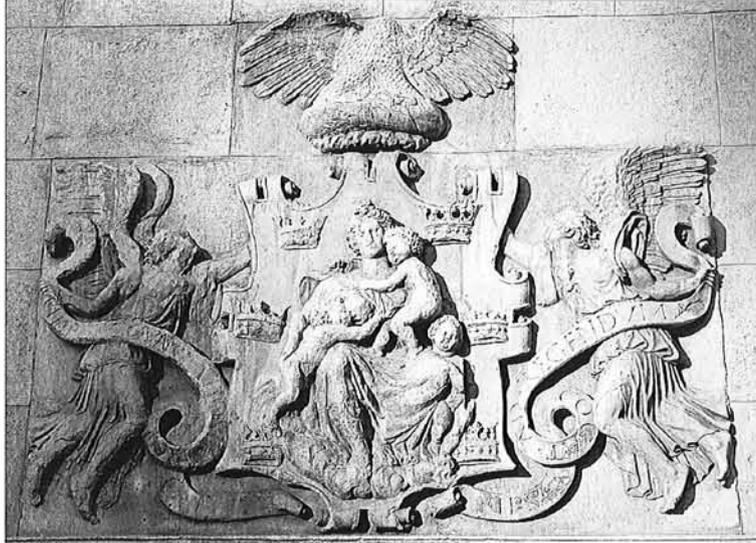




BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

*XXXVII
Congreso de Urología*



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

Murcia, 21 y 22 de febrero de 2003

Organizado por el Servicio de Urología del
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"



Número extraordinario Programa del Congreso

Año VIII- Nº 9. MURCIA, febrero 2003

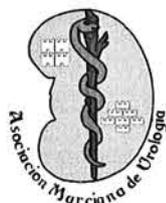
XXXVII Congreso de Urología

Asociación de Urología de la
Comunidad Valenciana

Asociación Murciana de Urología

PATOLOGÍA UROLÓGICA FEMENINA

(Con exclusión del suelo pélvico)



Arrixaca
HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LA ARRIXACA"



MURCIA, 21 y 22 de febrero de 2003

Declarado de Interés Científico Sanitario por la Consejería
de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia

ENTIDADES COLABORADORAS

FUNDACIÓN CAJA MURCIA
REYCOSA

Industria farmacéutica: Stand

ASTRA ZÉNECA
AVENTIS
BAYER
BOEHRINGER
ESTEVE
LILLY
PFIZER
SANOFI-SYNTHÉLABO
YAMANOUCHI

Colaboraciones:

ABBOTT
ALMIRALL - PRODEFARMA
AMS
AVENTIS
ELFAR DRAC
INIBSA
IPSEN FARMA
PHARMACÍA
MOVACO S A
MSD
SCHERING - PLOUGH.
SCHERING - ESPAÑA

AGRADECIMIENTOS

Los miembros del Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca quieren agradecer la colaboración prestada a cuantas personas, instituciones y entidades han participado para lograr el éxito del XXXVII Congreso de Urología de las Asociaciones Valenciana y Murciana.

Comité organizador:

Presidente:	Dr. D. Mariano Pérez Albacete
Secretario:	Dr. D. Gerardo Server Pastor
Tesorero:	Dr. D. Guillermo Gómez Gómez
Vocales:	Dr. D. Ángel Guardiola Más
	Dr. D. Pablo Martínez Pertusa
	Dr. D. José A. García Hernández
	Dr. D. Antonio Prieto González
	Dr. D. Pedro López Cubillana
	Dr. D. José Antonio Nicolás Torralba
	Dr. D. Mariano Rigabert Montiel
	Dr. D. Jesús Tornero Gómez

Junta Directiva de la Asociación Valenciana de Urología:

Presidente:	Dr. D. Fernando García Ibarra
Vicepresidente:	Dr. D. Carlos Sanjuán de la Orden
Secretario:	Dr. D. Emilio López Alcina
Tesorero:	Dr. D. Francisco Boronat Tormo
Vocal por Alicante:	Dr. D. Francisco García López
Vocal por Castellón:	Dr. D. Bartolomé Umbert Canals
Vocal por Valencia:	Dr. D. Carlos Alcalá Santaella
Actividades científicas:	Dr. D. Juan Francisco Vidal Moreno

Junta Directiva de la Asociación Murciana de Urología

Presidente:	Dr. D. Mariano Pérez Albacete
Vicepresidente:	Dr. D. Óscar Fontana Compiano
Secretario:	Dr. D. Bernardino Miñana López
Tesorero:	Dr. D. Alberto Murcia Valcárcel
Actividades científicas:	Dr. D. Carlos Tello Royloa
Vocales:	Dr. D. Mariano Rigabert Montiel
	Dr. D. Juan Manuel Soler Fernández

INFORMACIÓN GENERAL

- Sede Científica:** Aula de Cultura. Fundación Caja Murcia
Gran Vía Salzillo, 23
Murcia
- Sede Social:** Hotel NH Amistad
Condestable, 1
Murcia
- Inscripción:** Gratuita para los miembros de ambas Asociaciones y de la Asociación Española de Urología.
No socios, cuota: 150 €
- Documentación:** Se entregará al registrarse en Secretaría.
- Invitaciones:** Para las comidas de trabajo se encuentran incluidas en la documentación
Para la cena de clausura se retirarán en Secretaría aportación: 10 €
- Póster:** Se colocarán sujetos con cinta adhesiva que se facilitará en Secretaría, en el lugar que se indique.
- Tiempos:** Para la exposición de las comunicaciones, siete minutos y tres de discusión.
Para los póster tres minutos de exposición y dos de discusión
- Diplomas:** De asistencia se recogerán en Secretaría el sábado.
De comunicación, póster y vídeos, los entregará el secretario de la mesa tras su exposición.

