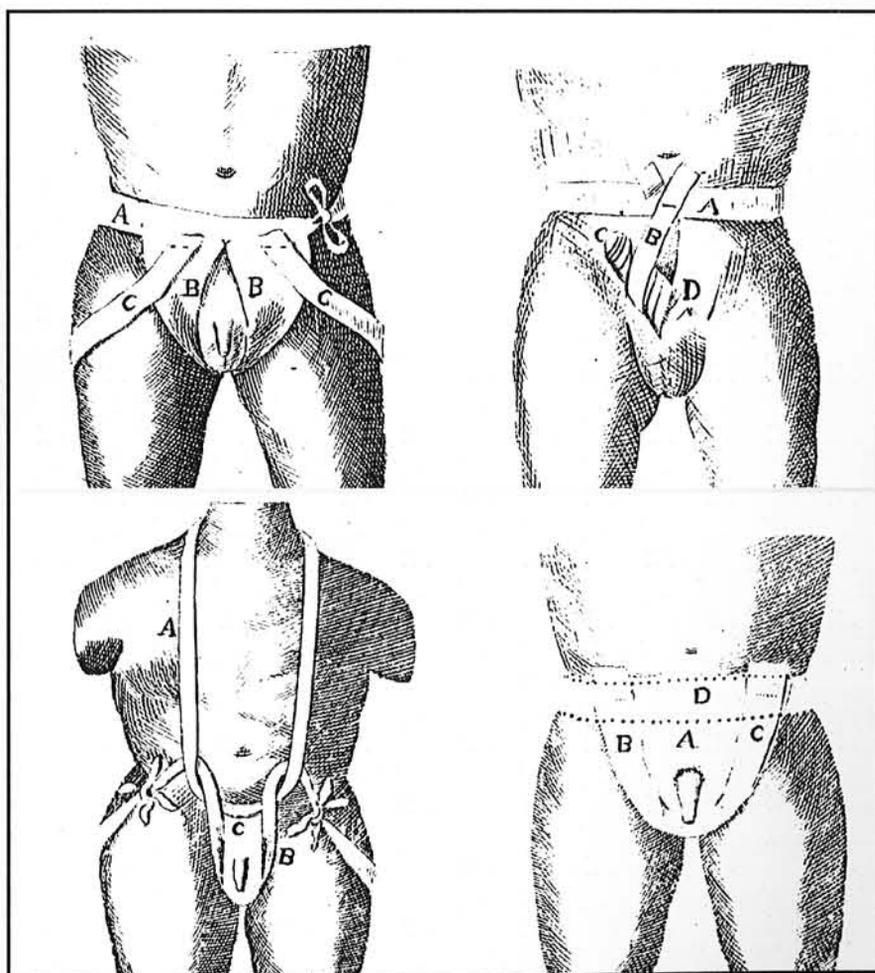




# BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año VII - N° 8. MURCIA, noviembre 2002





## Asociación Murciana de Urología

### JUNTA DIRECTIVA

#### **PRESIDENTE:**

Mariano Pérez Albacete

#### **VICEPRESIDENTE:**

Oscar Fontana Compiano

#### **SECRETARIO:**

Bernardino Miñana López

#### **TESORERO:**

Alberto Murcia Valcárcel

#### **VOCAL CIENTÍFICO:**

Carlos Tello Royloa

#### **VOCALES:**

Mariano Rigabert Montiel  
Juan Manuel Soler Fernández

#### **SEDE SOCIAL:**

ILTRE. COLEGIO OFICIAL  
DE MÉDICOS DE MURCIA  
Avda Juan Carlos I - Murcia  
<http://asomur.es.org>



#### **PORTADA:**

Vendajes urológicos del libro «Tratado de vendages y apósitos para el uso de los Reales Colegios de Cirugía» de Francisco Canivell, 1763

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Imprime: Gráficas TEMPLADO

Dep. Legal: MU-1906-98

## EDITORIAL

Ha transcurrido un nuevo año, periodo crucial e importante para la AMU ya que, con él, se puede decir que hemos cumplido la mayoría de edad tras la realización del Congreso Nacional del que, hasta el momento presente, todo han sido felicitaciones y parabienes por su organización y desarrollo a la Junta organizadora local y, en suma, a la AMU como responsable de todo el acontecimiento.

Afrontábamos un radical cambio estructural del Congreso lo cual representaba un handicap que hemos superado con éxito y que ha satisfecho plenamente a la Junta Directiva Nacional de la AEU, lo que redundará en nuestro favor, que nos ha transmitido su felicitación por toda la dedicación y todo el esfuerzo puestos en lograr el éxito obtenido en el desarrollo congresual.

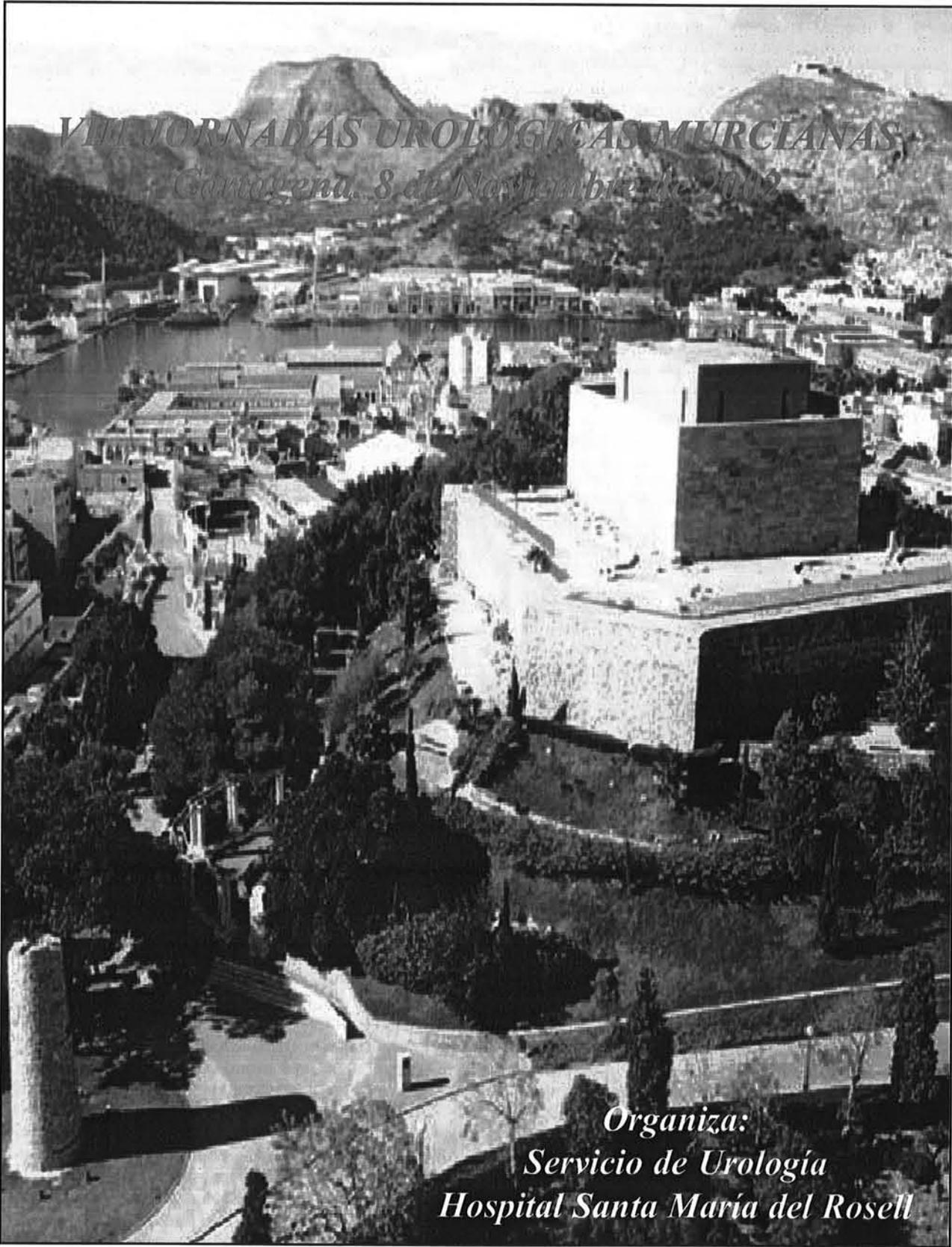
Vencida ya la mitad del periodo de vigencia de la actual Junta Directiva de la AMU, os recordamos que en la Asamblea del próximo año, en noviembre de 2003, habrá elecciones para renovar la Junta puesto que, estatutariamente, cesa, para que se vayan perfilando las candidaturas entre todos los interesados en trabajar para que la AMU se mantenga en una línea de proyección y mejora constantes.

Durante el transcurso de la última Asamblea, celebrada en el mes de febrero, en Valencia, varios miembros propusieron que el premio Salvador Pascual se extendiera a todos los socios de la AMU sin límite de edad; la Junta Directiva, en su reunión del mes de abril, acordó aceptar dicha proposición dado que el número de urólogos en formación es escaso y que, de este modo, existirá una mayor aportación de trabajos y de competitividad; se discutió, también, la sugerencia expresada en dicha reunión acerca de que el premio fuese juzgado por todos los asistentes y se diera una vez finalizada esta; tras analizar la posibilidad quedó rechazada por la Junta ya que al Premio *Salvador Pascual* se le quiere dar otro significado; se analizó la posibilidad de crear otro nuevo en ese sentido, con la valoración del contenido, de la exposición, así como de los medios audiovisuales utilizados, a lo que el tesorero puso grandes objeciones para poder retribuirlo por lo que por el momento se desestimó.

La Junta Directiva

# Sumario

|  |    |
|--|----|
| Editorial .....  | 1  |
| VII Jornadas Urológicas Murcianas. Cartagena .....   | 3  |
| Actos científicos realizados y auspiciados por la AMU en el año 2002 .....   | 13 |
| LXVII Congreso Nacional .....  | 14 |
| XXXVI Congreso de las Asociaciones de Urología de Valencia y Murcia .....  | 16 |
| Premio concedido a la mejor comunicación presentada en el XXXVI Congreso<br>de las Asociaciones de Urología de Valencia y Murcia ..... | 22 |
| Trabajo ganador del premio Salvador Pascual del año 2002 .....   | 25 |
| Póster ganador del premio Server Falgás del año 2001 .....   | 31 |
| «Tratado de vendages (sic) y apósitos para el uso de los Reales Colegios de Cirugía»<br>F. Canivell, Barcelona, 1763 .....             | 32 |
| Presentación del grupo de trabajo en «Urología Basada en pruebas» de la AMU .....  | 36 |
| Figuras de la Urología Murciana. Dr. D. Gerónimo Salmerón López-Rúa .....  | 38 |
| En memoria del Dr. Polo .....  | 39 |
| Convocatoria de Beca y premios de la AMU para el año 2003 .....  | 40 |



*VIII JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS*  
*Cartagena. 8 de Noviembre de 2002*

*Organiza:*  
*Servicio de Urología*  
*Hospital Santa María del Rosell*

# Presentación

Un año más, y ya van ocho, la Asociación Murciana de Urología celebra su reunión anual, correspondiendo en esta ocasión su organización al Servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena

Vaya por delante nuestra bienvenida a todos.

A nuestro modo de ver, estas reuniones tienen un doble objetivo. Por un lado el mantenimiento y mejora de los conocimientos científicos y el intercambio de experiencias profesionales, de las cuales son cumplido testimonio las ponencias y comunicaciones presentadas, que tal vez no hayan podido alcanzar mayor número, aún siendo en esta ocasión similar a los precedentes, debido a la poco feliz coincidencia en fechas de nuestra reunión y las pruebas de la OPA de consolidación de los puestos de trabajo que afecta a buen número de los miembros de nuestra asociación, y lógicamente a los más jóvenes y por ende a los más inquietos científicamente y con mayor producción de comunicaciones.

Suerte a todos ellos.

Pero además, estas reuniones cumplen otra función esencial, y es la de evitar el aislamiento de los miembros de la familia urológica, favoreciendo su relación y estrechando unas relaciones que antes de la existencia de la Asociación se producían solo de forma esporádica y ocasional, lo cual, si no es natural ni conveniente en cualquier tipo de comunidad, mucho menos lo era en una tan poco numerosa como la nuestra.

Aunque solo fuera por cumplir estos objetivos, que ciertamente no son los únicos, estaría más que justificada la existencia de la AMU que, aún en plena infancia –solo cuenta con ocho años de vida– muestra una pujanza y una madurez envidiables.

Y finalmente cumple mostrar nuestro agradecimiento a quienes de una u otra forma han contribuido a poder celebrar esta Jornada :

A la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia por su reconocimiento como Actividad de Interés Científico y Sanitario.

A la Universidad Politécnica de Cartagena por su amable y desinteresada cesión de sus instalaciones en el Campus de la Muralla del Mar.

A la Dirección del Hospital Santa María del Rosell por las facilidades dadas a los miembros del Servicio de Urología en la organización de este acto.

A la industria farmacéutica por su cooperación y ayuda y sin la cual ni este ni tantos otros actos de promoción científica y más concretamente médica se podrían realizar.

RICARDO GARCÍA PÉREZ

## ANEURISMA DISECANTE DE LA ARTERIA RENAL EN TRASPLANTE RENAL PRESENTACIÓN DE UN CASO

*Cánovas, J.A.; Cao, E.; López, A.; Guardiola, A.; Jimeno, A.\*; Llorente, S.\*; García Hernández, J.A.; Polo, L.\*\*; Bañón, V.; Pérez Albacete, M.*

*Servicio de Urología y Trasplante Renal. \* Servicio de Nefrología. \*\* Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca".*

Los procesos aneurismáticos de la arteria renal en enfermos trasplantados son entidades poco frecuentes, secundarias generalmente a defectos técnicos, procesos degenerativos con la debilidad de sus capas o problemas de tipo infeccioso. Estos últimos suelen ser de especial gravedad para el injerto y en ocasiones, para la vida del paciente, por cuanto que se pueden presentar con rotura del mismo y shock hipovolémico.

Entre las formas de presentación, el aneurisma disecante es especialmente excepcional, teniendo asimismo la particularidad de su difícil diagnóstico por falta de datos clínicos específicos que lo confunden con otros procesos tales como la Necrosis Tubular Aguda, Rechazo del Injerto, etcétera..., así como la ausencia de imágenes representativas del mismo.

Presentamos el caso clínico de un aneurisma disecante de la arteria renal en el curso evolutivo de un trasplante de riñón, de una mujer de 52 años en programa de hemodiálisis desde hacía 9 meses, que recibe un órgano de un varón de 60 años, exitus por accidente cerebrovascular agudo, con un tiempo de isquemia fría de 23 horas. En la cirugía del banco se encuentra un ateroma que se extirpa hasta donde era visible y se inicia inmunosupresión con Corticoides, Azatioprina y Ciclosporina. Desde el inicio buena diuresis pero sin mejoría de la función renal. Al quinto día, en el contexto del empeoramiento de la función renal y disminución de la diuresis, se realiza biopsia de riñón que pone de manifiesto un infarto masivo del injerto con una gammagrafía que informa de ausencia total de perfusión del mismo, por lo que se decide trasplantectomía tres semanas. En el informe ulterior de anatomía patológica no se evidencia fenómenos de rechazo, así como un infarto masivo del que se aportan imágenes.

## MASAS RETROVESICALES: ETIOLOGÍA, DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

*Vicente Bañón Pérez, Juan Moreno Avilés, Pedro Valdevira Nadal, Juan Soler Fernández; Luis Olmos García, José María Cervell Ferrón, Ricardo García Pérez.*

*Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.*

Las masas retrovesicales son una patología infrecuente y de muy diversa etiología, este hecho, junto a su escasa aparición como tal, en los textos nos hizo plantearnos una revisión y puesta al día de las mismas, esperando que esta sea útil para el desarrollo de nuestra labor.

Hemos pretendido recoger las diferentes patologías que se pueden presentar como masa retrovesical, las pautas diagnósticas y su diagnóstico diferencial.

## CISTITIS HEMORRAGICA POST-RADIOTERAPIA: POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

*Pedro Valdevira Nadal, Vicente Bañón Pérez, Juan Moreno Avilés, Juan Soler Fernández, Luis Olmos García, José María Cervell Ferrón, Ricardo García Pérez.*

*Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.*

La vejiga urinaria es especialmente vulnerable a las lesiones por radiación de diversas neoplasias pélvicas, quedando una vejiga susceptible de infecciones, ulceraciones, y en algunos casos hematuria o cistitis hemorrágica.

La cistitis hemorrágica puede aparecer durante o inmediatamente después del tratamiento con una frecuencia del 4-6% en las cuatro semanas siguientes a la aplicación del tratamiento radioterápico. La cistitis hemorrágica tardía puede presentarse en cualquier momento y a menudo surge años después de un tratamiento radioterápico aparentemente satisfactorio (2-9%).

Se han recomendado diversos tratamientos para la cistitis hemorrágica post-radioterapia. Las diferentes posibilidades terapéuticas pueden clasificarse en medidas generales y en medidas específicas entre las que se incluyen agentes orales, intravenosos, intravesicales, hidrodilatación vesical, oxígeno hiperbárico y tratamiento quirúrgico.

El objetivo de esta comunicación es presentar las distintas modalidades terapéuticas y manejo de los pacientes con cistitis hemorrágica post-radioterapia.

## QUISTES DE UTRÍCULO PROSTÁTICO

*Vicente Bañón Pérez, Pedro Valdevira Nadal, Juan Moreno Avilés, Juan Soler Fernández, Luis Olmos García, José María Cervell Ferrón, Ricardo García Pérez.*

*Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.*

Entidad poco frecuente, se considera un trastorno de la embriogénesis (conducto de Müller, tejido endo y mesodérmico) que va a ocasionar una estenosis del ostium utricular y posterior dilatación quística por retención de secreciones. Si este trastorno ocurre antes de completarse el desarrollo y separación de la yema ureteral se asociará a hipoplasia o agenesia renal. Cuando se asocia a hipospadias la anomalía se ha desarrollado más tarde y tiene una causa hormonal.

El diagnóstico es fundamentalmente ecográfico donde se pueden poner de manifiesto posibles anomalías renoureterales como la agenesia renal. La ecografía transrectal revela la existencia de una masa quística a nivel de la línea media y en comunicación con la uretra posterior. El tratamiento (percutáneo, endoscópico o quirúrgico) se reserva para los quistes sintomáticos. Se presentan dos casos clínicos con diferente manejo.

## HEMANGIOMA Y LIPOMATOSIS PÉLVICA: ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

*Vicente Bañón Pérez, Juan Soler Fernández, Pedro Valdevira Nadal, Juan Moreno Avilés, Luis Olmos García, José María Cervell Ferrón, Ricardo García Pérez.*

*Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.*

Enfermedades infrecuentes y de carácter benigno cuya etiología se desconoce. Afecta con mayor frecuencia a varones e individuos de raza negra. La lipomatosis pélvica provoca una compresión extrínseca vesical que da lugar a la morfología "en pera invertida". La repercusión clínica de ambas patologías va desde cuadros leves o asintomáticos, hasta cuadros de obstrucción ureteral, intestinal, hematuria... Es frecuente la asociación con una cistitis glandular (80%), en el caso de la lipomatosis pelviana, cuya presencia obliga a seguimiento por el riesgo de desarrollar un adenocarcinoma. Presentamos el caso de 2 mujeres con compresión extrínseca vesical y repercusión sobre el tracto urinario.

## BÚSQUEDAS BIBLIOGRÁFICAS EFICACES EN MEDLINE

*Carlos Tello Royloa. Lucas Asensio Egea. Enrique Cao Avellaneda. Tomás Fernández Aparicio. Luis Oscar Fontana Compiano. Felipe García García. Pablo Guzmán Martínez-Valls. Gregorio Hita Villaplana. Pedro López Cubillana. Bernardino Miñana López. Mariano Pérez Albacete. Antonio Prieto González. Mariano Rigabert Montiel. Antonio Romero Hoyuela. Andrés Sempere Gutiérrez. Mariano Tomás Ros. Jesús Ignacio Tornero Ruiz. Pedro Valdevira Nadal.*  
Grupo de Trabajo en Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología.