Secretaría Científica:
Servicio de Urología
H. U. Virgen de la Arrixaca
Carretera de El Palmar
30120 Murcia
Tel: 968 36 97 28
Fax: 968 36 9779
<http://asomur.es.org>

Secretaría Técnica:
Reycosa
Torrelaguna, 106 bajo D
28043 Madrid
Tel: 608 101 980
Fax: 914 135 491

Quiero daros la bienvenida, en mi nombre y en el de los miembros de la Asociación Murciana de Urología, a todos los representantes de la Comunidad Urológica Valenciana que habéis acudido, una vez más, a la ciudad de Murcia para celebrar el XXXVII Congreso conjunto de Urología.

Dado el tema de estudio «Patología urológica femenina» hemos representado en la portada del programa la Matrona de Murcia, relieve del año 1575 ubicado en la fachada del Palacio del Almudí, antiguo pósito de grano de la ciudad, que simboliza su hospitalidad: sobre su escudo coronado, una matrona amamanta a un niño, venido de otro lugar, mientras el suyo propio los contempla.

En el interior de la mochila que se entrega al registrarse en Secretaría encontraréis una pequeña obra con el título «Las Reuniones de los Urólogos de Levante en el siglo XX» en la que he recogido todos los programas científicos de nuestras reuniones a lo largo de la pasada centuria y que no tiene otra finalidad que la de realizar un resumen histórico de su evolución con el fin de conservar estos acontecimientos en la memoria de los tiempos y darlo a conocer a las jóvenes generaciones de urólogos, pues, como bien dice en el prólogo, al citar una máxima aristotélica, el Dr. D. Antonio Mira Llinares, quien fue su primer organizador, «las cosas se entienden mejor cuando uno ha logrado ver con alguna claridad cómo se formaron».

Para cumplir lo más fielmente posible con el compromiso adquirido en su momento por las juntas directivas de ambas Asociaciones, hemos aprovechado este estudio para seleccionar a los moderadores de las mesas y elegido a un representante de los Servicios de Urología que, a lo largo de los años, han acudido puntualmente a la cita anual y nombrado un miembro de la Comunidad Valenciana y otro de la Murciana en cada una; actuará como secretario de mesa un componente del comité organizador quien será el encargado de entregar, una vez leído, el certificado de haber presentado el trabajo. Hemos preferido, para mayor comodidad, agrupar todos los actos en el centro de la ciudad ya que el número de asistentes y los eventos programados así lo permiten y evitar, de este modo, desplazamientos y ubicaciones dispersas. De igual modo optamos por aunar en una sala todas las comunicaciones presentadas con la finalidad de lograr un mejor aprovechamiento de su contenido y poder participar todos los asistentes en las discusiones.

Os deseamos que vuestra estancia en Murcia sea grata y acogedora, recibid mis saludos

MARIANO PÉREZ ALBACETE

Presidente del Comité organizador

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes, 21 de febrero de 2003

9.30 Entrega de documentación y colocación de póster.
Aula de Cultura de Cajamurcia

10.00 Inauguración oficial

10.15 **Mesa 1 PATOLOGÍA UROLÓGICA EN EL EMBARAZO**
Moderadores, Drs. Lobato Encinas, J. J. y La Iglesia Cabrerizo, R.
Secretario, Dr. López Cubillana, P.

C - 1 **EMBARAZO DESPUÉS DE TRASPLANTE RENAL. NUESTRA CASUÍSTICA**
Rigabert, M., Cao, E., Server, G., Gómez, G., López López, A.I., Cánovas, J.A., Guardiola, Á., Llorente, S., Gimeno, L., Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

C - 2 **REPERCUSIONES DEL EMBARAZO SOBRE EL INJERTO RENAL**
Alapont, J.M., Queipo, J.A., Montaner, M.J., Pacheco, J.J., Bonillo, M.A., Sánchez, J., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

C - 3 **TRASPLANTE RENAL Y MATERNIDAD**
Chillón, S., Mira, A., Jiménez, L., Franco, A., Pelluch, A., Pérez, L., Ruiz, J., Lobato, J.J.
Hospital Universitario General. Alicante

P - 1 **TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA LITIASIS URINARIA DURANTE EL EMBARAZO**
Nicolás, J.A., Tornero, J., Server, G., Cao, E., López López, A.I., Bañón, V., Gómez, G., Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

P - 2 **TRATAMIENTO DE LA HIDRONEFROSIS SINTOMÁTICA EN LA GESTANTE. NUESTRA EXPERIENCIA**
Sánchez, F., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., De La Torre, L., Ordoño, F., Navalón, P., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia

P - 3 **HIDRONEFROSIS SINTOMÁTICA EN GESTANTES**
Bañón, V., Valdelvira, P., Moreno, J., Soler, J., Olmos, L., Cervell, J.M., García López, R.
Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena

C-1 EMBARAZO DESPUÉS DE TRASPLANTE RENAL. NUESTRA CASUÍSTICA

Rigabert, M., Cao, E., Server, G., Gómez, G., López López, A.I., Canovas, J.A., Guardiola, Á., Llorente, S., Gimeno, L., Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

El trasplante renal supone la normalización de la función renal y entre otras la recuperación de los ciclos ovulatorios normales y la posibilidad de gestación en las receptoras en edad fértil.

Hemos recogido 12 gestaciones entre nuestra serie de 500 trasplantes hasta Diciembre de 2002 y hemos analizado la repercusión de la gestación sobre el injerto, la evolución del embarazo y el estado de los recién nacidos.

RESULTADOS: Hemos realizado un análisis minucioso de la evolución de la gestación y aparición de complicaciones obstétricas así como un seguimiento detallado de la función renal durante la gestación. En general, el embarazo no ejerce negativamente sobre la función del injerto, aunque hemos observado en 3 pacientes un empeoramiento transitorio de la función renal en los tres primeros meses de puerperio. Hemos tenido 1 aborto. Todos los embarazos han sido pretérminos con recién nacidos de bajo peso, sin malformaciones y todos por cesárea. No han aparecido complicaciones obstétricas de importancia.

CONCLUSIONES: Las pacientes trasplantadas en edad fértil, con buena función del injerto, pueden llevar a cabo una gestación sin que ésta empeore la función renal. El embarazo no tiene por qué presentar complicaciones aunque debe haber un seguimiento multidisciplinar del mismo.

C-2 REPERCUSIONES DEL EMBARAZO SOBRE EL INJERTO RENAL

Alapont, J.M., Queipo, J.A., Montaner, M.J., Pacheco, J.J., Bonillo, M.A., Sánchez, J., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: El embarazo en mujeres portadoras de un injerto renal es una situación de riesgo por la posibilidad de complicaciones tanto para la madre como para el feto. Sin embargo, a medida que aumenta la casuística, los factores de riesgo son más conocidos y los resultados son más satisfactorios, sobre todo en mujeres con buena función renal previa, sin proteinuria o HTA. Nuestro objetivo es analizar los factores de riesgo y complicaciones del embarazo en mujeres trasplantadas renales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos de embarazo producidos sobre un total de 539 mujeres que han recibido un injerto renal en nuestra unidad, evaluando la repercusión sobre la madre y en especial sobre el injerto renal, complicaciones obstétricas y viabilidad del feto (edad gestacional, peso al nacimiento, malformaciones y supervivencia) entre otras.

RESULTADO: Hemos tenido un total de 43 embarazos (uno gemelar) en 31 mujeres, con una edad media de 29,7 + 4,8 años, con un tiempo medio de evolución desde el trasplante de 48,5 + 40,7 meses (4-206). Todas excepto dos presentaban una función renal normal (creatinina de 1,3 + 0,55 mg/dl). 7 pacientes tenían proteinuria previa, 15 tomaban medicación antihipertensiva y 2 tenían antecedentes de rechazo agudo. En cuanto a la evolución del injerto, el 74% presentaron una función renal estable, produciéndose en 8 casos deterioro funcional del injerto con reinclusión en diálisis en 5 de ellos (entre 20 días y 5 años). De estos 8 casos, previamente al embarazo, una mujer presentaba deterioro de la función renal, 4 HTA y 5 proteinuria.

Respecto a los parámetros obstétricos, hubo 9 abortos, 3 embarazos a término con feto muerto, y nacieron 31 niños vivos con una edad gestacional media de 33 semanas y un peso de 2.336 gr. El 51.6% de niños nacieron prematuros. 19 nacieron por cesárea y 12 vía vaginal. No ha habido ninguna malformación.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia la condición de trasplantada renal no debe suponer una contraindicación para el embarazo, sobre todo si la madre presenta una función renal normal de forma mantenida, sin HTA y sin proteinuria. Hay que advertir a la futura madre de la elevada tasa de abortos, nacidos pretérmino y con bajo peso que se producen. Con las pautas utilizadas de inmunosupresión no hemos observado teratogenicidad.

C-3 TRASPLANTE RENAL Y MATERNIDAD

*Chillón, S., Mira, A., Jiménez, L., Franco, A., Pelluch, A., Pérez, L., Ruiz, J., Lobato, J.J.
Hospital Universitario General. Alicante*

INTRODUCCIÓN: La fertilidad de las mujeres con IRC en tratamiento renal sustitutivo está claramente mermado con muy pocas posibilidades de concebir un hijo (1/200). Tras el trasplante renal la fertilidad se restablece posibilitando la posibilidad gestación.

MATERIAL Y METODOS: Realizamos 665 trasplantes en los últimos 14 años, 340 a mujeres, 115 en edad fértil (16-45 años). Hemos realizado el análisis descriptivo de 13 gestaciones en 11 mujeres de las complicaciones obstétricas y su influencia sobre el injerto renal

RESULTADOS: La edad media de las gestantes fue de 33 años (27-40). El tiempo medio desde el trasplante hasta la gestación fue de 62 meses (180-12 meses). La incidencia de abortos fue del 15% (n=2), espontáneos y en el primer trimestre.

El 45% de las pacientes presentó anemia microcítica. Se diagnosticó pre-eclampsia en el 36% de los casos (n=4) e HTA en el 63% (n=6). Hubo dos casos de polihidramnios y uno de oligoamnios. El 18% presentaron CIR (n=2)

La duración media de la gestación fue de 35 semanas y 4 días (29 semanas + 4 días- 40 semanas).

El 45% de los nacimientos se produjeron de forma prematura (n=5) y mediante cesárea en el 81% (n=9).

No se presentaron episodios de rechazo agudo, si dos casos de disfunción del injerto que obligó a finalizar la gestación. La creatinina media fue de 1,43 (0,5-2) con un discreto repunte hacia el final de la gestación 1,7 (0,5-2,8).

CONCLUSIONES: Los embarazos en transplantadas se asocian a incremento en la prematuridad y patología obstétrica. No aumenta el riesgo de disfunción del injerto siempre que su función previa sea óptima y hayan transcurrido al menos dos años desde el trasplante.