**INTRODUCCION.** Un elemento básico en el proceso de la Medicina Basada en Pruebas (MBP), es la búsqueda bibliográfica eficaz, que permita recuperar de forma rápida una información precisa, actual y de calidad. Muchos usuarios de MEDLINE, desconocen la estructura y el lenguaje de la base de datos y sus mecanismos avanzados de búsqueda, lo que se traduce en búsquedas ineficaces. El diseño de una estrategia de búsqueda documental debe incluir cuatro etapas: 1) Definición del objetivo de la búsqueda. 2) Selección de los conceptos. 3) Traducción al lenguaje documental. 4) Formulación de una ecuación de búsqueda.

**OBJETIVOS.** Presentar algunos aspectos metodológicos básicos de la búsqueda bibliográfica en la base de datos MEDLINE, utilizando como ejemplo un estudio sobre el efecto del tratamiento del varicocele en la fertilidad.

**MATERIAL Y METODOS.** Se realiza una búsqueda bibliográfica en MEDLINE a través del programa PubMed sobre el efecto de la ligadura de la vena espermática o la embolización en los embarazos de parejas subfértiles, en las que el varón presenta un varicocele. Se muestran distintas estrategias de búsqueda y se comparan los resultados con los obtenidos por una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane sobre el tema, que se utiliza como patrón de referencia.

**RESULTADOS.** La búsqueda del término "varicocele", recupera 2510 referencias. La combinación de los términos "varicocele AND infertility AND pregnancy" (en texto libre y como términos MeSH) permite reducir hasta 247 referencias sin disminuir la sensibilidad (100 %). El empleo de las mismas palabras, sólo como términos MeSH reduce la sensibilidad al 66 % debido a la incorrecta indexación de dos trabajos. El empleo de los filtros "clinical trial [PT]" y "randomized controlled trial [PT]", disminuye notablemente el número de trabajos recuperados: 16 y 12 respectivamente, sin alterar la sensibilidad (100 %). El empleo de la herramienta "Clinical Queries" en su modalidad "sensitivity" obtiene también una sensibilidad del 100 % con 49 artículos obtenidos, pero en la modalidad "specificity" no muestra ninguno de los trabajos relevantes.

**CONCLUSIONES.** La búsqueda bibliográfica en la base de datos MEDLINE, a través de PubMed, consigue excelentes resultados en la búsqueda de ensayos clínicos sobre el tratamiento del varicocele. El empleo del texto libre junto al lenguaje codificado evita pérdidas por mala indexación. Los resultados dependen de la "calidad" de la estrategia de búsqueda utilizada. El empleo de filtros metodológicos reduce notablemente el "ruido" sin alterar la sensibilidad.

## VALORACIÓN CRÍTICA DE LA IMPORTANCIA DE LOS RESULTADOS DE CINCO ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE EN VARONES SUBFÉRTILES\*

*Carlos Tello Royloa. Lucas Asensio Egea. Enrique Cao Avellaneda. Tomás Fernández Aparicio. Luis Oscar Fontana Compiano. Felipe García García. Pablo Guzmán Martínez-Valls. Gregorio Hita Villaplana. Pedro López Cubillana. Bernardino Miñana López. Mariano Pérez Albacete. Antonio Prieto González. Mariano Rigabert Montiel. Antonio Romero Hoyuela. Andrés Sempere Gutiérrez. Mariano Tomás Ros. Jesús Ignacio Tornero Ruiz. Pedro Valdevira Nadal.*  
Grupo de Trabajo en Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología.

**INTRODUCCION.** La Medicina Basada en Pruebas es una metodología, para el estudio y la autoformación continua que consiste en: la formulación de preguntas clínicas, la búsqueda de los estudios más relevantes, la valoración crítica de los mismos, en cuanto a su validez e importancia y la aplicación de los resultados a la práctica clínica. La valoración de la importancia clínica de los estudios sobre tratamiento, requiere la adecuada interpretación de los resultados y el cálculo de los intervalos de confianza.

**OBJETIVOS.** Exponer los criterios para valorar la importancia utilizando como ejemplo cinco ensayos clínicos sobre el efecto de la ligadura de la vena espermática o la embolización sobre el embarazo en parejas subfértiles en las que se detecta un varicocele en el varón. Exponer los conceptos de proporciones, "odds ratio", reducción absoluta del riesgo, reducción relativa del riesgo, número necesario de pacientes a tratar y el concepto de intervalos de confianza.

**MATERIAL Y METODOS.** Se seleccionan los cinco ensayos clínicos controlados y aleatorios, encontrados en la bibliografía, que abordan el tema de interés. Se analizan e interpretan los resultados de los estudios calculando los distintas formas de presentar los mismos y sus respectivos intervalos de confianza.

**RESULTADOS.** Uno de los ensayos clínicos (Madgar 1995) muestra un efecto beneficioso, estadísticamente significativo, del tratamiento quirúrgico del varicocele sobre la fertilidad. Ningunos de los otros cuatro estudios muestra diferencias significativas en el efecto del tratamiento quirúrgico o la embolización sobre el número de embarazos en parejas subfértiles, cuando el varón presenta un varicocele clínico ( Nilsson 1979, Breznik 1993, Nieschlag 1998) o subclínico (Yamamoto 1996).

**CONCLUSIONES.** La valoración crítica de la importancia de los resultados de estudios sobre tratamiento requiere la capacidad para leer e interpretar las distintas formas de presentar los datos. El cálculo de los intervalos de confianza ofrece información sobre la significación estadística de los resultados y sobre la precisión de los mismos.

\* Nilsson S. BJUrol 1979;51:591-6. / Breznik R. Arch Androl 1993;30:157-60 / Madgar I Fertil Steril. 1995;63:120-4 / Yamamoto M JUrol 1996;155:1636-8 / Nieschlag E Human Reproduction 1998;13:2147-50.

## REVISIONES SISTEMÁTICAS Y META-ANÁLISIS

*Carlos Tello Royloa. Lucas Asensio Egea. Enrique Cao Avellaneda. Tomás Fernández Aparicio. Luis Oscar Fontana Compiano. Felipe García García. Pablo Guzmán Martínez-Valls. Gregorio Hita Villaplana. Pedro López Cubillana. Bernardino Miñana López. Mariano Pérez Albacete. Antonio Prieto González. Mariano Rigabert Montiel. Antonio Romero Hoyuela. Andrés Sempere Gutiérrez. Mariano Tomás Ros. Jesús Ignacio Tornero Ruiz. Pedro Valdevira Nadal. Grupo de Trabajo en Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología.*

**INTRODUCCION.** Las "pruebas" o hechos científicamente probados, que ayudan al clínico a resolver las dudas que surgen en la práctica diaria, pueden encontrarse en la literatura científica en dos tipos de documentos. La literatura primaria, que expone por primera vez los resultados de la investigación clínica o experimental y la literatura secundaria, que reseña la información publicada por las fuentes primarias. Dentro de las fuentes secundarias, en los últimos años han surgido nuevas herramientas, más objetivas, de síntesis de la información como son las revisiones sistemáticas, los meta-análisis o las guías de práctica clínica.

**OBJETIVOS.** Exponer los concepto de revisión sistemática y de meta-análisis y presentar la metodología de los mismos, utilizando como ejemplo un meta-análisis de cinco ensayos clínicos sobre el tratamiento del varicocele en parejas infértiles, realizado en el marco de una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane.

**MATERIAL Y METODOS.** Se analiza la revisión sistemática "Cirugía o embolización para el varicocele en hombres subfértiles" \* elaborada por la Colaboración Cochrane. Se comparan los objetivos y resultados de los ensayos clínicos incluidos y se valora la homogeneidad clínica y estadística de los mismos.

**RESULTADOS.** Los cinco ensayos clínicos analizados presentan una notable heterogeneidad clínica, incluyendo pacientes normo y oligozoospermicos y varicoceles clínicos y subclínicos. El análisis de homogeneidad no es significativo ( los estudios son estadísticamente heterogéneos)

**CONCLUSIONES.** La revisión sistemática es una metodología de síntesis cualitativa de la información que ofrece resultados objetivos y reproducibles. La aplicación del meta-análisis, herramienta cuantitativa de síntesis, es cuestionable cuando existe heterogeneidad estadística y/o clínica entre los estudios analizados.

\* Evers JLH, Collins JA, Vandekerckhove P Surgery or embolisation for varicoele in subfertile men (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

## ANALISIS DE LA VALIDEZ DE NUESTRO CUESTIONARIO CLINICO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA

*García F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O. Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

La relación entre cuestionarios clínicos y datos objetivables en estudios urodinámicos es compleja, pretendiendo aquellos introducir ciertos items que nos permitan clasificar de forma clínica la incontinencia y de esta forma disminuir la subjetividad que a veces supone la respuesta de los pacientes.

**OBJETIVO:** analizar la validez de ciertas partes del cuestionario clínico en pacientes con incontinencia urinaria y de que manera este se correlaciona con el diagnostico urodinámico de la misma.

**MATERIAL Y METODO:** estudio retrospectivo de 70 pacientes con incontinencia urinaria estableciendo la correlación estadística entre cuestiones del test clínico e items del estudio urodinámico.

**RESULTADOS:** La edad media de los pacientes es de 57 años (37-71) con una media de partos de 3,4 (2-8), la mayoría por vía vaginal con un 5% de histerectomía previa y un 30% de antecedentes de sobrepeso. Se establece correlación entre elementos del cuestionario clínico del paciente y el estudio urodinámico como dolor a la micción y "amanecer mojada" con CNI o síntomas de urgencia con urgencia sensitiva en estudio urodinámico.

**CONCLUSIONES:** la validez para algunas de las cuestiones del cuestionario clínico de pacientes con incontinencia se puede establecer por medio de la correlación entre dichas cuestiones y los items del estudio urodinámico.

## LITIASIS URETRAL EN PACIENTE PORTADOR DE PRÓTESIS ENDOURETRAL (VIDEO)

*Guzmán Martínez-Valls,P.L., Miñana López, B., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T., Lorca García, J., Cuesta Climent, F.V. Servicio Urología. Hospital Universitario "Morales Meseguer". Murcia*

# VALORACIÓN CRÍTICA SOBRE LA VALIDEZ DE CINCO ENSAYOS CLÍNICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DEL VARICOCELE EN VARONES SUBFÉRTILES\*

*Carlos Tello Royloa. Lucas Asensio Egea. Enrique Cao Avellaneda. Tomás Fernández Aparicio. Luis Oscar Fontana Compiano. Felipe García García. Pablo Guzmán Martínez-Valls. Gregorio Hita Villaplana. Pedro López Cubillana. Bernardino Miñana López. Mariano Pérez Albacete. Antonio Prieto González. Mariano Rigabert Montiel. Antonio Romero Hoyuela. Andrés Sempere Gutiérrez. Mariano Tomás Ros. Jesús Ignacio Tornero Ruiz. Pedro Valdevira Nadal.*  
*Grupo de Trabajo en Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología.*

**INTRODUCCION.** La Medicina Basada en Pruebas es una metodología, para el estudio y la autoformación continua que consiste en: la formulación de preguntas clínicas, la búsqueda de los estudios más relevantes, la valoración crítica de los mismos, y la aplicación de los resultados a la práctica clínica. La valoración crítica de los estudios incluye: la evaluación de la validez interna de cada estudio, la importancia de los resultados presentados y la aplicabilidad clínica de los mismos.

**OBJETIVOS.** Exponer la metodología para la valoración crítica sobre la validez de estudios sobre tratamiento o prevención utilizando como ejemplo cinco ensayos clínicos sobre el efecto de la ligadura de la vena espermática o la embolización sobre el embarazo en parejas subfértiles en las que se detecta un varicocele en el varón.

**MATERIAL Y METODOS.** Se seleccionan los cinco ensayos clínicos controlados y aleatorios, encontrados en la bibliografía, que abordan el tema de interés. Se valora de forma crítica su validez interna, siguiendo los criterios publicados por el "Evidence-Based Medicine Working Group". Se exponen los criterios para la valoración crítica de la validez de los estudios: aleatorización, enmascaramiento de la aleatorización, análisis por intención de tratar, análisis del "peor de los posibles", diseño "ciego", equilibrio de los grupos e igualdad de seguimiento y coinervenciones. Se presentan también las recomendaciones del grupo CONSORT sobre la calidad de los informes de los ensayos clínicos.

**RESULTADOS.** Se expone el resultado de la evaluación de cada uno de los criterios en los cinco ensayos clínicos seleccionados. Se muestra, en las cinco publicaciones, la ausencia de datos importantes, según los criterios del grupo CONSORT. Los cinco trabajos analizados, presentan notables deficiencias metodológicas o carencias en el informe publicado.

**CONCLUSIONES.** La valoración crítica sobre la validez de los trabajos sobre tratamiento y prevención permite evaluar la calidad de la metodología de los estudios. Los cinco ensayos clínicos seleccionados sobre el efecto de la ligadura de la vena espermática o la embolización sobre el embarazo en parejas subfértiles, muestran importantes carencias metodológicas. La aplicación de las recomendaciones del grupo CONSORT, hubiera facilitado la valoración crítica sobre la validez de los ensayos clínicos.

\* Nilsson S. *BJ Urol* 1979;51:591-6. / Breznik R. *Arch Androl* 1993;30:157-60 / Madgar I *Fertil Steril.* 1995;63:120-4 / Yamamoto M *JUrol* 1996;155:1636-8 / Nieschlag E *Human Reproduction* 1998;13:2147-50.

## LA URETROPLASTIA CON MUCOSA ORAL EN LE TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS URETRAL

*Fontana, L.O., García, F., Sempere, A., Rico, J.L., Tomás, M., Morga, J.P.*  
*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

**Introducción:** Para el tratamiento de la estenosis uretral existe un amplia batería de técnicas y constantemente se están añadiendo modificaciones a las mismas. Las técnicas endoscópicas solo tienen utilidad y éxito razonables en los procesos que no afectan al cuerpo esponjoso como son las anomalías congénitas de la mucosa uretral. Si la estenosis es como consecuencia de un trauma cerrado de per4ine y la espongiopfibrosis está bien delimitada en longitud (no superior a 2 cm), la escisión de la cicatriz y la reparación anastomótica es el mejor tratamiento existente, con tasas de curación de alrededor del 90%. Para los casos en los que la espongiopfibrosis no está bien delimitada es necesario realizar uretroplastias con injertos peliculados o libres. Actualmente, el injerto libre de mucosa oral es usado con más frecuencia para resolver esos casos.

Aunque el tiempo de seguimiento para las diferentes series no es el idóneo para establecer resultados comparativos con otros tejidos (piel de escroto, piel retroauricular, prepucio, etc.), muestra ciertas ventajas tanto en la extracción como en el implante.

**Material y Pacientes:** Presentamos una serie de 10 pacientes con estenosis uretral compleja resueltos con injerto libre de mucosa oral. El sitio donante fue siempre la mucosa oral de mejilla izquierda. El sitio receptor fue siempre la cara dorsal de la uretra bulbar o bulbopeneana.

**Resultado:** No hubo ninguna complicación en la cirugía oral (realizada por urólogos) En cuanto a la cirugía uretral, un paciente presentó absceso de herida perineal. No se registraron fístulas ni hematomas. La evolución postquirúrgica y el seguimiento se realizó con flujometría y uretrografía retrograda y miccional. Se analizan puntos de técnica en video,.

# ANÁLISIS MULTIVARIANTE EN FACTORES PRONOSTICOS CLÁSICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS EN TUMORES UROTELIALES DE TRACTO SUPERIOR

*García F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O.*  
*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

**OBJETIVO:** valorar la expresión de KI-67 como factor pronóstico de progresión y supervivencia en pacientes con Tm de vías urinarias altas, así como realizar un análisis multivariante de los diferentes factores histopatológicos e inmunohistoquímicos como variables pronósticas en la evolución de dichos tumores.

**MATERIAL Y METODO:** análisis retrospectivo de una serie de 61 pacientes (9 mujeres y 52 varones) con edad media de 68 años (31-90) sometidos a cirugía por tumores uroteliales de pelvis renal y uréter. el estudio estadístico se realizó por medio del test de Chi<sup>2</sup> de Pearson, curva de supervivencia de Kaplan-Meyer y análisis multivariante. El nivel de significación estadística se situó en  $p < 5\%$ .

**RESULTADOS:** existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 5\%$ ) entre positividad KI67 y muerte tumordependiente con curva de supervivencia validada por la prueba de Cox. De entre los diferentes factores que influyen de manera estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) en la evolución de los tumores uroteliales de vías altas (estadio AP, positividad P<sub>53</sub>, KI<sub>67</sub>) realizamos un análisis multivariante con positividad para todos los factores con diferentes valores (AP  $p < 0.03$ , P<sub>53</sub>  $p < 0.001$ , grado  $p < 0.0001$ , KI<sub>67</sub>  $p < 0,0004$ ).

**CONCLUSIONES:** además de los factores histopatológicos clásicos como el estadio o grado, también existen otros factores como la sobreexpresión P<sub>53</sub> y positividad y KI<sub>67</sub> (mas significativo estadísticamente) que influyen en la evolución de los tumores uroteliales de vías altas.

## COMO COMPLETAR LA EXPLORACIÓN DE UNA VEJIGA ACONTRACTIL EN UNA MUJER RETENCIONISTA

*García F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O.*  
*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

### INTRODUCCION

La contractilidad vesical depende de la calidad del musculo detrusor y de su inervación, por tanto una acontractilidad puede ser el resultado de una disfunción muscular o neurológica. Los factores etiológicos que pueden afectar incluyen una sobrecarga de colágeno en la pared vesical o un fenómeno de denervación/inhibición.

### MATERIAL Y METODOS

Revisamos 36 casos de mujeres adultas con retención completa de orina atendidas en la unidad de Urodinamia de nuestro Servicio. De las pacientes con historia de enfermedad neurológica 12 p. fueron diagnosticadas de arreflexia vesical y 5 p. de hiperreflexia con disinergia vesico esfinteriana; 14 p. presentaron obstrucción del TUI y 5 p. acontractilidad del detrusor de causa desconocida. Tras descartar en estas últimas 5 p. patología orgánica o causa psicógena, fueron etiquetadas de acontractilidad del detrusor idiopática.

Tras un seguimiento medio de 2,9 años, estas 5 p. fueron reevaluadas mediante nuevo estudio urodinámico y EMG del esfinter externo con electrodo concéntrico de aguja.

### RESULTADOS

La exploración física resultó normal en todas. La ecografía no mostró en ningún caso dilatación del ap.urinario superior. Un caso presentó hipocontractilidad del detrusor y los cuatro restantes acontractilidad. El estudio EMG evidenció en un caso signos de denervación neurógena crónica y en los cuatro restantes la presencia de descargas repetitivas de alta frecuencia, sugestivas de Síndrome de Fowler.

### CONCLUSIONES

- En casos de acontractilidad del detrusor de causa no filiada es conveniente la reevaluación periódica en busca de nuevas manifestaciones de una enfermedad neurológica silente.

La exploración EMG con aguja del EUE puede en ocasiones orientarnos hacia el diagnóstico de la acontractilidad del detrusor.

## URETROPLASTIA CON MUCOSA ORAL

*Hita Villaplana, G., P.L., Fernández Aparicio, T., Guzmán Martínez-Valls Miñana López, B., Lorca García, J., Cuesta Climent, F.V.*

*Servicio Urología. Hospital Universitario "Morales Meseguer".MURCIA*

Presentamos un VIDEO sobre el uso de la mucosa oral en las estenosis de uretra en diferentes localizaciones.