P-1 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA LITIASIS URINARIA DURANTE EL EMBARAZO

*Nicolás, J.A., Tornero, J., Server, G., Cao, E., López López, A.I., Bañón, V., Gómez, G., Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

El cólico nefrítico es la causa más frecuente de dolor abdominal no obstétrico en gestantes hospitalizadas. El diagnóstico es difícil por cuanto el sedimento de orina es inespecífico, las exploraciones radiológicas deben limitarse a situaciones de extrema necesidad y la ecografía sólo demuestra, en la mayoría de las ocasiones, ectasia pielocalicilar, la cual es habitual durante la gestación.

El mejor método de tratamiento es sintomático. En los casos de dolor persistente, fiebre o azoemia, es necesario descomprimir la vía urinaria mediante cateterismo ureteral o nefrostomía percutánea y, si no es posible, proceder a la extracción del cálculo, preferiblemente por ureterorenoscopia o nefrolitotomía percutánea.

En nuestro servicio de Urología, 8 mujeres gestantes han sido tratadas mediante URS para la extracción de cálculos ureterales. En ningún caso utilizados litotricia endoscópica, dado que no se ha establecido la inocuidad de la misma. Para la extracción se utilizaron cesta de Dormia y/o pinzas para cálculos.

En ningún caso se presentaron complicaciones urológicas ni obstétricas.

P-2 TRATAMIENTO DE LA HIDRONEFROSIS SINTOMÁTICA EN LA GESTANTE. NUESTRA EXPERIENCIA

*Sánchez, F., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., De La Torre, L., Ordoño, F., Navalón, P., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia*

INTRODUCCIÓN:

La hidronefrosis durante el embarazo es un hecho frecuente que afecta aproximadamente al 90% de las gestantes, y por lo general cursa de forma asintomática. En cuanto a su etiología la compresión directa ureteral por el útero gravídico, la dilatación de las venas ováricas, así como los cambios hormonales durante la gestación, son causas principales en la aparición de ésta condición que algunos autores consideran fisiológica. El incremento de la diuresis, la litiasis urinaria u otros factores no reconocidos pueden producir una descompensación de la fracción ureteral convirtiendo la hidronefrosis en sintomática, y por lo tanto, subsidaria de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Durante un periodo de 10 años 36 gestantes precisaron instrumentación por hidronefrosis sintomática, practicándose nefrostomía percutánea en un caso, ureterorenoscopia en dos casos y colocación de catéter doble J en 33 pacientes bajo anestesia local.

CONCLUSIONES: Consideramos la utilización de catéter doble J en la hidronefrosis sintomática del embarazo de elección por su buena tolerancia, escasas complicaciones, habitual fácil colocación y posibilidad de realización bajo anestesia local, lo que lo convierten en un método simple, seguro y eficaz de derivación urinaria interna durante el embarazo.

P-3 HIDRONEFROSIS SINTOMÁTICA EN GESTANTES

*Bañón, V., Valdevira, P., Moreno, J., Soler, J., Olmos, L., Cervell, J.M., García López, R.
Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena*

La hidronefrosis sintomática durante la gestación no es una patología infrecuente, las posibilidades etiológicas son fundamentalmente la compresión ureteral extrínseca por el utero gravídico y en menor medida los cálculos de la vía urinaria. El tratamiento se basa fundamentalmente en las medidas conservadoras y aquellos casos en que la situación clínica o alteración metabólica lo precisen se emplearán medidas de diversión urinaria.

Viernes, 21 de febrero de 2003

- 11.15** **Mesa 2** **INFECCIONES URINARIAS**
Moderadores, Drs. Ruiz Cerdá, J. L. y Tello Royloa, C.
Secretario, Dr. Tornero Ruiz, J.
- C - 4 **SENSIBILIDAD MICROBIANA ACTUAL EN NUESTRO MEDIO PARA CISTITIS AGUDA EN MUJERES**
Palmero, J.L., Bonillo, M.A., Queipo, J.A., Montaner, M.J., Jiménez, M.J., Diosdado, N., Gobernado, M., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- C - 5 **CISTITIS INFECCIOSAS EN MUJERES. TRATAMIENTO EMPÍRICO**
Queipo, J.A., Chicote, F., Beltrán, J.F., Borrell, A., Esteve, J., Preat, J., Pastor, F.
Hospital de Sagunto
- C - 6 **INGRESOS HOSPITALARIOS POR PATOLOGÍA UROLÓGICA INFECCIOSA EN LA MUJER**
Navarro, J.A., Sala, A., Gómez-Ferrer, A., Ferreruela, R.M., Mola, M.J., Gonzalvo, V. Llopis, B., Polo, A.C.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva
- C - 7 **PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN LA POBLACIÓN ADULTA. PRESENTACIÓN DE 7 CASOS Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA**
Chillón, S., Torrús, P.L., Pelluch, A., Sánchez, M., Bellvís, V., Ruiz, J., Jiménez, J., Lobato, J.J.
Hospital Universitario General. Alicante
- P - 4 **QUISTE HIDATÍDICO RETROVESICAL**
García, D., García, M., Vacacela, R., Coronel, B., Rubio, I., Vidal, J., Beltrán, J.R., Santolaya, I., San Juan, C.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia
- 12.30** **Pausa café**

C-4 SENSIBILIDAD MICROBIANA ACTUAL EN NUESTRO MEDIO PARA CISTITIS AGUDA EN MUJERES

Palmero, J.L., Bonillo, M.A., Queipo, J.A., Montaner, M.J., Jiménez, M.J., Diosdado, N., Gobernado, M., Jiménez Cruz, J.F.

Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: La cistitis aguda es la infección sintomática más frecuente en la mujer. La utilización de tratamientos antibióticos empíricos requiere una constante actualización de la sensibilidad microbiana del medio para control de las resistencias farmacológicas, a fin de reducir costes y optimizar resultados.

OBJETIVOS: Pretendemos conocer la sensibilidad actual de los uropatógenos de nuestro medio en casos de cistitis aguda así como comparar los resultados con los obtenidos en un estudio previo de similares características.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio prospectivo que incluye 173 casos de cistitis agudas en mujeres en el periodo entre Abril y Junio del 2002 en los distintos Centros de Salud de nuestra Área Sanitaria. Hemos analizado diversos parámetros como la edad, antecedente de cistitis previas, factores asociados y especialmente los microorganismos aislados y su sensibilidad a los antibióticos de uso más habitual. Finalmente hemos comparado los resultados con los obtenidos de una serie similar (218 pacientes) del periodo Marzo-Junio del año 2000.

RESULTADOS: Hemos apreciado dos grupos de edad donde se agrupan mayor número de casos; 20-40 y 50-75 años, siendo mayor en la serie, los casos de primer episodio (119). El 9,8% de las pacientes estaban embarazadas, siendo para todas ellas su primer episodio. Globalmente E. coli se aisló en un 75,7% de casos, Proteus mirabilis 10,4%, Klebsella pneumoniae 5,2%, siendo para el resto de microorganismos aislados inferior al 5%. En lo que respecta a la sensibilidad de E coli frente a los distintos antimicrobianos:

E coli %	Fosfomicina	Ampicilina	Amox-Cl	Cefixima	Norflox.	Ciproflo.	A.Piped.	Cotrimox.	Nitrofur.
Global	97	42,75	99	99	78,6	79,2	67,1	67,9	93
1E	96	46,55	100	96,62	78,79	80,59	73,11	69,75	92
2E	95	40,74	98,3	93	59,26	58,36	53,84	64,81	86

1E: primer episodio.

2E: segundo episodio.

CONCLUSIONES: Existe una excelente sensibilidad en nuestro medio al amoxi-clavulánico, cefixima y fosfomicina. Hemos observado alta tasa de resistencias frente a quinolonas que ha aumentado con respecto a la serie del año 2000, especialmente en los casos de cistitis de repetición.

Tasa (%) Resistencias	Norfloxacino		Ciprofloxacino		Ac. Pipedímico	
	1E	2E	1E	2E	1E	2E
Año 2000	15,8	30,4	15	28,3	22,3	43,5
Año 2002	22,21	40,74	19,41	41,64	26,89	46,16

C-5 CISTITIS INFECCIOSAS EN MUJERES. TRATAMIENTO EMPÍRICO

*Queipo, J.A., Chicote, F., Beltrán, J.F., Borrell, A., Esteve, J., Preat, J., Pastor, F.
Hospital de Sagunto*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El tratamiento empírico de las tan frecuentes infecciones urinarias (IU) femeninas es, a menudo, imperativo, dada la sintomatología clínica de la paciente. Dicha prescripción, se debe realizar en función de la sensibilidad microbiana del medio, para así aumentar la eficacia y evitar el incremento de resistencias. Nuestro objetivo ha sido analizar los principales uropatógenos en mujeres, en vistas a un tratamiento empírico más idóneo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los urocultivos positivos obtenidos en nuestro hospital durante el año 2002, procedentes de mujeres mayores de 18 años. Hemos analizado la frecuencia de aislamiento de cada microorganismo y sus niveles de resistencia, para los antimicrobianos de uso más habitual; además determinamos la probabilidad de errar en la prescripción empírica de un antimicrobiano, para cada grupo analizado. Los principales grupos se han establecido en función de la edad, origen (intra-extrahospitalario), IUs previas, o condiciones especiales, como el embarazo-puerperio.

RESULTADOS: Hemos analizado un total de 1207 urocultivos positivos. La frecuencia de aparición de cada microorganismo fue: E. Coli: 81,4%, P. mirabilis: 4,8%, Klebsiella: 4,6%, Enterobacter: 2,4%, E faecalis: 2,2%, Pseudomonas: 1,3%, etc. La probabilidad de resistencia microbiana a la prescripción empírica de un antimicrobiano, en función de los grupos analizados es:

Probabilidad de Resistencia (%)	Ampi.	Amoxi-clav.	Cipro.	Fosfo.	Nitrofur.	Co-Tri.	Cefuro.	Tobra.
< 50 años	58,3	7,1	9,2	2,9	7,1	21,3	4,1	1,3
> 50 años	59,6	7,4	28,6	4,8	7,3	37,8	7,8	2,5
Intrahospit.	59,1	7,2	18,4	4,1	5,4	26,4	6,1	0,8
Extrahospit.	59,7	7,1	19,5	5,0	8,2	33,0	6,3	1,6
IUs previas	62,6	9,2	31,2	4,6	11,4	39,2	8,3	2,4
Embar-Puerp.	49,5	-	-	3,5	5,9	-	5,8	-

CONCLUSIONES: Por rangos de edad, presentan mayores tasas de resistencia el grupo de mujeres mayores de 50 años, destacando, en ellas, que el tratamiento empírico con ciprofloxacino o co-trimoxazol no sería adecuado en una de cada 3-4 mujeres; en mujeres jóvenes, ciprofloxacino todavía presenta tasas aceptables. En función del origen intra-extrahospitalario, encontramos pocas diferencias. Los aminoglucósidos presentan excelente actividad antimicrobiana. La fosfomicina y nitrofurantoina todavía presentan tasas aceptables de sensibilidad en todos los grupos.