## ANESTESIA TOPICA CON CREMA EN LA EN ELONGACION DE FRENILLO REVISIÓN DE 50 CASOS CONSECUTIVOS

*García F., Tomás M., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O., Zambudio G\*.*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. Murcia. \* Servicio Cirugía Pediátrica. HUV Arrixaca. Murcia.*

**OBJETIVO:** valorar la efectividad, coste/efectividad y seguridad de la crema EMLA como anestésico tópico en la frenulectomía.

**MATERIAL Y METODO:** análisis de 50 elongaciones consecutivas de frenillo por medio de electrobisturí usando previamente como anestésico la aplicación tópica de EMLA (mezcla de lidocaína y prilocaína). Los resultados se obtuvieron por medio de la observación durante la cirugía y un cuestionario posterior a los pacientes.

**RESULTADOS:** la edad media fue de 17 años (8-26). Un 6% fueron pacientes de riesgo (hepatitis y/o VIH +). En un 4% apareció molestia dolorosa y en un 6% sensación de corriente eléctrica. Aunque en un 2% apareció edema de meato, en ningún paciente fue necesaria ningún tipo de anestesia. El tiempo medio de aplicación fue de 60 minutos (45-120 minutos).

**CONCLUSIONES:** correctamente aplicada, la crema EMLA constituye un método seguro y efectivo de anestesia en elongación de frenillo, con escasos efectos secundarios que permitiría evitar anestesia general en niños pequeños, dolor intenso de la punción en adultos y mas tranquilidad en el tratamiento de pacientes de riesgo.

## URETROPLASTIAS CON INJERTO DE PIEL MALLADO PUNTOS DE INTERES TÉCNICO. (VIDEO)

*Tomás M., García F., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O.*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

Las dificultades que presentan en su resolución las estenosis de uretra complejas obligan en casos excepcionales a disponer de grandes cantidades de tejido sano. El injerto mallado de piel libre tal como fue descrito por Schreiter ofrece la posibilidad de conseguirlo. Describimos en este video algunos puntos de interés para realizar la técnica.

Hacemos hincapié en como el urólogo personalmente puede obtener el injerto de 15-16 x 10 cm con el dermatomo neumático, en los cuidados iniciales y posteriores del lecho donante. En los diferentes espesores en función de que se prefiera epidermis o tejido dérmico desprovisto de epidermis. En como proceder para realizar el mallado mecánico (mallador con diferentes plantillas). En la colocación del injerto en el lecho receptor, forma de fijación y posteriores cuidados así como en la reconstrucción de la uretra en un segundo tiempo.

### COMENTARIOS

La uretroplastia en dos tiempos con injerto mallado puede tener indicaciones en casos muy seleccionados de estenosis complejas de uretra anterior. Técnicamente la obtención del injerto y su aplicación realizada exclusivamente por urólogos es factible, la posterior reconstrucción de la uretra presenta unos resultados muy adecuados.

**Palabras clave:** Uretroplastia. Injerto mallado. Técnica quirúrgica.

## URETROPLASTIA TERMINO-TERMINAL. NUESTRA EXPERIENCIA

*A. Sempere, F. García, L. O. Fontana, M. Tomás, J.L. Rico, J.P. Morga.*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario MURCIA*

La etiología de la estenosis uretral bulbomembranosa suele deberse, en general, a un traumatismo perineal cerrado y cada día más a la iatrogenia.

La uretroplastia termino-terminal es la técnica de elección, a nuestro juicio, para las estenosis de la uretra bulbomembranosa de longitudes menores a 2-3 cm. Permite la resección de la estenosis y de la espongioplasia que existe alrededor, lo que brinda un tejido esponjoso bien vascularizado, cuya anastomosis se realiza con los cabos uretrales spatulados y sin tensión. Esta buena vascularización del cabo distal se puede valorar en la uretrografía retrograda si objetivamos una buena distensión y saculación de la uretra peneana en el lugar de la estenosis.

Presentamos 30 pacientes en los que hemos realizado una uretroplastia termino-terminal. Todos fueron valorados preoperatoriamente mediante estudio radiológico y flujométrico. Valoramos etiología de la estenosis así como localización y longitud de la misma. El seguimiento se realizó mediante flujometría y uretrografía. Se consideró mal resultado cuando se objetivó recidiva de la estenosis o flujometría obstructiva.

# MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA TVT EN LA CORRECCIÓN DE LA INCONTINENCIA DE ESFUERZO FEMENINA

Ramón de la Iglesia Cabrerizo, M<sup>a</sup> José Montes Díaz, Andrei Bitsunov, Mariano Rigabert Montiel Hospital Rafael Méndez, Lorca.

## URETROPLASTIAS CON INJERTO DE PIEL MALLADO

Tomás M., García F., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.

**INTRODUCCIÓN:** Las estenosis de la uretra anterior cuando son extensas presentan dificultad en su resolución por la necesidad de disponer de grandes cantidades de tejido sano. La presencia de un techo uretral suficiente permite injertos libres de piel o mucosa oral, cuando esto no es posible y dados los malos resultados de las plastias tubulares una alternativa excepcional puede ser el injerto mallado de piel tal como fue descrito por Schreiter.

**OBJETIVO:** Valorar nuestra experiencia con el injerto de piel mallado en el tratamiento de estenosis de uretra anterior de gran longitud..

**PACIENTES Y MÉTODOS:** Revisamos las historias de cuatro pacientes de edades 32, 45, 42 y 45 años. En tres casos la causa de la estenosis fue inflamatoria y además presentaban balanítis xerótica obliterante (BXO), el otro (VIH+) había tenido condilomas uretrales múltiples resistentes a tratamientos locales por lo que se trató con resección endoscópica en dos ocasiones que condicionaron varias estenosis, debido a la continua recidiva se decidió efectuar uretrectomía total con uretrotomía perineoescrotal. Describimos los pasos de la técnica para obtener y preparar la piel mallada, los plazos para realizar el segundo tiempo y la forma de realizar la uretroplastia (se adjunta video con puntos de técnica).

**RESULTADOS:** Al paciente de la uretrectomía se le realizó una sustitución total de la uretra, la longitud del injerto de los otros fué de 16, 15 y 13 cm respectivamente. Todos llevaron tutor 6-7 días y cistostomía unos 22 días. No se produjeron complicaciones ni en el lecho donante ni en la uretroplastia, salvo mínima infección de herida con pequeña fístula que se ocluía sin problemas en la micción. Otro paciente precisa dilatación de meato uretral por BXO activa. Las uretrografías muestran resultados aceptables a 58, 24 y 14 meses respectivamente. Un paciente presenta un seguimiento de solo 4 meses.

**COMENTARIOS:** La uretroplastia con injerto mallado puede tener indicaciones en casos muy seleccionados de estenosis complejas de uretra anterior. La obtención del injerto, su aplicación y la posterior reconstrucción de la uretra presenta unos resultados aceptables.

**Palabras clave:** Uretroplastia. Injerto mallado.

## LA URETROPLASTIA CON MUCOSA. PUNTOS DE TÉCNICAS VIDEO

Fontana, L.O., García, F., Sempere, A., Rico, J.L., Tomás, M., Morga, J.P.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.

El uso de elementos ópticos de aumento, los nuevos materiales de sutura y el entrenamiento permanente del urólogo en cirugía reconstructiva han mejorado los resultados de estas técnicas:

### 1. tiempo bucal:

- a. No es imprescindible intubación nasotraqueal.
- b. Es necesario máxima precisión en la medida de la longitud de la estenosis uretral.
- c. Delimitar el parche mucoso a extraer con rotulador quirúrgico.
- d. Identificar y señalar con rotulador quirúrgico el CONDUCTO DE STENON.
- e. La infiltración con suero fisiológico del parche mucoso a extraer facilita su disección.
- f. Sutura de la brecha quirúrgica con material reabsorbible de 4/0.
- g. Extracción de tejido graso sobrante del parche mucoso.
- h. Mantener permanentemente húmedo o sumergido en suero fisiológico el parche mucoso.

### 2. tiempo uretral:

- a. Catéter de Fogarty nº5 para delimitar extremo proximal de la estenosis.
- b. Oliva de papilotomía para delimitar extremo distal.
- c. Apertura dorsal de uretra bulbar con bisturí frío y tijera de Potts.
- d. No coagular excesivamente tejido esponjoso sangrante. Preferible puntos hemostáticos resolvibles.
- e. El uso de un rinoscopio autofijable facilita la sutura del parche en el extremo proximal.
- f. Catéter suprapúbico nº 12
- g. Sonda tutor multiperforada solo en uretra.

## NEFROMA QUISTICO. A PROPOSITO DE DOS CASOS

*Morga, J.P. García, F., Sempere, A., Rico, J.L., Tomás, M., Fontana, L.O.*  
*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

El riñón es uno de los sitios más frecuentemente afectado por los quistes. Existe tal variabilidad en cuanto a cantidad, localización, tamaño y presentación clínica, que su clasificación ha supuesto un problema desde hace años, siendo varias las propuestas desestimadas por su escasa aplicación clínica. Nosotros usaremos la postulada en 1987 por el Committee on Classification, Nomenclature and Terminology de la American Academy Pediatrics, Section on Urology, que los divide en dos grandes grupos: enfermedades genéticas y no genéticas.

El Nefroma Quístico o Quiste Multiloculado, englobado en las no genéticas, es una entidad relativamente rara que ha sido denominada con numerosos términos inespecíficos desde que Edmunds la describió por primera vez en 1892. Su importancia clínica radica en que aun utilizando todo el arsenal diagnóstico por imagen del que disponemos, nos será dificultoso establecer el diagnóstico diferencial con el tumor de Wilms o adenocarcinoma quístico, con el nefroma mesoblástico, con el sarcoma quístico de células claras, así como con la poliquistosis segmentaria autosómica dominante, la displasia segmentaria quística, el quiste hidatídico y la pielonefritis xantogranulomatosa.

Presentamos dos casos de esta rara enfermedad y realizamos una búsqueda bibliográfica para establecer las claves diagnósticas y posibles alternativas terapéuticas.

## Posters:

### QUISTE EPIDERMÓIDE DE TESTÍCULO: DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

*Gómez, G., Rigabert, M., Nicolas, J.A., Tornero, J.I., Cao, E., Perez-Albacete, M.*  
*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

### FRACTURA DE PELVIS OSEA. LESIONES UROLÓGICAS ASOCIADAS Y PAPEL DEL URÓLOGO DENTRO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

*Romero Hoyuela, A., Tello Royloa, C., Cruces de Abia, F., Jiménez Lopez JM, Nso Mangué. Moreno Barrachina, E.*  
*Servicio de Urología. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante.*

### CUERPO EXTRAÑO INTRAVESICAL

*Nicolás J.A.; Gómez G. ; Tornero J.I. ; Pérez Albacete M. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

### CAVERNOSOMATOSIS VESICAL

*Tornero, J.I., Gómez, G., Nicolás J.A., Cao, E., Perez Albacete, M. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia*

### TRAUMATISMO TESTICULAR POR AGRESIÓN

*Tomás M., García F., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O. Serv. de Urología. Hospital General Universitario. Murcia.*

### HEMATURIA MASIVA DIFERIDA TRAS NEFROSTOMIA PERCUTANEA POR FISTULA ARTERIOVENOSA

*Guzmán Martínez-Valls, P.L., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T., Miñana López, B., Lorca García, J., Cuesta Climent, F.V. Servicio Urología. Hospital Universitario "Morales Meseguer". Murcia*

### MASA RENAL QUISTICA GIGANTE

*Hita Villaplana, G., Guzmán Martínez-Valls, P.L., Fernández Aparicio, T., Miñana López, B., Lorca García, J., Cuesta Climent, F.V. Servicio Urología. Hospital Universitario "Morales Meseguer". Murcia*

### QUISTES PELVIANOS PROFUNDOS

*Servicio de Urología. Hospital Santa Maria del Rosell. Cartagena.*

### AUTOAGRESIONES PENEANAS

*Serv. Urología. Hospital Santa Maria del Rosell. Cartagena.*

### NEUMOGRAMA POSTLEOCH DE LITIASIS CORALIFORME

*Serv. Urología. Hospital Santa Maria del Rosell. Cartagena.*

### Prótesis de Nissenkorn (secuencia miccional).

*Tomás M., García F., Rico J.L., Sempere A., Morga J.P., Fontana L.O. Serv. Urología. Hospital General Universitario. MURCIA.*

# ACTOS CIENTÍFICOS REALIZADOS Y AUSPICIADOS POR LA AMU DURANTE EL CURSO 2001-2002

**XII Reunión de Médicos Residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia. Valencia, 23 de marzo de 2002.** Organizada por el Hospital General Universitario de Valencia y dirigida por el Dr. D. Julio Zaragoza Orts se desarrolló en el salón de Actos del Hospital, se centró en el estudio de los «Traumatismos urinarios y genitales». La participación de los médicos residentes de Urología murcianos se ciñó al desarrollo del tema «Traumatismos genitales del varón» por el Dr. D. Enrique Cao Avellaneda, residente de 2º año del Hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia; el Dr. D. Julián García Ligerero, residente de 5º año del hospital General Universitario, realizó la exposición de casos clínicos y el Dr. D. Pedro Valdelvira Nadal, residente de 5º año del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el análisis y discusión de un caso clínico cerrado.

**XXXVI Congreso de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y de la Asociación Murciana de Urología.** Celebrado en Valencia los días 22 y 23 de febrero de 2002 y organizado por el Servicio de Urología del Hospital militar Vázquez Bernabeu de Valencia. Se comenta en la página

**LXVII Congreso Nacional de Urología.** Celebrado en Murcia los días 4 a 8 de mayo y organizado por la Asociación Murciana de Urología. Comentarios en la página

**II Encuentro Urológico del Sureste.** Organizada por los Servicios de Urología de los Hospitales Universitarios General, Virgen de la Arrixaca y Morales Meseguer de Murcia. Se desarrolló en Murcia, el día 5 de octubre de 2002, con la participación de los urólogos de Alicante con el estudio de «Tratamiento integral del suelo pélvico». Participaron como ponentes la Dra. D<sup>a</sup>. Montserrat Espuña, ginecóloga del Hospital Clínico y Provincial de la Universidad de Barcelona y jefe de la «Unidad de suelo pélvico» de dicho centro, y el Dr. D. Jesús Romero Maroto, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Universitario de San Juan, (Alicante). Fue seguido de una mesa redonda con participación de los ponentes junto con un representante de cada centro organizador.

**Curso de adiestramiento práctico en nefrectomía laparoscópica asistida con la mano.** Celebrado en Murcia los días 18 y 19 de octubre de 2002 y organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca en colaboración con el Hospital Clínico Universitario de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia. El curso que ha tenido la finalidad de divulgar y enseñar esta técnica laparoscópica, estuvo restringido a cinco participantes que tuvieron la oportunidad de realizar cada uno en el cerdo una nefrectomía asistida con la mano.

# ACTOS CIENTÍFICOS PREVISTOS AUSPICIADOS POR LA AMU PARA EL CURSO 2002-2003

**XII Reunión de Residentes en Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia.** Se celebrará el día 16 de noviembre de 2002, organizada por el Servicio de Urología del Hospital Gran Vía, de Castellón de la Plana, con el desarrollo del tema «Fistulas Urinarias».

**XXXVII Congreso de Urología de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y de la Asociación Murciana de Urología.** Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, y presidido por el Dr. D. Mariano Pérez Albacete, se celebrará los días 21 y 22 de febrero de 2003, en los salones de la Obra Cultural de Caja Murcia. Se analizará el tema «Patología Urológica femenina» con la exclusión del suelo pélvico.

**«Avances en Urología» curso de doctorado del Departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.** De treinta horas lectivas (3 créditos). Se celebrará del 5 al 21 de febrero, los lunes y miércoles, de 16 a 21 horas en el aula de la Facultad de Medicina de Murcia, sito en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Organizado por el Profesor de Urología Dr. Pérez Albacete con la colaboración de profesores de Urología de diversas Universidades españolas y los miembros del Servicio de Urología de dicho hospital.

**IX Jornadas Urológicas Murcianas.** Tendrán lugar los días 8 y 9 de noviembre de 2003, organizadas por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario de Murcia.

# LXVII CONGRESO NACIONAL DE UROLOGÍA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

MURCIA, 4-8 MAYO 2002



LXVII Congreso Nacional de Urología

# LXVII CONGRESO NACIONAL DE UROLOGÍA

*Mariano Pérez Albacete*

Tras su finalización le llega al comité local organizador el momento de rendir cuentas a los miembros de la AMU, aunque todos hemos vivido el Congreso Nacional, con mayor o menor intensidad, lo hemos sentido como algo nuestro y cada uno ha aportado lo que se le ha pedido. Como principal responsable os presento un resumen de los datos del balance final.

El número total de inscritos fue de 779 distribuidos en: miembros de la AEU, 470, no socios, 146, médicos residentes de Urología, 80, urólogos jubilados, 14, y miembros de la junta directiva, comité organizador, ponentes e invitados, 69; los acompañantes fueron 249, lo que hace un número total de asistentes de 1.028, con lo que nos mantenemos en las cifras de los anteriores congresos.

Resaltamos que acudieron urólogos de todas las provincias españolas, de Madrid, 173; de Barcelona, 103; de Valencia, 51; de Zaragoza, 32; de Alicante, 27; de Sevilla, 26; de Málaga, 24 como números más representativos, además de Murcia que, con 59 inscritos nos muestra la respuesta de los urólogos de la Comunidad; los extranjeros fueron 28, 14 europeos y otros tantos del continente americano.

En el capítulo de ingresos, la exposición comercial ha dejado en números redondos la cifra de 96 millones de pesetas, a lo que hay que sumar otros 56 millones de las inscripciones, otros 19 millones por aportaciones de colaboraciones especiales y 5 millones por la gestión de los hoteles, lo que alcanza la suma global de 171 millones de pesetas o, exactamente, 1.032.650 euros.

Los gastos alcanzaron un total de 74 millones de pesetas (442.927•), distribuidos en: restauración, 29 millones, Auditorio y Palacio de Congresos, 22 millones, 9 millones, fue el coste de los regalos, 5 los del transporte y 11 millones importa el resto que cubren secretaría, imprenta, identificativos, espectáculos, seguros, etc. Todo ello deja un beneficio neto de 103 millones de pesetas, el Corte Inglés como agencia oficial le corresponde el 25 %, 25 millones y le queda de libre disposición a la Asociación Española de Urología la cantidad de 78 millones de pesetas (468.286•).

Por tanto, la ciudad de Murcia, dentro del contexto de los Congresos Nacionales de Urología, ha seguido la tónica de incrementar el patrimonio de la AEU y ha superado, aunque el reto parecía imposible, la mayor recaudación obtenida hasta ahora que lo fue en el anterior congreso de Granada, gracias al incremento del número de expositores comerciales y a la disminución de los gastos generales, aún teniendo en cuenta que el congreso aumentó la duración en un día, que hubo ponentes extranjeros invitados, traducción simultánea diaria, que arropó a la reunión del grupo de Uropediatría, etc., todo ello innovaciones dentro de la renovación congresual.