C-6 INGRESOS HOSPITALARIOS POR PATOLOGÍA UROLÓGICA INFECCIOSA EN LA MUJER

*Navarro, J.A., Sala, A., Gómez-Ferrer, A., Ferreruela, R.M., Mola, M.J., Gonzalvo, V. Llopis, B., Polo, A.C.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva*

INTRODUCCIÓN: La segunda causa de ingreso urgente en urología en la mujer es la patología infecciosa. Los ingresos urgentes suponen un tercio del total, por lo que la infección en urología es un problema importante en nuestra área.

OBJETIVOS: Este trabajo pretende valorar los diferentes métodos diagnósticos, tratamientos médicos, quirúrgicos e instrumentales, así como los factores que pueden afectar a la evolución de estas pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de los informes de alta, historias clínicas, de las pacientes ingresadas en el periodo comprendido desde Enero-1999 a Diciembre-2001 por patología infecciosa urológica.

RESULTADOS: De Enero de 1999 a Diciembre de 2001 ingresaron por este motivo 63 mujeres, con un rango de edad de 16 a 85 años, y una media de 50.3 años.

22 pacientes (34.9%) ingresaron con el diagnóstico de PNF simple, 18(28.6%) PNF litiasica, 6(9.5%) PNF posterior a cirugía y/o instrumentación urológica, 8(12.7%) shock séptico, 5(7.9%) absceso renal, 2(3.1%) ITU febril, 2(3.2%) piodonefrosis.

49 enfermas referían antecedentes patológicos de interés: 26(41.3%) nefrolitiasis, 7(11.1%) ITUs de repetición, 7(11.1%) diabetes mellitus, 1(1.6%) vejiga neurógena, 8(12.7%) enfermedades sistémicas y/o neoplásicas.

La radiografía simple evidenció patología en el 59% de los casos: litiasis renal en 12(19%), litiasis ureteral 19(30.16%), litiasis reno-ureteral 3(4.8%), litiasis piélica 1(1.6%), masa en fosa renal 1(1.6%), cateter ureteral 5(7.9%).

Se practicó ecografía urológica en todas las pacientes sin diagnóstico previo 55(87.3%) pacientes hallando: ectasia de vía 11(17.5%), ectasia de vía y causa de ésta 12(19%), piodonefrosis 6(9.5%), signos de PNF 3(4.8%), atrofia renal 2(3.2%), masa renal 2(3.2%), litiasis renal (sin ectasia) 1(1.6%). No se evidenció patología en 9 pacientes (14.3%).

Se realizó UIV en 12 pacientes (19%), evidenciándose litiasis ureteral con ectasia y retraso en 6 pacientes (9.5%), anulación funcional 2(3.2%), mínima ectasia sin obstrucción ni litiasis 2(3.2%), litiasis ureteral sin repercusión 1(1.5%), litiasis pelvis sin repercusión 1(1.5%).

Se practicó tto médico exclusivamente en 40 pacientes (63.5%), cateterismo ureteral 14(22.2%), nefrostomía percutánea 6(9.5%), nefrectomía 2(3.2%).

La evolución fue favorable en 62 pacientes (98.4%), 1 paciente (1.6%) fue exitus, 6 pacientes precisaron ingreso en UCI.

Se realizó urinocultivo en 42 pacientes (66.6%) de los cuales fueron negativos 17(40.5%); de los URC positivos la bacteria más frecuente fue E. Coli 18(72%).

Se realizó hemocultivo en 37 pacientes (58.7%), siendo negativos 23(62.2%); de los hemocultivos positivos la bacteria más frecuente fue la E. Coli que apareció en 8(57.1%) casos.

La estancia media fue de 3.9 días con un rango de 1 a 11 días.

CONCLUSIONES: El antecedente más frecuente es la litiasis urinaria.

Buena evolución de la practica totalidad de las pacientes.

Escasa realización de exploraciones invasivas durante los ingresos.

iiAlto porcentaje de pacientes sin urinocultivoiii

C-7 PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA EN LA POBLACIÓN ADULTA. PRESENTACIÓN DE 7 CASOS Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

*Chillón, S., Torrús, P.L., Pelluch, A., Sánchez, M., Bellvís, V., Ruiz, J., Jiménez, J., Lobato, J.J.
Hospital Universitario General. Alicante*

La pielonefritis xantogranulomatosa (PNX) es una forma poco frecuente de infección renal crónica y tórpida, caracterizada por la destrucción del parénquima renal que es sustituido por macrófagos cargados de lípidos. Afecta de forma predominante a mujeres en edad madura y suele estar relacionada con algún grado de obstrucción renal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado las nefrectomías realizadas desde 1993 por patologías benignas en las que el resultado de la anatomía patológica fuese concordante con PNX. Se han estudiado la edad y manifestaciones clínicas, alteraciones analíticas y radiológicas, así como el tratamiento efectuado y sus complicaciones.

RESULTADOS: Encontrando que 7 han sido secundarias a PNX. Solo una ha afectado al varón siendo el resto mujeres (6). La edad media ha sido de 52 años. En 5 ocasiones el riñón patológico ha sido el izquierdo y en todos los casos los riñones eran no funcionantes. En 4 de ellos existía litiasis coraliforme y en los restantes, cavidades de aspecto pionefrósico.

En una paciente existía comunicación entre las cavidades renales y el parénquima pulmonar (fistula renopulmonar) y en otra se desarrolló una amiloidosis secundaría a PNX.

En todos los casos se realizó nefrectomía a través de acceso lumbar.

CONCLUSIONES: La PNX constituye una enfermedad crónica del riñón que se manifiesta fundamentalmente por clínica aguda o subaguda.

Predomina en mujeres de mediana edad y con patología litiásica generalmente no conocida.

En los casos de afectación difusa del riñón no suele plantear problemas diagnósticos con otras patologías, fundamentalmente el carcinoma de células renales.

El tratamiento ha de ser la nefrectomía teniendo especial cuidado ya que el proceso xantogranulomatoso puede afectar a órganos de vecindad.

P-4 QUISTE HIDATÍDICO RETROVESICAL

*García, D., García, M., Vacacela, R., Coronel, B., Rubio, I., Vidal, J., Beltrán, J.R., Santolaya, I., San Juan, C.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia*

Se presenta el caso de una paciente de 66 años que tras ser intervenida de anexectomía izquierda con histerectomía por quiste ovárico simple de gran tamaño es remitida desde el servicio de Ginecología por presentar molestias perineales no relacionadas con la cirugía previa. Estudiada ambulatoriamente, refiere síndrome miccional reiterado con hematuria ocasional por lo que se solicitan pruebas de imagen, que descubren varias calcificaciones intravesicales, así como la presencia de un quiste retrovesical extraperitoneal de contenido heterogéneo. Se decide practicar una cistoscopia diagnóstica para filiar el origen de dichas calcificaciones, hallándose una neoformación a nivel trigonal que se biopsia y de cuyo análisis se evidencia su carácter tumoral con importante extensión por la mucosa vesical. Tras estos hallazgos se propone para cistectomía con extirpación del quiste en el mismo acto quirúrgico.

Tras el estudio anatómico-patológico se comprueba la presencia de un carcinoma vesical de alto grado multifocal con áreas de carcinoma in situ y un quiste hidatídico adherido en su cara posterior.

Viernes, 21 de febrero del 2003

13.00 Mesa 3 INFECCIONES URINARIAS Y MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

Moderadores, Drs. Gil Sal3n, M. y G3mez G3mez, G.
Secretario, Dr. Prieto Gonz3lez

C - 8 INFECCIONES URINARIAS EN LA MUJER DESDE LA PERSPECTIVA DE LA «MEDICINA BASADA EN PRUEBAS»

Tello Royloa, C. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociaci3n Murciana de Urolog3a

C - 9 OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO DE LAS BACTERIURIAS ASINTOM3TICAS EN MUJERES DE EDAD AVANZADA

Tom3s Ros M. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociaci3n Murciana de Urolog3a

C - 10 DURACI3N DEL TRATAMIENTO ANTIBI3TICO EN LAS CISTITIS EN LAS MUJERES POSTMENOP3USICAS

Sempere Guti3rrez, A. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociaci3n Murciana de Urolog3a

C - 11 PREVENCI3N DE LAS INFECCIONES URINARIAS RECIDIVANTES EN LA MUJER POSTMENOP3USICA CON ESTR3GENOS POR V3A VAGINAL

Guzm3n Mart3nez Valls, P. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociaci3n Murciana de Urolog3a

C - 12 ¿HAY QUE TRATAR LA BACTERIURIA ASINTOM3TICA EN EL EMBARAZO? UNA RESPUESTA SEG3N LA MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

L3pez Cubillana P. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociaci3n Murciana de Urolog3a

14.30 Comida de trabajo, hotel NH Amistad

C-8 INFECCIONES URINARIAS EN LA MUJER DESDE LA PERSPECTIVA DE LA «MEDICINA BASADA EN PRUEBAS»

Tello Royloa, C. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología

Las infecciones urinarias son la patología urológica más frecuente en la mujer. Durante su práctica clínica, urólogos, ginecólogos, médicos de atención primaria..., se plantean a diario dudas, acerca de su diagnóstico, tratamiento o prevención.

La Medicina Basada en Pruebas es una metodología para el aprendizaje y la actualización de los conocimientos, que intenta resolver de forma rápida y eficaz las dudas que el clínico se plantea, mediante un proceso de investigación secundaria que consiste en la aplicación sucesiva de cuatro pasos: Formulación de preguntas clínicas contestables, búsqueda de las mejores pruebas, valoración crítica de las mismas y aplicación de los resultados.

Objetivos. Presentar el grupo de trabajo organizado en el seno de la Asociación Murciana de Urología, para el estudio y la práctica la "Medicina Basada en la Evidencia". Exponer de forma esquemática el proceso de esta metodología. Mostrar ejemplos sobre la formulación de preguntas clínicas contestables, sobre el tema de las infecciones urinarias en la mujer.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Grupo de trabajo en Urología Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología, ha elaborado distintos escenarios clínicos, en los que se encuentran dudas acerca del tratamiento y la prevención de las infecciones urinarias en la mujer. A partir de estas dudas, utilizando la metodología propuesta por la Medicina Basada en la Evidencia, se generan preguntas clínicas concretas y contestables, que permitan elaborar estrategias de búsqueda eficaces.

RESULTADOS: Se expone la metodología para la elaboración de preguntas clínicas. Se muestran los elementos que toda pregunta clínica debe incluir: paciente, intervención que se considera, intervención con la que se compara y parámetros que miden el resultado. Se presentan las preguntas formuladas sobre tratamiento y prevención de las infecciones urinarias en la mujer: ¿Disminuye la morbi-mortalidad o mejora la calidad de vida el tratamiento de la bacteriuria asintomática en mujeres posmenopáusicas? ¿Cuál es la pauta (monodosis - corta o larga) más eficaz y segura para el tratamiento de la cistitis en la mujer posmenopáusica? ¿Son eficaces los estrógenos por vía vaginal en la profilaxis de las infecciones urinarias de repetición en posmenopáusicas? ¿Reduce el tratamiento de la bacteriuria asintomática en la mujer embarazada, el riesgo de pielonefritis, parto prematuro o bajo peso al nacer?