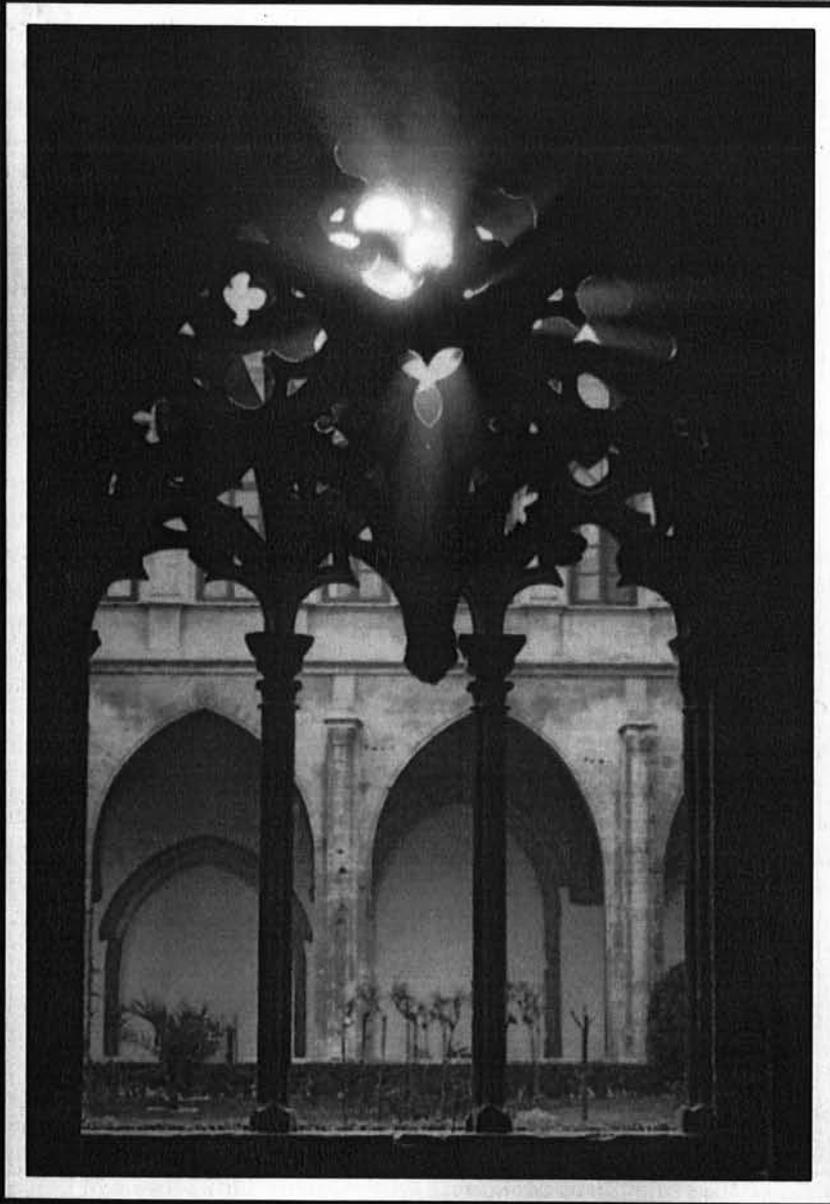
Como cabeza de su organización quiero agradecerlos a todos los miembros de la Asociación Murciana de Urología vuestro apoyo, vuestro trabajo, vuestra asistencia y vuestras aportaciones y, especialmente, la colaboración obtenida de los miembros del comité local. Quiero, también, pedir disculpas a quienes haya podido molestar o no corresponder en lo que de mí se esperaba, todo lo que he hecho lo he realizado con ilusión y con entrega y quizás los nervios por la responsabilidad adquirida, la preocupación por obtener lo mejor o la inexperiencia en muchas ocasiones, hayan podido ser causa de algún momento de tensión, de malestar o de incompreensión.



# XXXVI CONGRESO

ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

ASOCIACIÓN UROLOGÍA COMUNIDAD VALENCIANA



**VALENCIA 22 Y 23 DE FEBRERO DE 2002**

DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO  
POR LA CONSELLERÍA DE SANITAT DE LA GENERALITAT VALENCIANA

*Celebrado en Valencia, los días 22 y 23 de febrero de 2002, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Militar «Vázquez Bernabeu» de Valencia y presidido por el Dr. D. Juan Segarra Rojas, fue declarado de Interés Científico Sanitario por la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana.*

*La inauguración oficial, presidida por las autoridades militares de Valencia y por el Consejero valenciano de Sanidad, tuvo lugar en el Salón del Trono del Real Convento de Santo Domingo de la capital valenciana, sede actual del Cuartel General de la Fuerza de Maniobra. Fue seguida de un cóctel-cena en la sala capitular del claustro del Real Convento.*

*Todos los actos científicos se celebraron en el Hospital Militar en una única sala en la que se presentaron un total de 50 comunicaciones y ocho póster. De la aportación de los urólogos murcianos sobresalen las presentadas por el Servicio de Urología del Hospital General Universitario y en concreto la del Dr. D. Mariano Tomás Ros, jefe de sección del Hospital General Universitario de Murcia, que obtuvo el premio a la mejor comunicación, premio concedido por la junta directiva de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana en su segunda edición y con el que por segundo año consecutivo, los urólogos murcianos han sido galardonados.*

MARIANO PÉREZ ALBACETE

## PATOLOGÍA URINARIA FUNCIONAL

(Una visión histórica basada en las publicaciones valencianas de principios de siglo)

*Cánovas JA; Tramoyeres A; Ramos M; Sánchez F; López Alcina E; Navalón P; Pérez Albacete M\* Zaragoza J.*

*Servicio de Urología. Hospital General Universitario. Valencia*

*\*Servicio de Urología. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", Murcia*

**INTRODUCCIÓN:** La patología funcional del aparato urinario agrupa una serie de procesos en muchas ocasiones de difícil diagnóstico y tratamiento. Consideramos de interés el analizar desde una perspectiva histórica la labor clínica de los pioneros de la urología valenciana en esta materia centrándonos en publicaciones del Dr. Rafael Molla y Rodrigo (Vinalesa 1862- Madrid 1930), precursor de la Urología como especialidad y en torno a quien se forman los más importantes urólogos valencianos, publicando todos ellos y sus principales discípulos en las revistas valencianas de la época de mayor impacto y difusión.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Hemos revisado las publicaciones relacionadas con la patología funcional del aparato urinario desde 1888 hasta 1930 en las principales revistas médicas valencianas de la época, a saber Policlínica, Boletín del Instituto Médico Valenciano, La Medicina Valenciana y Crónica Médica.

**COMENTARIOS Y DISCUSIÓN:** En las decisiones médicas, desde siempre, se ha exigido al médico un conocimiento exacto o al menos aproximado de las nociones etiológicas, anatomopatológicas y topográficas del proceso, sin cuyos elementos tan sólo la incertidumbre y el empirismo informarían de las decisiones del médico. Se le exige pues al urólogo un conocimiento completo de los procesos clínicos y quirúrgicos de los órganos abdominopélvicos. Se denominan por primera vez falsos urinarios, por los Dres. Albarrán y Guyón, enfermos que ofrecen síntomas del aparato urinario sin la existencia de lesiones o con una muy evidente desproporción entre la sintomatología y los resultados de la exploración. El prostático verdadero, tiene siempre en número, forma y tamaño variados, adenomas yuxtauretrales causantes del proceso retencionista responsable a su vez de todas las complicaciones consecutivas, entendiéndose como falso Prostático a aquel enfermo con clínica similar y que obedece a prostatitis crónica sin neoformaciones, uretritis posteriores, parálisis del esfínter o del cuerpo de la vejiga, degeneración de las capas musculares del cuerpo de la vejiga o inhibiciones permanentes de la contractilidad vesical sin existencia evidente de obstáculos. Los falsos urinarios se clasifican en dos grupos, quienes están afectos de los centros medulares (mielitis, traumatismos ...) o aquellos sin enfermedad conocida de los centros nerviosos conocidos como neurópatas urinarios puros, clasificables a su vez de histéricos, neuroartríticos sin litiasis evidente, neurasténicos o braditróficos. En el grupo de los histéricos, es muy interesante resaltar sus antecedentes personales y familiares, los escasos hallazgos a la exploración clínica y otras alteraciones físicas o psíquicas de la economía.

## TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN URETROVESICAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL

*Sempere, J. García Ligeró, E García García, M, Tomas, J.L. Rico, J.P. Morga, L. O. Fontana.  
Servicio de Urología, Hospital General Universitario. Murcia.*

**OBJETIVO:** Analizar los tratamientos de las estenosis de la unión uretrovesical en pacientes sometidos a prostatectomía radical así como la evolución de los pacientes.

**MATERIAL Y METODO:** Sobre 58 prostatectomías radicales realizadas en nuestro servicio, se valora aquellos casos que han desarrollado una estenosis de la unión uretrovesical. El diagnóstico de esta estenosis se realizó mediante uretrografía o uretroscopia. Se valora las intervenciones realizadas, complicaciones, tiempo de establecimiento de la estenosis, así como posibles causas que puedan influir en su desarrollo..

**RESULTADOS:** Se hallaron 11 pacientes que desarrollaron estenosis uretrovesical. La edad media fue 63 años (57-71). El tiempo de sondaje tras la cirugía radical fue de 3 semanas en 10 pacientes y 5 en uno. El tiempo medio de establecimiento de la estenosis fue de 11.4 meses. Como primer tratamiento se realizó en 5 pacientes cervicotomía con corte frío, RTU de la anastomosis en otros 5 y dilataciones periódicas en 1. 3 pacientes precisaron de segundas intervenciones por reestenosis realizándose en las tres ocasiones RTU de dicha anastomosis. El tiempo medio de seguimiento, desde el último procedimiento, fue de 23.6. Todos mantienen una micción confortable.

Como posibles causas favorecedoras de dicha estenosis como son fístula urinaria, hematoma postquirúrgico que requiera drenaje, retención postoperatoria o reintervención quirúrgica por defecto técnico, sólo se presentó fístula y hematoma en un solo paciente,

## ALTERACIONES DEL VACIAMIENTO VESICAL DEBIDA A FÁRMACOS

*Morga Egea, JP; G Ligeró, J; García García, F; Sempere Gutierrez, A; Rico Galiano, JL; Tomás, M; Fontana Compiano, LO.  
Servicio de Urología Hospital General Universitario. Murcia*

Cada vez es mayor el número de medicamentos usados en las distintas disciplinas para el tratamiento de las más variadas patologías (síndromes psicóticos, patología pulmonar, bronquial, cardiocirculatoria, gastrointestinal, etc.). Muchos de estos fármacos tienen efectos colaterales en diferentes sistemas de la economía, entre los que se encuentra el genitourinario. Dentro de este, una de las alteraciones producidas es la alteración del vaciamiento vesical, bien por retención, bien por incontinencia urinaria. Es necesario para el urólogo conocer estos principios activos y disponer de un listado actualizado para interpretar correctamente la clínica miccional tanto en los ancianos, como en adultos jóvenes o niños. En la mayoría de los casos es bien conocido el mecanismo farmacológico que los produce, mientras que en el caso de otros fármacos no lo es tanto, pues realmente no se conoce en su totalidad los intrincados mecanismos que regulan nuestro SNC.

Presentamos una revisión de la literatura donde se relacionan los fármacos ya conocidos así como los más recientes antipsicóticos, antidepresivos y analgésicos, sus efectos y sus mecanismos de acción.

## CARCINOMA DE URETRA EN PACIENTES CON NEOVEJIGA ¿CUAL ES LA MEJOR SOLUCIÓN?

*M. Tomás, F. García, J. García Ligeró, J.L.Rico, A.Sempere, J.P Morga, L.O.Fontana . S. Urología Hospital General Universitario. Murcia.*

Presentamos dos casos de pacientes a los que se realizó cistectomía radical y sustitución vesical por carcinoma transicional de vejiga y que presentaron en evolución tardía carcinoma de uretra.

Se comentan aspectos clínicos, patológicos, sobre el tratamiento de su enfermedad uretral, así como las posibilidades de reconversión de su neovejiga a reservorio cutáneo.

## HERNIAS INGUINOESCROTALES DE CONTENIDO VESICAL

*M. Tomás, F. García, J. García Ligeró, J.L.Rico, A.Sempere, J.P Morga, L.O.Fontana  
S. de Urología Hospital General Universitario de Murcia.*

Presentación de los principales aspectos clínicos e iconográficos de 4 pacientes diagnosticados de hernia inguinoescrotal de contenido vesical.

## NO REPRODUCTIBILIDAD DE LOS SÍNTOMAS. UN DIAGNÓSTICO URODINÁMICO

*Guzmán Martínez-Valls PL, Hita Villaplana G, Fernández Aparacio T, Meseguer Carpe F, Miñana López B.  
Servicio de Urología Hospital General Universitario "Morales Meseguer Murcia*

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** Nuestro objetivo es analizar el grado de no reproductibilidad de los síntomas en el estudio urodinámico practicado en nuestra Unidad e intentar descubrir sus causas y así conseguir su disminución. Según las series el porcentaje de no reproducción va desde un 8 a un 31%.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos un estudio retrospectivo y descriptivo sobre 281 estudios urodinámicos practicados desde la apertura de la Unidad de Urodinámica a pleno rendimiento en Octubre de 1999 hasta Noviembre de 2001, utilizando un equipo MMS-UD 2000. La metodología del estudio comenzaba con historia clínica, exploración neuro-uroológica, flujometría-residuo miccional, cistomanometría, test detrusor-flujo y EMG superficial. En todos los casos participaba un urólogo y una misma DUE siguiendo nuestro protocolo establecido, Se confeccionó una base de datos y se realizó un análisis de los mismos.

**RESULTADOS:** Se realizaron 281 estudios urodinámicos en los que 190 (68%) eran mujeres y 91 (32%) varones con una edad media de 59,4 (15-82) y 58,9 (10-80) respectivamente. En 210 pacientes (75'6%) se confirma el diagnóstico clínico y en 55 (19%) no existe reproductibilidad con 44 (79%) hembras frente a 11 (21%) varones. Destaca el grupo de Esfuerzo que constituye el síntoma más numeroso con un 28'6% alcanzando la confirmación de un 76% seguido de los estudiados por síntomas obstructivos con un 28% confirmando la sospecha en el 84%; le sigue los síntomas de Urgencia con un 24% y de Mixta en un 17%. El síntoma más numeroso que acude y no se reproduce es el de la enuresis nocturna y escapes ocasionales espontáneos.

**DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** A pesar de la metodología metódica, historia clínica detallada y presencia de facultativo no ha habido reproductibilidad de los síntomas en un 19%, cifra incluida a las que hace mención la literatura (8-31 (Yo)); son varias las posibles causas que justifique ese diagnóstico, destacando el medio en que se realiza con llenados artificiales a ritmos no fisiológicos y en presencia tanto de personas que interrumpen la intimidad como con instrumentos que interfieren el proceso de llenado y vaciado, por otro lado necesarios para la medición. Una posibilidad para mejorar el diagnóstico es la utilización del estudio ambulatorio o la creación de metodología alternativa, ya que la demostración de determinados síntomas contribuyen a un tratamiento más certero

## TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA CON EL SISTEMA TVT (TENSIONFREE VAGINAL TAPE): NUESTROS RESULTADOS

*Valdelyra Nadal, P; Cao Avellaneda, F; López Cubillana, P; Prieto González, A.; Martínez Pertusa, P; Gómez Gómez, G.; Pérez Albacete, M.*

*Servicio Urología, Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia.*

**INTRODUCCIÓN:** El objetivo de este trabajo es presentar una revisión de nuestra experiencia inicial con el sistema TVT (tensionfree vaginal tape), así como nuestros resultados y complicaciones a corto plazo en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina (IUE).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Desde Junio de 2000 hasta Diciembre de 2001, 21 mujeres con diagnóstico urodinámico de IUE fueron sometidas a tratamiento quirúrgico corrector de su patología mediante la técnica TVT El tiempo medio de seguimiento es de 7,33 meses (118). La intervención se realizó bajo anestesia raquídea en todas las pacientes. El seguimiento posterior se basó en estudio clínico a los 2,6 y 12 meses y urodinámico a los 2 meses.

**RESULTADOS:** La estancia media postoperatoria fue 1,5 días (13) con retirada de sonda vesical y taponamiento vaginal a las 24 horas. De las 21 pacientes, 17 (80.9%) tuvieron una clara continencia clínica a los dos meses tras la intervención y entre los casos (14,3%) apareció clínica de inestabilidad vesical. En el estudio urodinámico posterior no se logró reproducirla IUE y ninguna paciente presentaba residuo post-miccional significativo. En dos casos se produjo una mínima lesión vesical intraoperatoria que precisó sondaje vesical durante 5 días.

**CONCLUSIONES:** Consideramos que el sistema TVT es una técnica quirúrgica segura y eficaz para el tratamiento de la IUE femenina. Supone una técnica de rápida ejecución, fácil de aprender y con pocas complicaciones.

## ALTERACIONES RELACIONADAS CON LA DINÁMICA FUNCIONAL EN PACIENTES CON SUSTITUCIÓN VESICAL

*F. García, J. García Ligeró, M. Tomas, J.L. Rico, A. Sempere, e J.P.Morga, L.O. Fontana, S. de Urología Hospital General Universitario de Murcia*

**INTRODUCCIÓN:** La interposición de un segmento intestinal en la vía urinaria, como ocurre cuando se realizan reservorios continentes tras cistectomía radical, supone una alteración en la dinámica funcional miccional que ha intentado obviar en lo posible con la evolución y mejora de las técnicas quirúrgicas, con la intención de mantener la integridad corporal y funcional del enfermo en términos de calidad de vida.

**OBJETIVO:** Valorar la serie de nuestros pacientes sometidos a sustitución vesical desde el punto de vista de dinámica miccional.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Revisión de 190 historias clínicas, de pacientes sometidos a cistectomía dentro de los cuales fueron sustituciones vesicales (todos varones), realizándose estudio urodinámico al 40 %.

**RESULTADOS:** Del total, el 88 % presenta continencia diurna y el 76 % nocturna. Hay megavejiga retención en 4 (10 %) y litiasis en neovejiga en 4 (10 %). Apareció dilatación en aparato alto en el 2,5 % e insuficiencia renal de cause no filiada en 1 (2,5 %). Cinco pacientes presentar estenosis de neocuello (12,5 %) (de éstos, 3 (7,5 %) se solucionaron con uretrotomía interna y 2 (5 %) con R.T.U. Hubo dos reconversiones a reservorio externo por Tm de uretra (5 %)

**CONCLUSIONES:** 1. Pese a la posibilidad teórica de mayor número de complicaciones, no debe ser argumento en contra para ofertar derivaciones urinarias continentes a los pacientes, teniendo en cuenta la calidad de si es necesario consensuarlo con el paciente).

2. Hemos de insistir a los pacientes en las maniobras de prensa abdominal para vaciar bien la vejiga y evitar posibilidad de vejigas retencionistas y litiasis vesicales.

## VEJIGA NEURÓGENA POR MIELITIS NECRONIZANTE HEMORRÁGICA

*Guzmán Martínez-Valls PL, Fernández Aparacio T, Hira Villaplana G, Miñana López B, Servicio de Urología Hospital General Universitario "Morales Meseguer". Murcia*

Paciente de 18 años que acude a Urgencias por clínica miccional y dolor lumbar irradiado a extremidades inferiores, parestesias progresivas hasta impotencia funcional de mmii

Exploración física inicial: hipotonía de mmii, hipoestesia L1, anestesia L3, hipoestesia sacra. ROT. abolidos, plantar indiferente.

Exploración complementaria al inicio: TC: no alteraciones. RMN: lesión local en cono medular con zona hemorrágica y zona de baja señal de vacío flujo y/o hemosiderina. Arteriografía: normal. ECO: normal. Estudio urológico inicial: UIV: sin alteraciones. CUMS: vejiga de capacidad adecuada, no reflujo, residuo postmiccional radiológico. E. Urodinámico: (a los 4 meses del inicio del cuadro): vejiga hiperrefléxica con capacidad de 350 ml y presión detrusoriana de llenado de 50 cm de H<sub>2</sub>O, micción voluntaria imperiosa con flujo máximo de 7,9 ml/seg col] residuo de 250 ml EMG esfínter externo con disinergia.

Exploraciones complementarias de control: RMN de control a 2 años: imagen residual de sangrado antiguo. E Urodinámico del control a 2 años: vejiga hiperrefléxica con capacidad de 225 ml y presión detrusoriana en llenado de 67 cm de H<sub>2</sub>O, micción voluntaria imperiosa con flujo máximo de 15 ml/Seg con residuo de 227 ml EMG esfínter externo con disinergia.

Diagnóstico diferencial: a tenor de los estudios de imagen realizados así como las determinaciones analíticas de LCR, sangre, el diagnóstico más probable es de mielitis necrotizante hemorrágica a nivel D12-L1 o lesión malformativa arteriovenosa oculta que podría corresponder a un hemangioma cavernoso, En ambos casos curso con síndrome de lesión medular L3 incompleto a nivel neurológico.

Desde el punto de vista urológico el paciente presenta vejiga neurógena hiperrefléxica con disinergia esfinteriana externa electromiográfica.

Tratamiento: fisioterapia, terapia ocupacional y reeducación de esfínteres. Anticolinérgicos y pauta de autocateterismos intermitentes y controles periódicos del aparato urinario.

Desde el punto de vista rehabilitador la lesión neurológica siguió una evolución positiva presentando un balance muscular en mmii muy positivo (de 2 pasa a 4).

Desde el punto de vista urológico mantuvo su condición de vejiga neurógena hiperrefléxica con disinergia de esfínter externo, manteniendo elevado el residuo postmiccional.

## PATOLOGÍA PRIMARIA DEL CUELLO VESICAL. CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

*J. García Ligeró, E García García, M. Tomás Ros, J.L. Rico Galiano, A Sempere Gutiérrez, J.P Morga Egea, L.O. Fontana Compiano.*

*Servicio de Urología Hospital General Universitario. MURCIA.*

**INTRODUCCION:** La obstrucción del tramo urinario inferior se puede deber además de a enfermedad prostática, a estenosis de uretra, hipertrofia o disfunción cervical primaria y también a alteraciones vesicóesfinterianas. A veces se pueden plantear problemas diagnósticos en pacientes con edades no relacionadas con HPB.

**OBJETIVOS:** Analizar las exploraciones utilizadas para el diagnóstico de los pacientes con alteraciones del flujo urinario por patología primaria del cuello vesical que son candidatos a trigonocervicotomía endoscópica y los resultados de la intervención.

**MATERIAL Y METODOS:** Revisión de las historias clínicas de 97 pacientes intervenidos de trigonocervicotomía endoscópica unilateral (hora 7) de los que 64 presentaban hipertrofia primaria de cuello, con edades entre 22 y 55 (media 41 años). Se analizan datos sobre las curvas de flujo preoperatorias. A 52 se les había realizado uretrografía retrógrada y CUMS de las que 48 son valorables. La utilidad de los hallazgos de la uretrografía retrógrada, la existencia de trabeculación de la vejiga en la cistografía, la apertura del cuello vesical en la miccional y el residuo posmiccional son valorados. También se analizan los resultados postoperatorios.

**RESULTADOS:** Los estudios radiológicos diagnosticaron patología uretral concomitante (5 estenosis y 3 siringoceles de las glándulas de Cowper), se encontró vejiga de lucha en 24 pacientes (50%), insuficiente apertura del cuello vesical en 40 (83%), imposibilidad para conseguir la micción en 6 casos (13%) y residuo significativo en 5 (10). Los flujos máximos preoperatorios han oscilado entre 5 y 16 (media 8 ml/s). Los flujos postoperatorios oscilaron entre 17 y 64 (media 38 ml/s). No se produjeron complicaciones significativas en la cirugía (2 pacientes presentaron herniatura que precisó reintervención).

**CONCLUSIONES:** La flujometría preoperatoria es una prueba fundamental en la valoración de pacientes candidatos a trigonocervicotomía endoscópica. La cistografía es útil para el diagnóstico de la patología obstructiva primaria del cuello de la vejiga, confirmando en la mayoría de los casos el diagnóstico de presunción. Nuestros resultados clínicos y flujométricos confirman los buenos resultados terapéuticos de la incisión endoscópica del cuello de la vejiga.

## ESTUDIO VESICAL DE LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL

*Cao E, Valdevira P. López Cubillana P. Guardiola A. Martínez P. Server G. Prieto A. Gómez G. Perez M.*  
*Hospital "Virgen de la Arrixaca" (Murcia)*

**OBJETIVOS:** Estudiar en los pacientes candidatos a trasplante renal, la vejiga desfuncionalizada según protocolo del Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca" de Murcia y evaluación de comportamiento post-trasplante.

**MATERIAL Y METODOS:** Hemos revisado los últimos 167 pacientes sometidos a trasplante renal (enero 1998 diciembre 2001), en todos los casos se trataba de pacientes que entraban dentro del diagnóstico de vejiga desfuncionalizada (diuresis inferior a 300 ml/ día), el estudio vesical previo se realizó mediante cistografía según nuestro protocolo. En 164 casos encontramos una vejiga sin alteración patológica y otros tres casos se diagnosticaron de disfunción vésico-esfinteriana, en los que se procedió previo al trasplante renal a tratamiento quirúrgico, en dos a una ileocistoplastia de ampliación y en el tercero (el más antiguo) una derivación urinaria tipo conducto ileal (Bricker) Se evalúa el funcionamiento vesical de estos pacientes así como el de su función renal.

**RESULTADOS:** 141 pacientes permanecen con un injerto renal funcionando, con un rango de seguimiento de entre 1 y 48 meses. Los 138 considerados con vejiga normal, no presentaron alteración funcional vesical alguna posterior al trasplante; de los dos pacientes en los que hubo que practicar tratamiento quirúrgico previo sobre la vejiga el comportamiento ulterior fue normal. En ninguno de los pacientes en los que fracasó la función renal, el origen fue vesical.

**CONCLUSIONES:** En nuestra experiencia, el estudio cistográfico es suficiente para valorar el estado de la vejiga desfuncionalizada. Los pacientes con disfunción vesicoesfinteriana precisan de un tratamiento corrector previo de la misma. De entre las opciones terapéuticas, la ileocistoplastia de ampliación constituye la mejor alternativa.

## TUMOR CON CÉLULAS MULTINUCLEADAS GIGANTES TIPO OSTEOCLASTO DE VEJIGA

*E García, J. García Ligeró, M. Tomás, J.L. Rico, A. Sempere, J.P Morga, L.O. Fontana*  
*S. de Urología Hospital General Universitario de Murcia.*

Presentamos un caso de carcinoma vesical con diferenciación histológica de tipo sarcomatoso del estroma (carcinomas heterólogos), con células gigantes tipo osteoclasto.

Este tumor se caracteriza por ser positivo para vimentina y fosfatasa ácida y negativo para marcadores epiteliales (citoqueratinas de bajo peso molecular) y de mal pronóstico (supervivencia inferior al 20 % a los 5 años).

# Premio a la mejor comunicación presentada en XXXVI Congreso de Urología de la Comunidad Valenciana y Asociación Murciana.

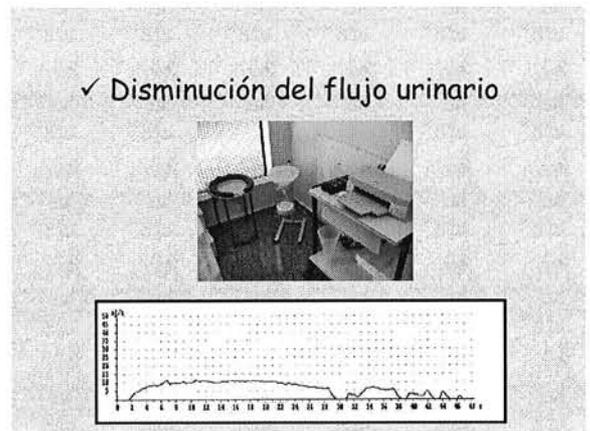
## FLUJOMETRÍA Y P.S.A. COMO COMPLEMENTO A LA MEDICIÓN DEL VOLUMEN PROSTÁTICO EN LA ELECCIÓN DEL TIPO DE INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON HIPERTROFIA PROSTÁTICA

*M. Tomás Ros, J. García Ligeró, F. García García, A. Sempere Gutiérrez, J.L. Rico Galiano, J.P. Morga Egea, L.O. Fontana Compiano.*  
Hospital General Universitario. Murcia.

La intervención quirúrgica en pacientes con síntomas obstructivos del tramo urinario inferior relacionados con H.P.B se plantea condicionada por diferentes factores:



Aumento del volumen prostático (Fig. 1)



Disminución del flujo urinario (Fig. 2)

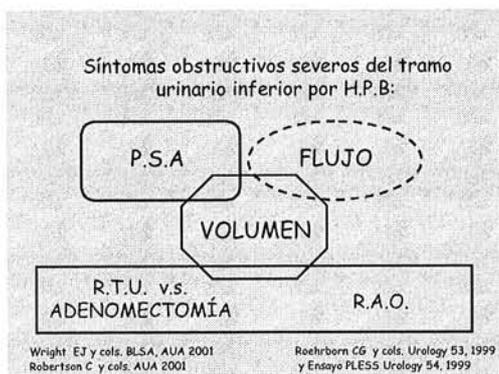
Elevación de P.S.A, con sus diferentes modalidades de valoración:

P.S.A velocidad, P.S.A edad,

P.S.A ligado a alfa 1 antitripsina, relación P.S.A. Libre /Total y sobre todo P.S.A. Densidad, que es la forma que mejor discrimina entre H.B.P y carcinoma.

Hay diferentes trabajos que han querido relacionar el volumen prostático y la posibilidad de presentar episodios de retención urinaria aguda. Otros estudios poblacionales han valorado el volumen prostático y la edad, y el riesgo de sufrir a lo largo de la vida una intervención quirúrgica. Es bien sabida la relación que existe entre tamaño del adenoma y tipo de intervención quirúrgica seleccionada (Fig.3).

El volumen prostático está asociado al P.S.A y al flujo miccional pero no de una manera absolutamente aritmética. No está suficientemente estudiado si el P.S.A y el flujo pueden predecir la evolución de la H.P.B.



(Fig. 3)

### OBJETIVOS:

Valorar la relación existente entre parámetros utilizados en clínica para estudiar a pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente de hiperplasia prostática benigna, para intentar contestar la siguiente pregunta: ¿Pueden la flujometría y el P.S.A ayudarnos a elegir la técnica quirúrgica más apropiada?

**MATERIAL Y METODOS:**

Realizamos un estudio retrospectivo de 600 pacientes consecutivos intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio por síntomas de obstrucción del tramo urinario inferior. De ellos 489 presentaban datos suficientes para ser evaluados una vez excluidos otros procesos (carcinoma, patología uretral, hipertrofia de cuello, esclerosis, etc.), a 321 se les realizó R.T.U y a 168 Adenomectomía retropúbica.

La recogida de datos incluye:

Edad, Flujo máximo, Volumen miccional, P.S.A, Tacto rectal, Cistouretrografía, Tipo de intervención, etc.

El estudio estadístico se realizó mediante el **análisis de la varianza y T de Student** para variables cuanti y cualitativas y el **análisis de correlación lineal** para dependencia de variables cuantitativas. Se realizan **tablas de contingencia** para variables cualitativas con análisis de residuos.

**RESULTADOS:**

Existe una proporción muy llamativa de pacientes intervenidos por adenomectomía retropúbica que llevaban sondapermanencia por R.A.O en el momento del acto quirúrgico, mientras que pocos lo hacían en el caso de R.T.U (tabla I). Como se esperaba la relación entre volumen prostático y tipo de intervención elegida es directa (tabla II).

**RESULTADOS:**

|        |          |                       |        |
|--------|----------|-----------------------|--------|
| n= 489 | Sonda SI | Sonda NO              | n= 321 |
|        | R.T.U.   | 56 (17%)<br>265 (83%) |        |
| n= 132 | A.R.P.   | 76 (45%)<br>92 (55%)  | n= 168 |

Tabla I

**RESULTADOS:**

Tabla de contingencia y análisis de residuos

| Tacto rectal | R.T.U | A.R.P |
|--------------|-------|-------|
| I            | 4.7   | -4.7  |
| II           | 8.0   | -8.0  |
| III          | -9.0  | 9.0   |
| IV           | -5.9  | 5.9   |

Tabla II

Existe significación estadística cuando se comparan las variables volumen determinado por ecografía, flujo máximo y P.S.A con el tipo de intervención realizado (R.T.U o A.R.P). El P.S.A es mayor en pacientes intervenidos vía retropúbica que en los que efectuamos R.T.U. La relación con el Flujo máximo es inversa (Tablas III y IV)

n= 489

**RESULTADOS:**

T Student

|                        |                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                        | <b>R.T.U</b>           |                        |                        |
| Edad (n=314)           | x: 66.79<br>s.d. 7.63  | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.0311<br>P 0.0311   |
| Vol. ECO (n= 306)      | x: 53.40<br>x: 100.025 | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.00005<br>P 0.00005 |
| Flujo. Q max. (n= 316) | x: 7.811<br>x: 5.513   | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.00005<br>P 0.00005 |
| Volumen micción        | Análisis de varianzas  |                        | P 0.8516               |
| P.S.A. (n= 265)        | x: 4.712<br>x: 9.117   | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.00005<br>P 0.00005 |

Tabla III

n= 489

**RESULTADOS:**

T Student

|                        |                        |                        |                        |
|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                        | <b>Adenomectomía</b>   |                        |                        |
| Edad (n=166)           | x: 66.79<br>s.d. 7.63  | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.0334<br>P 0.0334   |
| Vol. ECO (n= 163)      | x: 53.40<br>x: 100.025 | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.00005<br>P 0.00005 |
| Flujo. Q max. (n= 164) | x: 7.811<br>x: 5.513   | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.00005<br>P 0.00005 |
| Volumen micción        | Análisis de varianzas  |                        | P 0.8891               |
| P.S.A. (n= 133)        | x: 4.712<br>x: 9.117   | Welch<br>Brown-Forsyte | P 0.00005<br>P 0.00005 |

Tabla IV

Existe buena correlación del volumen prostático determinado por tacto rectal, volumen prostático ecográfico y flujo máximo, la diferencia es significativa desde el punto de vista estadístico. (Tabla V).

El coeficiente de Pearson cuando se comparan todas las variables entre ellas demuestran que flujo y P.S.A no guardan relación estadística, es decir no son variables dependientes (Tabla VI).

RESULTADOS:

**Tacto rectal (I-IV)**

|                   |   |
|-------------------|---|
| Edad              | Análisis de las varianzas P 0.029<br><i>Tacto I se correlaciona inversamente con la edad.</i> |
| Volumen ecografía | Welch P 0.00005<br>Brown-Forsyte P 0.00005<br><i>Muy buena correlación todos los grados.</i>  |
| Flujo (Q max)     | Welch P 0.00005<br>Brown-Forsyte P 0.00005<br><i>Sobre todo I y IV</i>                        |
| Volumen micción   | Welch P 0.0005<br>Brown-Forsyte P 0.0546<br><i>Tendencia a más tacto menos volumen micc..</i> |
| P.S.A.            | Welch P 0.00005<br>Brown-Forsyte P 0.00005<br><i>No hay diferencias entre III y IV.</i>       |

Tabla V

RESULTADOS:

Coefficiente de correlación de Pearson  $> 0,166 = p < 0,05$

|           | Edad    | ECO     | Qmax   | Vol.    | P.S.A  |
|-----------|---------|---------|--------|---------|--------|
| Edad      | 1.0000  |         |        |         |        |
| Vol. ECO  | 0.0325  | 1.0000  |        |         |        |
| Q max     | -0.1202 | 0.1030  | 1.0000 |         |        |
| Vol.Micc. | -0.1958 | -0.1124 | 0.1969 | 1.0000  |        |
| P.S.A.    | 0.0802  | 0.5011  | 0.0123 | -0.0847 | 1.0000 |

↙ SI RELACIÓN
↘ NO RELACIÓN

Tabla VI

COMENTARIOS:

- El tacto rectal y la ecografía pueden ser usados con seguridad en la toma de decisiones para el tratamiento quirúrgico de H.P.B.

- El P.S.A. se correlaciona muy directamente con el tacto rectal, con el volumen en ecografía y con el tipo de intervención.

- Existe significación estadística entre la relación del flujo máximo, el tacto rectal y el tipo de tratamiento quirúrgico de H.P.B. (como variable independiente).

- El P.S.A. y el flujo máximo no guardan relación entre ellos, por lo que pueden ser utilizadas como dos variables independientes a la hora tomar decisiones sobre la intervención.

CONCLUSION:

Se podrían confeccionar tablas que ayudaran en la toma de decisiones sobre el tipo tratamiento quirúrgico a realizar en pacientes con H.P.B. que incluyeran además de la escala de síntomas, el tacto rectal y la ecografía, los valores de P.S.A y el Flujo máximo.

# TRABAJO GANADOR DEL PREMIO "SALVADOR PASCUAL" 2002 DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

## CIRUGÍA RADICAL EN TUMORES TRANSICIONALES DE VIAS ALTAS, CAUSAS HISTOLOGICAS E INMUNOHISTOQUÍMICAS QUE DETERMINAN EL PRONÓSTICO EN SU EVOLUCIÓN

*F.García,L.O.Fontana,J.G<sup>a</sup> Ligeró,I.Arcas,\*F. Martínez\*,M.Tomás,J.L.Rico,A.Sempere  
Servicio de Urología Hospital General Universitario de Murcia  
Servicio de Anatomía Patológica Hospital General universitario de Murcia\*.*

### RESUMEN

Presentamos una serie de 61 pacientes sometidos a cirugía radical por tumores uroteliales de vías altas en los que hemos estudiado factores personales e histológicos así como inmunohistoquímicos (P53 y C-erb-2), que podían influir en su evolución.

Encontramos relación estadísticamente significativa entre muerte tumor dependiente / estadio patológico ; entre muerte tumor dependiente también y linfadenectomía positiva y presencia de adenopatías positivas en la TC.La sobreexpresión P53 se relaciona de forma estadísticamente significativa con muerte de causa tumor dependiente; no ocurre esto con la sobreexpresión de C-erb-2, que es más inespecífico.

En todas las relaciones estadísticamente significativas hemos analizado las curvas de supervivencia y finalmente realizamos análisis multivariante(P53/estadio patológico/C-erb-2),apreciando que no hay una mayor porcentaje en su conjunto de muerte tumor dependiente de la que cabría esperar de los tres factores por separado,siendo especialmente dependiente de la sobreexpresión de P5

### INTRODUCCION

En la evolución de los tumores uroteliales influyen una serie de factores: personales,hábitos,histopatológicos e inmunohistoquímicos;dentro de estos últimos podemos decir que la activación de protooncogenes,como el oncogen C-erb-2 que codifica una proteína similar al receptor de crecimiento epidermal,y puede contribuir al crecimiento celular,o la producción de genes supresores anómalos(P53),que no hacen adecuadamente su función(identificar errores en fase G1 para evitar que se reproduzcan en fase S del ciclo celular),pueden inducir inestabilidad génica,que constituye una de las bases para el desarrollo de tumores.

Otros factores a tener en cuenta eran los de hábitos fundamentalmente el fumar está establecido como factor favorecedor del desarrollo de tumores del tracto urinario<sup>1</sup>, o el grado,siendo los de alto grado con mas frecuencia invasivos<sup>1</sup>.

### MATERIAL Y METODO

Estudio retrospectivo multifactorial de una serie de 61 pacientes,de los cuales 9 eran mujeres y 52 varones con una edad media de 68 años(rango de 31 intervenidos de forma radical por tumores transicionales de vías altas en los que analizamos hábitos personales factores histológicos e histoquímicos(P53 y C-erb-2),para ver si influían en su evolución.

El método histoquímico empleado para el estudio de la sobreexpresión de P53 y C-erb-2 fue el de la AVIDINA - BIOTINA - PEROXIDASA en material parafinado con un anticuerpo monoclonal específico y un segundo anticuerpo,siendo los criterios de valoración los siguientes para la sobreexpresión de P53 y C-erb-2: 0, menos del 5%; +, hasta el 25%; ++, hasta el 50%; +++, más del 50%.

El método estadístico utilizado fue el test de Chi-cuadrado Pearson para variables cualitativas y con análisis de residuos en algunos casos para ver las relaciones entre valores concretos de las variables.También se hizo análisis de las curvas de supervivencia con validación estadística según el test de Mantel-Cox y al final análisis multivariante estadio patológico / P53 / C-erb-2

Todos los niveles de significación estadística se establecieron en P menor del 5%.

### RESULTADOS

Dentro de los hábitos personales estudiamos el hábito tabáquico,presentando antecedentes sólo el 13%, aunque no figura el dato en la Hª clínica en el 39%,por lo que realmente no es valorable(fig. 1).

El motivo de consulta inicial más frecuente fue hematuria en un 39%, aunque había un 26% en donde se descubrió de forma accidental en revisión por tumor de vejiga. En un 58% se diagnosticó por urografía intravenosa

sola y en un 23% con ecografía añadida y hubo que confirmar con TC o ureteroscopia en un 7% y 5% respectivamente.

En un 85% fue un tumor único, de crecimiento predominantemente papilar (79%), de localización predominante en pelvis renal (30%) o ureter pelviano (26%) y en lado izquierdo (52%).

La intervención mayoritaria fue nefroureterectomía sin desinserción endoscópica (60%), y con desinserción endoscópica (12%). También se realizó pielectomía parcial, nefrectomía parcial, ureterectomía segmentaria, y resección transuretral en algunos casos y en un 7% nefroureterectomía con cistectomía en bloque.

La linfadenectomía fue negativa en 46% y positiva en un 11%, aunque hubo un elevado porcentaje donde no se hizo (36%) (Fig. 2). En la TC previa aparecía adenopatías + en un 5% y negativas en un 87% (fig. 3).

El estadio patológico predominante fue PT1N0M0 (31%) PT1NxM0 (25%) apareciendo CIS sólo en un 3.5% (fig. 4).

Dentro de los pacientes valorables cuando se estudió la expresión de P53 y C-Erb-2 (fig. 5), había 13 pacientes con P53 +++ y otros 13 con P53 ++ (casi la mitad) y en la expresión de C-Erb-2, había positivo ++, 31 pacientes y positivo +++, 10 pacientes (fig. 5 y 6).

En relación a presencia de tumor vesical previo en un 46%, siendo predominante G2 y un 2% de CIS (fig. 7). La media de tiempo hasta la asociación transcurrido fue de 32,6 meses.

En un 21% hubo tumor vesical simultáneo, con un 12% de tumores G2 predominantes y 2% de CIS (fig. 8).

Analizando la relación tumor sólido ó papilar / causa de muerte (tumoral, no tumoral), aunque no es estadísticamente significativo ( $P = 0.06$ ), al hacer análisis de residuos observamos una importante relación tumor papilar / supervivencia y muerte tumor dependiente y no tumor dependiente / tumor sólido, con curva de supervivencia de Kaplan-Meier y test de Mantel-Cox estadísticamente significativos ( $P$  menor 0.005) (fig. 9 y 10).

Hay relación estadísticamente significativa entre estadio patológico y muerte de causa tumoral (figura 11, 12) (tabla 1). Y linfadenectomía positiva y adenopatías + en TC y muerte tumor dependiente (fig. 13, 14). Obtuvimos curvas de supervivencia en función de todos estos factores.

Hay relación significativa expresión P53 / supervivencia (fig. 15, 16) y no significativa C-Erb-2 / supervivencia (fig. 17, 18).

Finalmente se hizo análisis multivariante P53 / C-Erb-2 / estadio con muerte de causa tumoral, no incrementándose la frecuencia y dependiendo casi en su totalidad de sobreexpresión de P53 (fig. 19).

## COMENTARIOS

El hábito tabáquico intenso está reconocido en numerosos estudios como factor de riesgo para padecer tumores del tracto urinario<sup>1</sup> en general y del superior en particular, aunque en nuestro estudio no era mayoritaria la población fumadora.

En lo referente a la sobreexpresión del factor P53, según algunos estudios este influye en el grado tumoral (a mayor sobreexpresión P53, mayor grado tumoral)<sup>2,3</sup>, y estadio (a mayor sobreexpresión, mayor estadio)<sup>3</sup>, y teniendo un desarrollo evolutivo con peor pronóstico<sup>2</sup>.

Hay estudios que conceden mas importancia a factores histopatológicos como el estadio patológico frente a los factores inmunohistoquímicos; en este sentido, estudios de análisis multivariante revelan la independencia de P53 y anatomía patológica de las piezas quirúrgicas como factores de mala evolución de los tumores transicionales del tracto urinario superior<sup>3</sup>.

En algunos estudios el valor de P53 como factor pronostico en la evolución de los tumores uroteliales de vías altas, no es estadísticamente significativo<sup>3</sup>, en nuestro estudio sí lo es ( $P$  menor de 0.005) y el estadio patológico también es estadísticamente significativo, pero como factores independientes.

Hay estudios que revelan que una baja expresión de P53 puede indicar una mejor evolución en pacientes con tumores de alto grado y en los de alto estadio<sup>4</sup>; y cuando hay una sobreexpresión elevada, puede ocurrir al contrario<sup>5</sup>.

Los estudios sobre la sobreexpresión del factor C-Erb-2 han dado resultados mas variables e inespecíficos, ocurriendo en algunos casos como el nuestro, resultado no significativo estadísticamente.

## BIBLIOGRAFIA

1.-Binguier PP, McCredie, M. Sauer y col. **Carcinomas of the renal pelvis associated with smoking and phenacetin abuse: p53 mutations and polymorphism of carcinogen metabolising enzymes.** Int.J.Cancer 1998 Oct 23. 79(5), P 531-6.

2.-Furihata M, Ohtsuki Y, Sonobe H. y col. **Prognostic significance of cyclin E and p53 protein overexpression in carcinoma of the renal pelvis and ureter.** Br.J.Cancer 1998 Mar. 77(5). P 783-8.

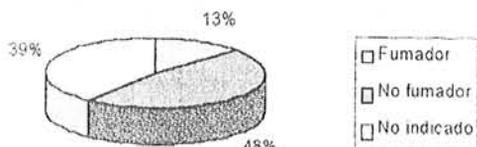
3.-Jinza S., Takano Y. y col. **Prognostic significance of p53 protein overexpression in transitional cell carcinoma of the renal pelvis and ureter.** Urol. Int. 1998 60(3). P 147-51.

4.-Rey A., Lara PC., Redondo E. y col. **Overexpression of p53 in transitional cell carcinoma of the renal pelvis and ureter. Relation to tumor proliferation and survival.** Cancer. 1997 Jun 1. 79(11). P 2178-85.

5.-Kong C., Liu T., y col. **Clinical importance of p53 gene mutation and PCNA expression in ureteral and renal pelvic cancers.** Chung Hua Chung Liu Tsa Chih. 1996 Nov. 18(6). P 436-8.

Figura 1

Hábito tabáquico



Fumadores 8. No fumadores 29. No indicado 24

Figura 2

Linfadenectomía

Positiva 7  
Negativa 28  
No se hizo 22

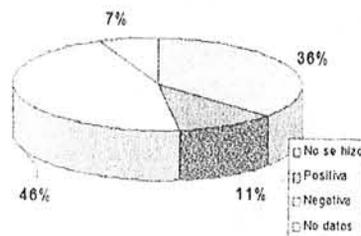


Figura 3

Adenopatías Previas en TC

Positiva 3  
Negativa 53  
No dato 5

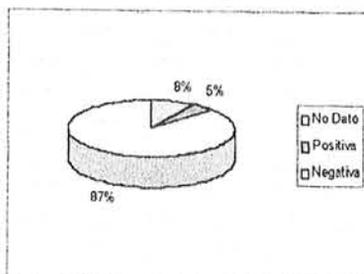
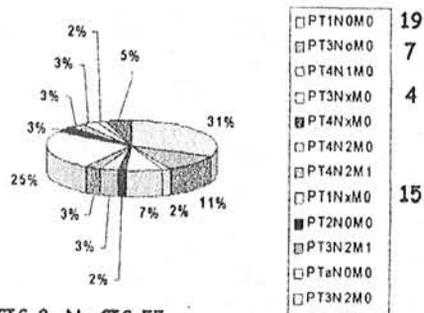


Figura 4

Anatomía patológica y CIS



CIS 2. No CIS 55.

Figura 5'

VALORACION + PROTOONCOGENES Y G SUPRESORES

CERB-2

P53

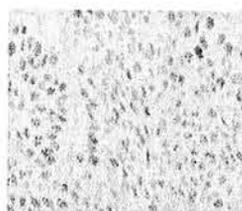
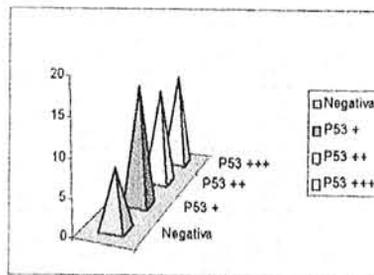


Figura 5

VALORACION + PROTOONCOGENES Y G SUPRESORES

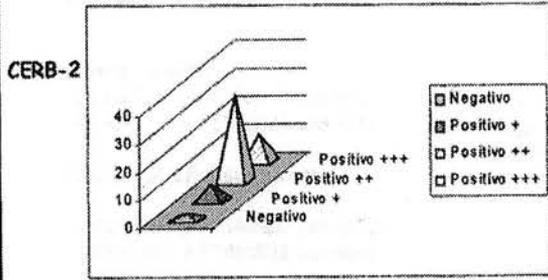
P53



Negativo 8 Positivo + 16 Positivo ++ 13 Positivo +++ 13

Figura 6

VALORACION + PROTOONCOGENES Y 6 SUPRESORES



Negativo 2 Positivo + 6 Positivo ++ 31 Positivo +++ 10

Figura 7

RELACION CON TM VESICAL PREVIO

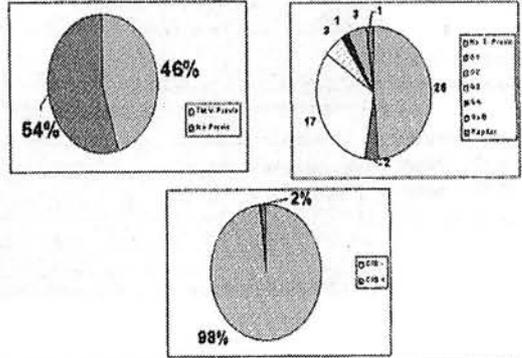


Figura 8

RELACION CON TM VESICAL SIMULTANEO

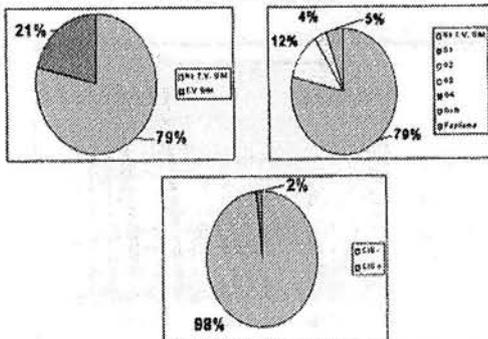
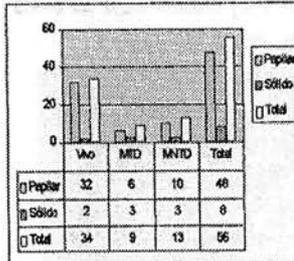


Figura 9

CALCULO DE RELACION ENTRE VARIABLES



Relación tipo- causa De muerte tumoral

No es estadísticamente Significativo(P 0.06) Si lo sería si agrupamos MTD y MNTD en cuyo Caso P menor 0.005

Análisis de residuos mucha relación Papilar-vivo y MTD y MNTD con sólido

Figura 10

Curva de supervivencia tipo(papilar-sólido) -causa de Muerte P menor de 0.005 Mantel-Cox

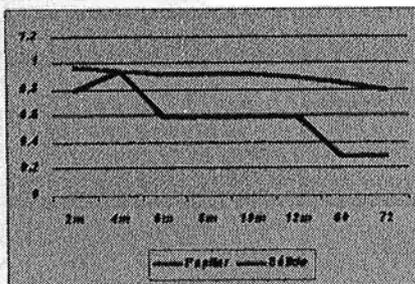
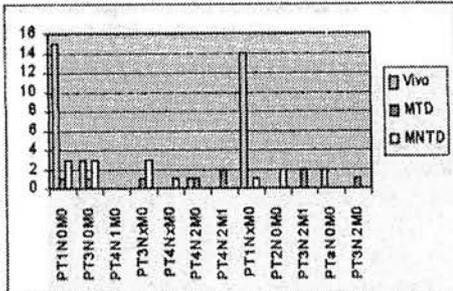


Figura 11

CALCULO DE RELACION ENTRE VARIABLES



AP y Causa muerte

P menor 0.005

Tabla 1

**CALCULO DE RELACION ENTRE VARIABLES**

Fuerte relación:

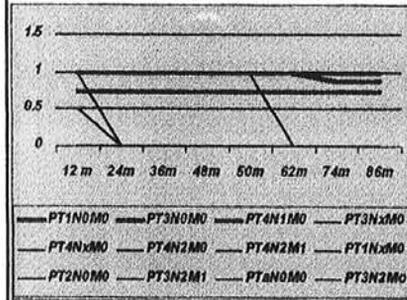
- PT1N0M0 y PT1Nxm0 con vivo
- PT4N2M1 y PT3N2M1 con MTD

AP y  
Causa  
muerte

Fuerte relación inversa con:

- PT1N0M0 y PT1Nxm0 con MTD
- PT3Nxm0 y PT4N2M1 con vivo

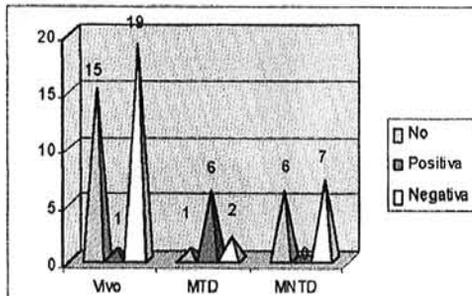
Figura 12



Curva de super-  
Vivencia para AP  
Estadísticamente  
Significativa P  
menor 0.005  
(Mantel-Cox)

Figura 13

**Linfadenectomía y causa de muerte P menor 0,005**



Curva supervivencia

**Curva de supervivencia para linfadenectomía(positividad)  
P menor de 0.005 Mantel-COX**

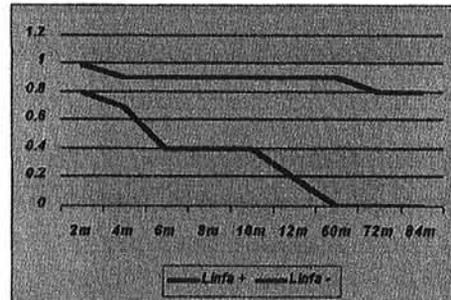
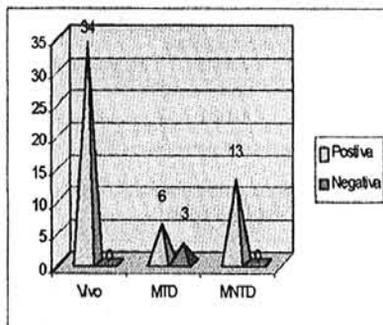


Figura 14

**Tabla contingencia adenopatía TC-muerte tumoral/NT**



Chi cuadrado  
Pearson  
P menor 0.005

Curva de supervivencia

**Curva de supervivencia adenopatías en TC y supervivencia  
P menor 0.005 Mantel-Cox**

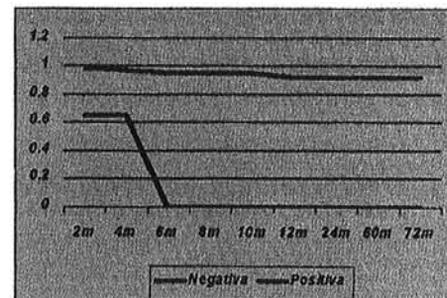


Figura 15

Representación de tabla de contingencia P53/supervivencia

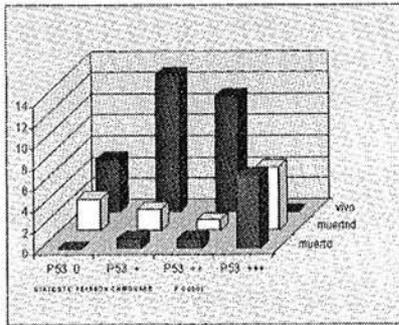


Figura 16

Curva de supervivencia en función de + de P53  
Estadísticamente significativo P menor de 0.005 Mantel-C.

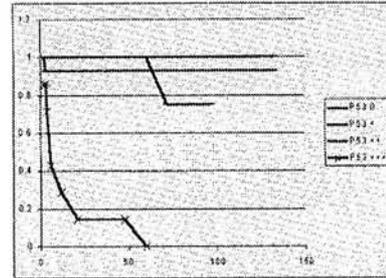


Figura 17

Gráfico de tabla de contingencia CERB2/supervivencia  
P mayor de 0.005

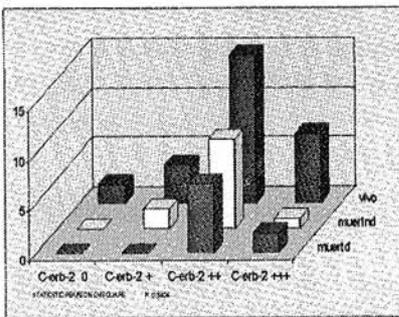


Figura 18

Curva de supervivencia en función de + de Cerb-2  
No significativo P mayor de 0.005 Mantel-C.

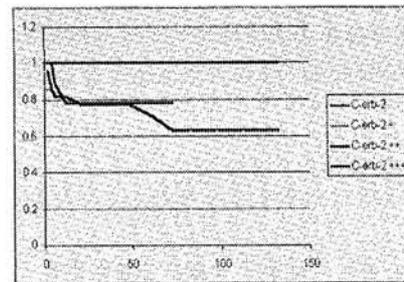


Figura 19

Análisis multivariante P53 Cerb-2 y A.Patológica

ESTUDIO MULTIVARIANTE. DENSIDAD DE SUPERVIVENCIA (CON)

**PASO 0**

| VARIABLE | APROX CHI <sup>2</sup> |        | P-VALUE |
|----------|------------------------|--------|---------|
|          | ENTER                  | REMOVE |         |
| 16 AP    | 3,16                   |        | 0,0756  |
| 19 p53   | 22,51                  |        | 0,0000  |
| 20 cerb2 | 1,20                   |        | 0,0756  |

**PASO 1**

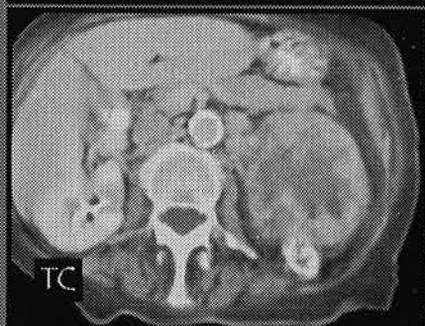
| VARIABLE | APROX CHI <sup>2</sup> |        | P-VALUE |
|----------|------------------------|--------|---------|
|          | ENTER                  | REMOVE |         |
| 16 AP    | 1,71                   |        | 0,1913  |
| 19 p53   |                        | 22,51  | 0,0000  |
| 20 cerb2 | 0,06                   |        | 0,8079  |

# POSTER GANADOR DEL PREMIO "SERVER FALGÁS" DEL AÑO 2001

## HEMANGIOMA CAVERNOSO DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL

*J.L. Rico Galiano*

Servicio de Urología, Hospital General Universitario, Murcia.



### caso clínico

- ▲ Mujer de 81 años AP.- histerectomía con anexectomía bilateral por mioma; hernia discal lumbar y diverticulosis colónica.
- ▲ Consulta por dispepsia y dolor en HI.  
Hallazgo casual en ecografía de masa sólida en polo superior del RI
- ▲ TC: masa sólida en polo superior del RI, heterogénea y con calcificación.  
RMN: tumoración de 8,5 cm en suprarenal izqda, con necrosis central y zonas hemorrágicas, contactando y desplazando caudalmente al RI.
- ▲ Tratamiento: Adrenalectomía izqda + nefrectomía polar superior
- ▲ A Patológica: tumoración de 367 gr y 10 cm de diametro, encapsulada y conteniendo abundante material necrótico-hemorrágico.  
Diagnóstico: Hemangioma cavernoso trombosado de suprarenal  
Polo renal con pielonefritis crónica

# TRATADO DE VENDAGES Y APÓSITOS PARA EL USO DE LOS REALES COLEGIOS DE CIRUGÍA

M. Pérez Albacete

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Durante la celebración del LXVII Congreso Nacional de Urología pudimos presentar, dentro de la muestra de obras de contenido urológico del siglo XVIII, en la exposición «La Urología Española en su bibliografía», el libro original de D. Francisco Canivell Vila (1721-1796), escrito y firmado el 16 de octubre de 1762, en Cádiz, y que da título a este comentario. Está dedicada a D. Pedro Virgili (1699-1779), fundador de los Reales Colegios de Cirugía, quien se ocupó de la impresión y de su publicación en Barcelona al siguiente año, puesto que fue el responsable de encargárselo al ayudante del Cirujano Mayor de la Armada y Maestro del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, Dr. Canivell, para ser utilizado en el aprendizaje por los estudiantes de los Reales Colegios.

Como expresa en el prólogo, el contenido se encuentra extraído de los mejores autores y es él quien le da forma y lo ordena del modo más conveniente para el aprendizaje de los alumnos; hizo revisar la redacción por el maestro en lenguas y bibliotecario de los guardias marinas, D. José Carbonell; las láminas, que dan un mayor valor al libro, fueron dibujadas y grabadas a buril con la colaboración de uno de los colegiales.

Fue el Dr. Canivell, un cirujano excepcional y de gran prestigio, experto litotomista que «extraía las piedras de la vejiga con gran seguridad y prontitud»; simplificó la técnica del aparato lateral y perfeccionó y mejoró la del cirujano Lancet, a quien vio operar en Génova en 1765, «adoptó el método que practica con indecible felicidad simplificando el aparato lateral», según publica su discípulo y yerno D. Francisco Villaverde, Cirujano Mayor de la Armada y Catedrático del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, en su «Curso teórico práctico de operaciones de Cirugía», publicado en 1780. Su alumno Carlos Francisco Ameller, en el «Elogio Póstumo» que le dedicó a su fallecimiento, indica que «fue diestrísimo y afortunado en las operaciones de litotomía; era finísimo su tacto para conocer la existencia de la piedra en la vejiga: nada le

intimidaba, y habiéndose roto el catéter dentro de la vejiga, por casualidad, al hacer la operación a un Oficial de la Armada que hubiera consternado al mas práctico, por ser el instrumento que debía dirigir a los demás, respondió con desenfado y prontitud: por donde salga la piedra saldrá el instrumento, como así sucedió». Se conservan quince Observaciones o historias clínicas suyas, manuscritas, presentadas y leídas en la «Asamblea Amistosa Literaria» del Real Colegio de Cádiz, entre 1762 y 1788, de las que cinco son

## TRATADO DE VENDAGES, Y APOSITOS

PARA EL USO DE LOS REALES COLEGIOS

## DE CIRUGIA

ILUSTRADO CON DIEZ LAMINAS,

EN QUE SE MANIFIESTAN LOS APOSITOS  
necessarios à cada Operacion, tanto separados, como  
aplicados con sus correspondientes Vendages  
para la mas facil inteligencia de los  
principiantes

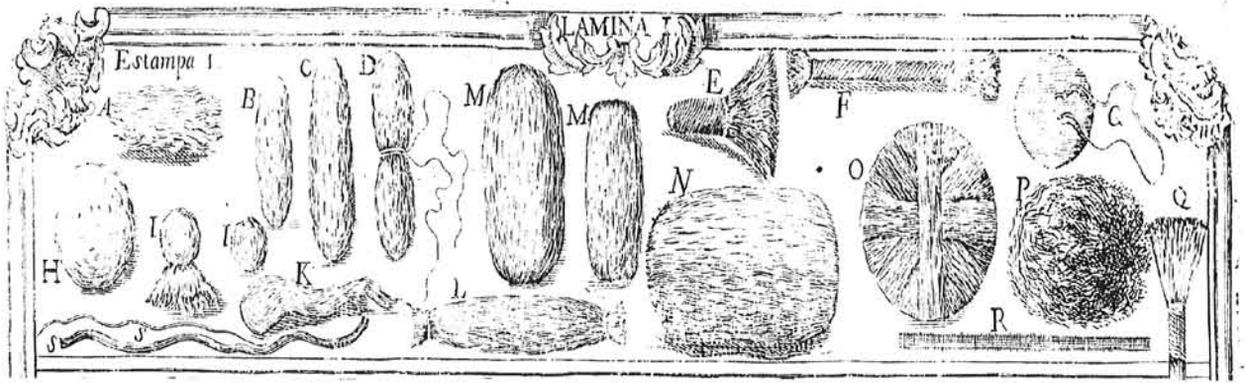
P O R

**DON FRANCISCO CANIVELL AYUDANTE**  
*de Cirujano Mayor de la Real Armada, y Maestro  
de el Real Colegio de Cirugia de Cadiz.*



CON LICENCIA.

**Barcelona:** En la Imprenta de TERESA PIFERRER  
viuda, en la Plaza del Angel. Año 1763.



urológicas: «Sobre un cálculo en la vejiga», «Operación de la litotomía según el método de Lancet» comentada anteriormente, «Sobre la cura del hidrocele según la práctica del Sr. Pot», «Marinero con cinco úlceras en el pene» y «Enfermo con síntomas venéreos secundarios» y siete censuras a las exposiciones de otros compañeros. Publicó también, en 1789, un «Tratado de las heridas de armas de fuego», que no hemos tenido oportunidad de leer.

Natural de Barcelona, donde nació en 1721 y población en la que realizó sus primeros estudios en gramática, se trasladó a Francia en donde conoció los principios del arte de curar y, cautivado por ellos, acudió a la universidad de Cervera a estudiar Medicina; a los veinte años participó en las campañas de Italia como ayudante de cirujano de los ejércitos y llegó a alcanzar el grado de Cirujano Mayor del Regimiento de Asturias. En 1749 D. Pedro Virgili lo incorpora al Real Colegio de Cirugía de Cádiz en calidad de bibliotecario y, en 1752, es nombrado maestro de Osteología, asciende en 1755 a Ayudante de Cirujano Mayor de la Armada y, como tal, toma parte en las campañas de Veracruz y La Habana. En 1769, asciende a Cirujano Mayor de la Armada y es nombrado Vicedirector del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Durante esta etapa estimuló la docencia y la investigación y dio un gran impulso a las Jornadas Literarias. Logró la dignificación de los cirujanos navales en 1771, al dotarlos de uniforme y conseguir el reconocimiento del empleo al hacerles pasar a la jurisdicción del Cirujano Mayor en lugar de a la del Protomédico de la Armada. En 1789 consigue la creación de un montepío para las viudas e hijos de los cirujanos de la Armada y a su jubilación obtuvo el «Privilegio de conservar de por vida las prerrogativas de Cirujano Mayor como si estuviera en Servicio». En 1790 el rey le concede la nobleza de Principado de Cataluña y, cinco años más tarde, recibe los honores de Cirujano de Cámara. En febrero de 1797 fallece en Cádiz de una calentura catarral.

Dada la claridad de exposición de la obra y lo interesante del contenido que en ella se recoge, tanto por su valor actual como por conocer una terminología tal vez abandonada o de escaso uso, es por lo que presentamos en estas páginas un extracto de las definiciones, que explica detalladamente, también de

los vendajes que aplica para las intervenciones del aparato urinario y que describe minuciosamente, ilustrado todo ello, con sus correspondientes láminas de gran calidad, lo que confiere a la obra un extraordinario valor, tanto didáctico por la meticulosidad de las explicaciones para su ejecución, como por lo infrecuente en esa época de tales obras. Hemos adaptado la terminología actual para facilitar su comprensión.

**APÓSITO.** Conjunto de todo lo que se debe aplicar sobre las partes externas a fin de curar o paliar las enfermedades que afligen al cuerpo humano.

**HILAS.** Conjunto de hilitos artificialmente separados de algún pedazo de lienzo. (A)

**LECHINOS.** Rollos de hilas de menor o mayor tamaño que sirven para rellenar los huecos de las heridas o úlceras. (B, C)

**TORUNDAS.** Rollos de hilas o lienzo de forma cilíndrica o piramidal cuya base termina en forma de clavel y su punta es, algunas veces, roma. Su uso es enjugar o absorber la sangre, pus u otro cualquier humor de las heridas. (E)

**MECHAS.** Se hacen por lo regular de lienzo o hilas; su nombre da a entender lo que son.

**SEDAL.** Es un cordón de hilo o pedazo de vendotele desflecado por las orillas y cargado de algún medicamento. Sirve para atravesar alguna herida o úlcera. (R)

**SIDONES.** Es un pedazo de lienzo fino ordinariamente redondo y del tamaño de una pulgada, atado por medio de un hilo para poderle sacar de donde se aplica. (G)

**BOTONES DE VITRIOLO.** Son una especie de bolitas formadas de hilas, dentro de las cuales se pone un poco de vitriolo de Hungría triturado y se ata. (I)

**HISOPOS.** Es una especie de pincel hecho de un palito redondo en cuya extremidad se sujetan hilas. Sirven para tocar las úlceras de la boca o garganta con algún medicamento. (Q)

**PLANCHUELAS.** Planos de hilas iguales, de figura ovalada o redonda; sirven para curar las heridas o úlceras. (M, N, O, P, L)

**TAMPONES.** Bolitas de hilas que tienen distintos usos, como es reabsorber las materias o sangre y llenar, en ciertas ocasiones, alguna llaga o úlcera profunda. (H)

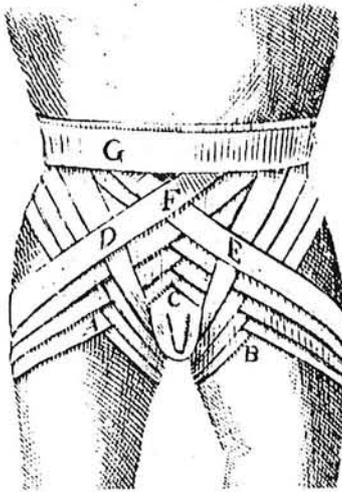


Fig. 4

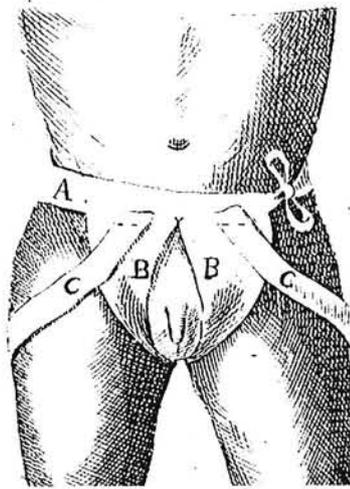


Fig. 6

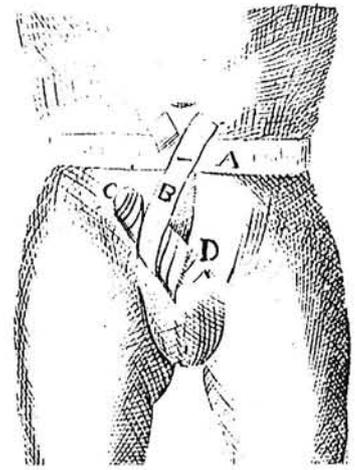


Fig. 7

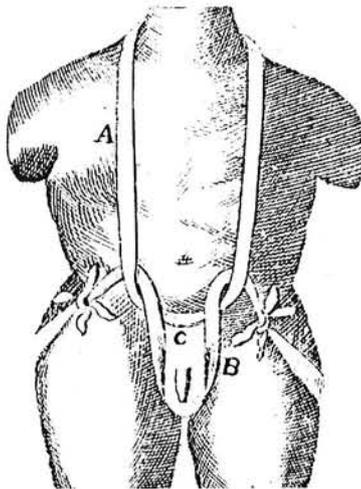


Fig. 12

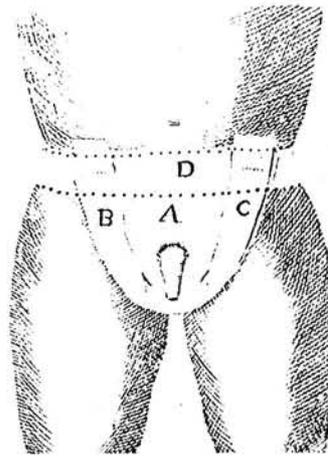


Fig. 13

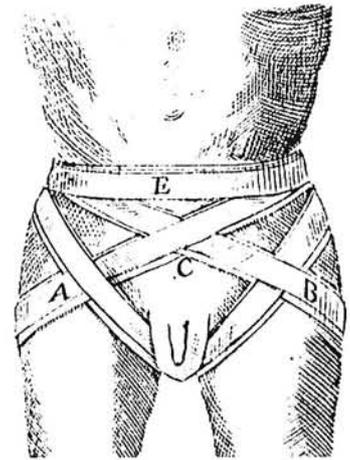


Fig. 14

**CORDONETES.** Conjunto de distintas hebras de hilos dispuestos en forma de cinta y frotados con cera. Se hacen más o menos anchos según intención del cirujano. (SS)

**PARCHES Y CATAPLASMAS.** Pedazos de lienzo, tafetán o gamuza cubiertos de algunas materias emplásticas o menos blandas. Son de diferente tamaño según la parte a que se aplican.

**COMPRESAS o CABEZALES.** Pedazos de lienzo, más o menos grandes, de diferente figura. Sirven para aplicar sobre alguna parte dañada, sea para mantener en ella los medicamentos, llenar los huecos, igualar las partes o servir de apoyo a las vendas, para comprimir algunas partes blandas o duras. Se dividen en: **SIMPLES**, las que se hacen sencillas de dos o más cabos y toman su nombre en razón de su figura o extensión o por la parte donde se aplican.

**COMPUESTAS**, se llaman **GRADUADAS** y son de dos especies: **GRADUADAS IGUALES**, se hacen de diferentes pedazos de lienzo puestos unos sobre otros por graduación a todos lados.

**GRADUADAS DESIGUALES**, son también de

diferentes figuras, se hacen como las otras de diferentes pedazos de lienzo puestos por graduación uno sobre el otro pero de un solo lado.

**VENDAS.** Es un pedazo de lienzo más largo que ancho, sirve para formar el vendaje.

**LAZOS.** Especie de venda más o menos larga hecha de lana, seda o hilo. Sirve para hacer las extensiones y contraextensiones.

**VENDOLETES.** Son unas cintas de hilo, o lienzo abiertas por una de sus extremidades. Sirve para sujetar los circulares, cartones, fanones, etc.

**VILMAS.** Piezas de cartón o de madera de ancho por lo regular de dos o tres dedos y medio pie o cuarta de largo, según el tamaño de donde se vaya a aplicar. Sirve para las fracturas de las extremidades.

**GOTIERAS.** Especie de vilmas figuradas a modo de canales más o menos largas y anchas. Se hacen de hoja de lata. Su uso es mantener las extremidades cuando están fracturadas.

**FANONES VERDADEROS.** Cilindros hechos de paja larga, en medio de la cual se pone un palo, caña u otra materia elástica, se atan con hilos o vendas y se

guarnecen con lienzo. Sirven para mantener las partes fracturadas en su natural situación.

**FANONES FALSOS.** Se hacen de una sábana doblada por sus extremidades formando dos globos o rollos iguales algo aplanados, de ellos nos valemos en las fracturas complicadas.

**ALMOHADILLAS.** Son uno saquitos más o menos grandes llenos de algodón, plumas, salvado o lana. Sirven para situar las extremidades cuando hay fracturas complicadas o para situar el muñón.

**MANOPLAS O SUELAS.** Pedazos de cartón, madera u hoja de lata figurados como mano o pie y determinados para darles una situación mas conveniente. Deben estar forrados de lienzo, estopa o hilas.

**PELOTAS.** Globos pequeños llenos de estopa o hilas de diferentes figuras o tamaños. Sirven para tapar el orificio de alguna herida y algunas para debajo del sobaco.

Continúa señalando las condiciones necesarias que deben tener las vendas y los apósitos, sus divisiones y tipos, explica como hacerlos y las precauciones que se deben tomar para deshacerlos; pasa luego a explicar el tipo de vendaje preciso para cada situación patológica a lo largo de todo el cuerpo que acompaña de dibujos meticulosamente detallados, omitimos la minuciosa descripción y cuidadosa guía para su ejecución. De entre todos ellos extraemos las correspondientes a los procesos de carácter urológico:

**VENDAJES Y APÓSITOS PARA LAS INGLES.** Siempre que se hubiere practicado la **Operación de Bubonocele o Castración** se aplicará en lo interior de la herida una pelota pequeña, algo aplanada, hecha de hilas, cubierta de lienzo y atada con un hilo para su mejor sujeción. Se llenará después la circunferencia con lechinos, cubriéndolo todo con planchuelas y compresas triangulares, que vayan en graduación igual, o bien inguinales, todo lo cual se mantendrá, a los principios, con la venda formando la espica inguinal pero a los últimos, cuando se haya formado la cicatriz, se puede contener el apósito con el vendaje contentivo compuesto inguinal. Fig. 6

**VENDAJE PARA EL MIEMBRO VIRIL.** Este vendaje se ejecuta con una venda de vara y media de largo y una pulgada de ancho en un globo. Se empieza a aplicar por la raíz del miembro y, formando espirales de la segunda especie, se cubre hasta su extremo y, dando un circular igual se baja del mismo modo hasta el principio en cuya o parte se sujeta. Tómese después una venda de seis palmos de largo y dos pulgadas y

media de ancho con la que se da una vuelta circular alrededor del cuerpo; luego, con un pedazo de venda de dos palmos de largo y tres pulgadas de ancho, se forma un asa para tener suspenso y en proporcionada situación el miembro viril. Fig. 7

**VENDAJE Y APÓSITO PARA LAS OPERACIONES DEL PERINÉ.** Concluida la operación de la **Litotomía o Botonera**, se introducirá por la abertura en la vejiga de la orina el extremo de una cánula guarnecida de un vendotele, si fuere necesario, y llenando toda la circunferencia de la herida y cánula con lechinos, se cubrirá todo con planchuelas y compresas que se mantendrán con una T de ano con su escapulario o una fronda sostenida por el *collar de miserias*.

La fronda para esta operación se reduce a un pedazo de lienzo de vara y media de largo y cuatro pulgadas de ancho, cortado de cuatro cabos, dejando solamente de entero en el medio la distancia de tres o cuatro pulgadas, cuya porción deberá ser aplicada sobre el apósito en el periné y los cabos atados cada uno en su correspondiente. Para sostener dicho vendaje con más exactitud se tomará una venda de siete cuartas de largo y dos pulgadas de ancho con la cual se formará el collar dicho de miserias. Fig.12

**SUSPENSORIO PARA EL ESCROTO.** Se tomará un pedazo de lienzo cuadrado más o menos grande, según fuere la magnitud del escroto. Se doblará por su medio y desde un ángulo se dará un corte algo circular hasta la mitad de su longitud; se cogerá lo cortado y quedará hecha una especie de bolsa en cuya punta se añadirán dos cabos de venda de tres palmos de largo y pulgada y media de ancho y, en la base de esta bolsa, se cogerá una venda de cinco cuartas de largo y pulgada y media de ancho, que servirá de cintura, advirtiéndose que en la parte superior y media de esta bolsa se deberá hacer un agujero proporcionado para dar salida al miembro viril. Fig. 13

#### Bibliografía

CHINCHILLA PIQUERAS, A. «Anales históricos de la Medicina en general y biográfico-bibliográfico de la Española en particular» (1846) Valencia. Edic. facsímil (1967) Nueva York, IV :137.

HERNÁNDEZ MOREJÓN, A. «Historia Bibliográfica de la Medicina Española» (1852) Madrid. Edic. facsímil (1967) Nueva York, VII :420

OROZCO ACUAVIVA, A. «Francisco Canivell y la Asamblea Amistosa Literaria Jorge Juan» (1998) Barcelona, *Historia y Vida*, 29.

# PRESENTACION DEL "GRUPO DE TRABAJO EN UROLOGIA BASADA EN PRUEBAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA".

*Carlos Tello Royloa.*

*Coordinador del "Grupo de Trabajo en Urología Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología".  
Vocal de actividades científicas de la Asociación Murciana de Urología.*

Hace diez años, en noviembre de 1992, el "Evidence-Based Medicine Working Group" publicaba en la revista JAMA el artículo: "Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine" (Medicina Basada en Pruebas. Un nuevo enfoque para la docencia de la práctica de la medicina.). Este trabajo, formulaba el ideario de la llamada: Medicina Basada en la Evidencia o Medicina Basada en Pruebas (MBP), y representaba la presentación en sociedad de un movimiento iniciado en la década de los ochenta en la Universidad canadiense de Mc Master en Ontario.

La MBP se ha revelado como un autentico fenómeno social, que se ha difundido con rapidez por todo el mundo y a todos los sectores de la sanidad, trascendiendo incluso el ámbito profesional. La idea de esta "nueva" medicina, ha recibido desde la acogida más calurosa a las más fuertes críticas.

La MBP, es una metodología autodidacta y permanente para el aprendizaje, y la formación continuada de los médicos, que tiene su punto de partida y su destino en la mejor atención al paciente individual.

Esta metodología enseña a los clínicos a orientar su estudio, partiendo de las dudas que surgen en la práctica diaria, y a convertir cada problema en un pequeño trabajo de investigación secundaria. Para ello se propone la ejecución sucesiva de los siguientes pasos:

1. La conversión de las necesidades de información que surgen en la práctica diaria, en preguntas contestables: La definición del objetivo de la investigación.

2. La obtención de las mejores pruebas que respondan a las preguntas: La búsqueda bibliográfica eficaz.

3. La revisión crítica de esas pruebas en cuanto a su validez y utilidad clínica: La lectura crítica del "material y métodos" y de "resultados".

4. La aplicación de los resultados en la práctica clínica: La integración de la investigación clínica y la experiencia del médico y las preferencias del paciente.

La metodología de trabajo propuesta por la MBP está siendo aplicada en muchas especialidades tanto médicas como quirúrgicas. Algunas asociaciones o sociedades profesionales han creado en su seno grupos de trabajo o comités interesados en el estudio, desarrollo y aplicación de la MBP. Han empezado a publicarse, o a difundirse a través de Internet, revistas o páginas Web especializadas, que recogen los trabajos de revisión que utilizan la metodología de la MBP en las distintas especialidades clínicas. Sin embargo, hasta el momento, no se han desarrollado este tipo de iniciativas en el campo de la urología.

## El "Grupo de Trabajo en Urología Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología".

La Asociación Murciana de Urología ha promovido, a través de su vocalía científica, la creación del "Grupo de Trabajo en Urología Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología", que se constituyó en marzo de 2002, como un grupo estable de urólogos, miembros de la Asociación, interesados en el estudio y la práctica de la nueva metodología de la MBP.



### Objetivos del Grupo de Trabajo.

Los objetivos de este Grupo de Trabajo son los siguientes:

1. La autoformación en la metodología y herramientas de la Medicina Basada en Pruebas: con la elaboración de documentos de trabajo sobre todos los temas estudiados.

2. La práctica de la Urología Basada en Pruebas mediante el desarrollo de: un archivo de preguntas

clínicas, un archivo de Temas Valorados Críticamente, revisiones sistemáticas, meta-análisis...

3. Difusión de la metodología de la Medicina Basada en Pruebas y de los documentos elaborados por el Grupo de Trabajo.

4. Colaboración con otras entidades y grupos nacionales e internacionales, que trabajen en el ámbito de la Medicina Basada en Pruebas.

#### Metodología de trabajo.

La metodología del grupo de trabajo pretende combinar el aprendizaje de aspectos teóricos, sobre documentación científica, epidemiología clínica, estadística...que son las herramientas de la MBP, con su inmediata aplicación a casos particulares de la práctica urológica. Todo ello se lleva a cabo mediante el trabajo personal individual y sobre todo mediante la celebración de reuniones periódicas.

Superado un periodo inicial de autoformación sobre los aspectos más básicos de la metodología de la MBP, el esfuerzo del Grupo de Trabajo se orientará hacia la elaboración de "Temas Valorados Críticamente" y revisiones sistemáticas.

#### Programa de trabajo.

Se ha diseñado, en primer lugar, un programa de autoformación que incluye los principales recursos y herramientas de la MBP: Elaboración de preguntas clínicas, principios de documentación científica, manejo de las principales bases de datos bibliográficas (Medline, Embase...), manejo de fuentes de información secundaria (Biblioteca Cochrane...), identificación de la mejores fuentes de información en la especialidad de urología, elaboración de una estrategia general de búsqueda en urología, habilidades en lectura crítica, que incluye la valoración crítica de la validez, importancia y aplicabilidad de trabajos sobre tratamiento, diagnóstico, pronóstico y efectos nocivos, así como de los distintos formatos de publicaciones secundarias: análisis de decisiones, guías de práctica clínicas, revisiones sistemáticas, análisis económicos...

#### Miembros del Grupo de Trabajo.

Aunque el Grupo es una iniciativa abierta a todos los miembros de la Asociación Murciana de Urología,

en la actualidad, está constituido por las siguientes personas: Carlos Tello Royloa (Coordinador), Lucas Asensio Egea, Enrique Cao Avellaneda, Tomás Fernández Aparicio, Luis Oscar Fontana Compiano, Felipe García García, Pablo Guzmán Martínez-Valls, Gregorio Hita Villaplana, Pedro López Cubillana, Bernardino Miñana López, Mariano Pérez Albacete, Antonio Prieto González, Mariano Rigabert Montiel, Antonio Romero Hoyuela, Andrés Sempere Gutiérrez, Mariano Tomás Ros, Jesús Ignacio Tornero Ruiz y Pedro Valdelvira Nadal.

#### Actividades del Grupo de Trabajo.

Hasta el momento el Grupo de Trabajo ha celebrado cinco reuniones con los siguientes temas tratados:

I Reunión Murcia, 21 de Marzo de 2002. Reunión Constituyente. Introducción a la MBP.

II Reunión. Murcia 14 de Mayo e 2002. Formulación de preguntas clínicas.

III Reunión. Murcia 28 de Mayo de 2002. Búsqueda de las mejores pruebas. Medline-PubMed.

IV Reunión. Murcia 18 de Junio de 2002. Búsqueda de las mejores pruebas. Medline-PubMed (II).

#### La página Web del Grupo de Trabajo en MBP de la Asociación Murciana de Urología.

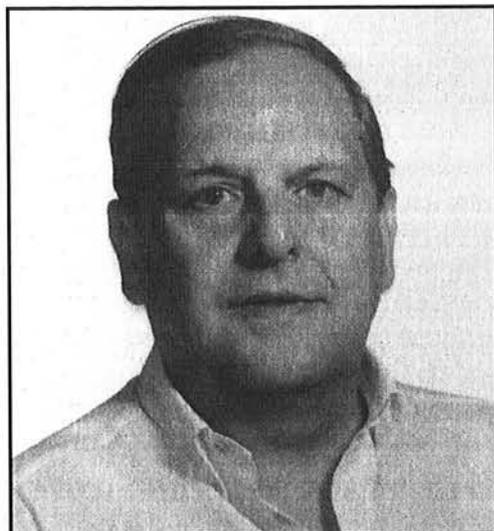
Dentro de la página Web de la Asociación Murciana de Urología (<http://asomur.es.org>), el Grupo de Trabajo mantiene una sección, en la que se pueden encontrar, hasta el momento, una serie de trabajos como: introducción a la MBP, actualidad sobre el grupo de trabajo, formulación de preguntas clínicas, banco de preguntas clínicas, información sobre búsquedas bibliográficas, un tutorial sobre Medline/PubMed, valoración crítica de trabajos sobre diagnóstico y una página de enlaces. La página Web es el órgano de difusión del Grupo de Trabajo, y en ella se irán publicando tanto los documentos que se elaboren, como las noticias sobre las fechas de las reuniones, actividades...

Desde estas líneas quiero recordar el carácter abierto del Grupo de Trabajo, e invitar de nuevo a todos los miembros de la Asociación que lo deseen a participar en este proyecto.

# FIGURAS DE LA UROLOGÍA MURCIANA

## Dr. D. JERÓNIMO SALMERÓN LÓPEZ-RÚA (1934-1995)

M. Pérez Albacete



Nació Murcia, un 17 de septiembre, hijo primogénito del Dr. D. Manuel Salmerón Torres, acreditado médico internista murciano, quien le inculcó su amor por la Medicina; transcurrió su infancia en su ciudad natal, donde realizó el bachillerato en el colegio de los Hermanos Maristas. Inició, en 1952, los estudios de Medicina en la Facultad de la Universidad de Granada, de la que, al año siguiente, marchó a la Complutense de Madrid en cuya Facultad finalizó la Licenciatura en 1959 y donde permaneció adscrito a la Cátedra de Urología con el profesor D. Alfonso de la Peña en la que se formó en la especialidad de Urología por espacio de ocho años en calidad de profesor ayudante de cátedra. Realizó una estancia en Estados Unidos de varios meses en la Clínica Mayo, durante los cuales amplió sus conocimientos urológicos especialmente de la resección transuretral y perfeccionó su dominio del idioma inglés.

Regresa a su ciudad natal en 1967 y establece su consulta particular en la plaza de Cetina. Más adelante, en 1971, entra a formar parte del cuadro médico, como adjunto de Urología, del antiguo Hospital Virgen de la Arrixaca, centro en el que transcurriría el resto de su carrera profesional; en 1973 consolida su plaza, tras concurso oposición libre.

De los veinticuatro años en que trabajamos juntos querría destacar su entrega, su mesura, su tono conciliador, su vocabulario culto y sin concesiones al mal gusto, su compañerismo, su generosidad, la inexistencia de roces o problemas, el entendimiento total con todos los miembros del Servicio y su dedicación docente a los MIR que cada año se incorporaban y que encontraban en él un excelente profesional y maestro. Pausado en la consulta en la que atendía a los enfermos con paciencia, atento al valor humano en la visita diaria a la planta con los pacientes que se encontraban encamados; su juicio en las sesiones clínicas del Servicio era comedido y certero. Cirujano de amplios conocimientos anatómicos, que aplicaba con meticulosidad en sus operaciones, que practicaba con pulso fino sin arredarse ante ninguna

contingencia que, si se presentaba, solventaba con prontitud.

Su producción urológica, en los primeros años, la encontramos en *Archivos Españoles de Urología* con varios trabajos publicados. En Murcia se centró en las comunicaciones a los Congresos de Urología que todos los años aportaba, como grupo de trabajo, el Servicio de Urología del hospital; destaca su participación en la Ponencia sobre «Tumores renales» presentada en 1982, en el XL Congreso Nacional, en Alicante, de la Asociación Española de Urología, de la que fue miembro desde 1964. Fue el secretario de las Reuniones de Urología de Levante celebradas en Murcia en los años 1973, 1976 y, en La Manga, en 1990. Donó al Servicio sus revistas urológicas el *Journal of americano*, el *Journal francés* y el *British inglés*, publicaciones todas ellas a las que estaba suscrito.

De temperamento pausado, tranquilo, mediador nato en cualquier conflicto, aunque se mostraba de carácter enérgico cuando era preciso, siempre con su pitillo de Camel sin filtro entre sus dedos amarillentos por la nicotina, buen dibujante, como lo demuestran los croquis y esquemas con los que ilustró sus presentaciones urológicas, escritor de prosa sutil y delicada, de agradable lectura, palpable en artículos publicados sobre temas generales y algunos de divulgación médica salidos de su pluma. Su vida de trabajo la dedicó de lleno a la Urología. Al crearse la dedicación exclusiva en la jornada hospitalaria, abandona la práctica privada para centrarse en las mañanas a su profesión y dedicarse luego a sus amigos y a sus aficiones; melómano de profundos conocimientos musicales y poseedor de una excelente discoteca, en la que se podían encontrar las versiones de los mejores directores orquestales, por las tardes se recogía en el magnífico salón de su casa para, plácidamente, deleitarse con su música preferida, le entusiasmaban, sobre todo, Mozart y Vivaldi. Lector empedernido de obras de literatura, especialmente española y de divulgación de multitud de temas, le interesaba todo, especialmente los viajes, «viajero de sillón» le llamaba su esposa, ya que su inquietud de conocimiento le hacía devorar los libros con avidez.

De gusto exquisito, elegante, siempre cuidadosamente vestido, tras un primer matrimonio frustrado en el que tuvo dos hijas, encontró a Elia, que sería su segunda mujer y con la que compartió sus años más felices. Cuando todo le sonreía se le presentó, primero, un proceso retroperitoneal primario de estirpe seminomatosa que, afortunadamente, curó; pero una vez superada esta enfermedad, y a los pocos años, le sobrevino la definitiva en forma de una neo pulmonar de rápida evolución.

Todos los que lo conocimos lo recordamos como un excelente profesional, un amigo de confianza, cuyos consejos y recomendaciones eran acertados juiciosos y siempre agradecidos, ejerció en Murcia en el momento en que la especialidad urológica se consolidaba en la región y en ella resaltó como uno de sus puntales.

# GREGORIO POLO EN MI RECUERDO

*Bernardino Miñana López*

Creo que ya han pasado 18 años. Yo era entonces un estudiante más de 5º de Medicina y tú nos explicabas los complicados recovecos del trasplante renal. Te esforzabas visiblemente por hacernos comprender que los donantes para el explante renal habían fallecido, es decir, estaban clínicamente muertos a pesar de su aspecto y de los innumerables cuidados a que eran sometidos. Tras 15 minutos de explicación con tu característico lenguaje y de un sin fin de movimientos de cabeza y brazos comprendimos el concepto...pero además, ya nos habías hecho pasar uno de los momentos más divertidos de nuestra incipiente carrera.

Y recuerdo, con la misma nitidez pero con mayor sentimiento, otro momento mucho más cercano del mes de Mayo del pasado año. El día anterior no pudiste acompañarme a un agradable y emotivo acto que Archivos Españoles de Urología organizó en Madrid y al que fuimos invitados; estabas iniciando un ciclo de quimioterapia y no te encontrabas suficientemente bien. Estuvimos juntos aproximadamente 45 minutos, el mismo tiempo que dura una clase estándar, y fue más que suficiente como para decirnos todo lo que había que decir, con palabras y con gestos; incluso tus ojos, mirando siempre por encima de esas pequeñas gafas de aquel modo tan singular, fueron más expresivos de lo habitual. Tu silueta, recortada en el contraluz del aparcamiento y diciéndome con tu acento característico "adiós y conduce con cuidado" fue un magnífico epílogo. Cuarenta y cinco minutos de despedida para resumir una intensa relación de 18 años sin dejar ni un cabo suelto. Ha sido, sin la menor duda, la mejor clase que nunca me hayan dado. Tú llevaste la iniciativa; tú lo dijiste todo. Tu fortaleza, tu resolución, tu capacidad de lucha y de entrega han quedado grabadas a fuego en mi persona. No obstante el tiempo nos permitió vernos, y por última vez, hace unos meses, con el Servicio prácticamente al completo. ¡Por fin se casaba Víctor Carrero!... Siempre el mismo, contra carros y carretas, brillando por tu carácter y actuando como puente de unión invisible entre tus diferentes amigos; y soy consciente de que digo amigos, no compañeros.

Estos dos momentos que acabo de revivir son los paréntesis que encierran vivencias ligadas a tu persona de tal intensidad que será difícil asumir que ahora quedan para siempre en el territorio del recuerdo. ¿Te acuerdas de las catacumbas en Roma?. ¿Recuerdas cómo huíamos de ti en Málaga, empeñado como estabas en procurarnos un ritmo de actividad que sólo tú podías soportar?. ¿Y las interminables guardias, soportables gracias a tus anécdotas y a tu sentido del humor? Y eso, no me equivoco, es así para todos aquellos que hemos tenido la fortuna de convivir contigo.

Como un amigo común ha dicho al despedirte, te has llevado contigo una parte de mi al marcharte; pero a cambio has dejado tu esencia con nosotros. Y probablemente cualquier cosa que yo ahora quisiera resaltar de tal esencia parecería aquí ridícula; nunca podría con palabras expresar la grandeza de tus sentimientos o de tus actos. Ni siquiera esbozar la magnitud e importancia de tu figura en el Servicio de Urología del 12 de Octubre. Tampoco el peso que tus opiniones, razonamientos y actitudes han tenido en mis decisiones personales y profesionales. Y es que jamás me he equivocado cuando he seguido tus consejos.

Personal y breve, necesariamente breve, ha de ser este recuerdo. Quizás pueda parecerles demasiado a quienes lo lean. Pero es que a veces el silencio es más expresivo que las palabras. Vaya mi respetuoso silencio contigo Gregorio, hasta ese día, yo no lo dudo, en que nos volveremos a encontrar.

# CONVOCATORIA DE BECA Y PREMIOS DE LA AMU, 2003

La junta directiva de la Asociación Murciana de Urología, consciente de la necesidad de estimular y colaborar en la investigación científica urológica de acuerdo con sus fines estatutarios, establece una beca de estudios y una convocatoria de premios para sus miembros.

## **Beca de investigación «MESEGUER HUERTOS»**

Se otorgará al proyecto de investigación o de memoria para el desarrollo de una tesis doctoral o, en su defecto, para la ampliación de estudios en un centro nacional o extranjero presentado por un miembro de la AMU.

Se entregará una memoria justificativa del proyecto, con el visado de su director, que debe incluir un estudio del periodo de tiempo preciso para su realización así como una valoración económica y, para la de ampliación de estudios, además, el certificado de admisión del centro elegido. La cuantía monetaria para el año 2003 se cifra en 2.000 euros (332.772 pts.), se entregará el 50 % a la aprobación del proyecto y el resto a su finalización. Se concede el plazo de un año natural para el desplazamiento y el que el tribunal considere para el de investigación, con obligación en ambos casos de presentar una memoria anual de los estudios realizados.

## **Premio «SALVADOR PASCUAL»**

Para el mejor trabajo urológico presentado en el congreso de la AMU, o en cualquiera de sus reuniones científicas, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra, durante el curso académico correspondiente, por parte de cualquier urólogo miembros de la AMU. Se entregará el trabajo escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía. La cantidad establecida para el año 2003, es de 700 euros (116.470 pts.) junto con la publicación del trabajo en el Boletín de la AMU.

## **Premio «SERVER FALGÁS»**

Se concederá a la mejor fotografía comentada o al mejor caso clínico presentado en formato de póster, de 60 por 40 cm. de máximo, tanto en la reunión anual de la AMU, como en el congreso conjunto de las asociaciones Valenciana y Murciana. La asignación establecida, para el año 2003, es de 450 euros (74.873 pts.) junto con la reproducción del póster en el Boletín de la AMU.

### **Bases generales:**

1- Es condición indispensable para concursar que los trabajos sean originales e inéditos, no podrán estar publicados, ni optar a otros premios.

2- Irán dirigidos al Sr. Secretario de la AMU, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Para el premio «*Salvador Pascual*», remitirlo en disquete además del original y dos copias, un máximo de treinta días naturales, después de finalizado el Congreso en el que se haya presentado el trabajo. Para la beca, un mes antes de la reunión anual.

3- El premio se entregará siempre al primer firmante, el cual debe ser miembro de la Asociación Murciana de Urología y estar al corriente del pago de la cuota. Para el Premio Server Falgás se incluyen los miembros de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana.

4- La designación de los ganadores y la entrega de los premios, se realizará durante el transcurso de la reunión anual preceptiva de la AMU y en el del congreso de Valencia en su caso.

5- El jurado estará formado por los miembros de la junta directiva de la AMU y sus decisiones serán inapelables; sus componentes no podrán ser receptores de la beca ni de los premios los cuales podrán ser declarados desiertos.

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