Comentarios. La Medicina Basada en Pruebas es una metodología para el estudio y actualización de los conocimientos, que requiere la adquisición de algunas habilidades. La primera de ellas es la transformación de las dudas que surgen en la práctica clínica en preguntas concretas y contestables.

C-9 OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO DE LAS BACTERIURIAS ASINTOMÁTICAS EN MUJERES DE EDAD AVANZADA

Tomás Ros M. y Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología

INTRODUCCIÓN: Las ITUs en las mujeres adultas no siempre van a ocasionar síntomas. Las llamadas bacteriurias asintomáticas pueden afectar a un 5-50% de la población femenina. Se ha relacionado esta circunstancia con descenso en la sobrevida, insuficiencia renal, hipertensión o infecciones complicadas.

OBJETIVOS: Nos planteamos contestar la siguiente pregunta clínica: ¿es necesario tratar la bacteriuria asintomática en mujeres mayores de 65 años? Lo hacemos utilizando la metodología de la MBE, con consultas bibliográficas en fuentes secundarias y primarias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizan búsquedas bibliográficas electrónicas de ensayos clínicos aleatorios relevantes (ECA), revisiones sistemáticas y metaanálisis que traten sobre infecciones de orina asintomáticas en mujeres mayores, en las siguientes bases de datos: Registro de Ensayos Clínicos Controlados de la Librería Cochrane (tercer trimestre 2002), Embase y Medline (hasta enero de 2003). Se efectúa también revisión manual de resúmenes de los libros de congresos anuales de AUA, EAU y AEU (1997-2002). Hacemos énfasis sobre todo en el lenguaje documental y la construcción de distintas ecuaciones para la búsqueda bibliográfica.

RESULTADOS: Se recuperan 13 ECA, de los cuales una vez analizados los abstracts se consideran relevantes sobre el tema que tratamos 6 de ellos, hemos encontrados un protocolo de la colaboración Cochrane no existiendo ninguna revisión sistemática ni metaanálisis. Realizamos una valoración crítica de todos los estudios cuyos resultados finales desaconsejan el tratamiento.

CONCLUSIONES: Las búsquedas bibliográfica sistematizadas en bases de datos apropiadas permite recuperar información suficiente para ayudarnos a tomar decisiones sobre el tratamiento de las bacteriurias asintomáticas. Los datos revisados soportan la evidencia de no tratarlas cuando aparecen en ancianas no diabéticas.

C - 10 DURACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LAS CISTITIS EN LAS MUJERES POSTMENOPÁUSICAS

Sempere Gutiérrez, A. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología

INTRODUCCIÓN: Las infecciones del tracto urinario inferior no complicadas o cistitis es una patología muy frecuente en mujeres postmenopáusicas. La bacteriuria está presente en al menos el 20% de mujeres en este rango de edad en comparación con menos del 5% en edades jóvenes. Existen varias pautas de tratamiento antibiótico y con distintos fármacos planteando dudas sobre cuál es la más adecuada.

OBJETIVO: Aplicar la metodología de la medicina basada en la evidencia para responder a la pregunta clínica planteada como ¿Cuál es la pauta (monodosis-corta o larga) más eficaz y segura para el tratamiento de las cistitis en la mujer postmenopáusica?

MATERIAL Y METODO: Realizamos una búsqueda bibliográfica en fuentes secundarias encontrando una revisión sistemática en la base de datos de la Cochrane Library que respondía a nuestra pregunta clínica. Analizamos de forma crítica los trabajos presentados en esta revisión sistemática siguiendo la metodología de la medicina basada en la evidencia, haciendo hincapié en la validez de los mismos.

RESULTADOS: De todos los ensayos clínicos evaluados, seleccionamos aquellos que comparaban el mismo antibiótico con diferentes pautas de duración (cinco ensayos). De estos ensayos cuatro comparan dosis única versus pautas más largas (3-10 días) y uno pauta corta (3-6 días) versus pauta larga (7-10 días).

Todos los estudios presentan deficiencias metodológicas y falta de información en cuanto a resultados clínicos. Si comparamos dosis única contra pauta corta o pauta larga la única diferencia significativa es que la tasa de persistencia bacteriana es mayor en el grupo de dosis única. En la comparación entre pauta larga y pauta corta el único resultado obtenido para este grupo de mujeres es la tasa de persistencia bacteriana a largo plazo sin diferencias significativas entre los dos grupos.

COMENTARIOS: La calidad metodológica de los estudios es baja por lo que no se puede determinar la duración óptima del tratamiento antibiótico en las cistitis de mujeres postmenopáusicas. La dosis única parece menos efectiva aunque es mejor tolerada que las pautas de mayor duración.

Con la metodología de la medicina basada en pruebas contestamos de forma rápida y eficaz preguntas que nos planteamos en la práctica clínica diaria permitiéndonos dar una mayor calidad asistencial a nuestros pacientes.

C - 11 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES URINARIAS RECIDIVANTES EN LA MUJER POSTMENOPÁUSICA CON ESTRÓGENOS POR VÍA VAGINAL

Guzmán Martínez Valls, P. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología

INTRODUCCIÓN: Un 20% de las mujeres experimentan infecciones del tracto urinario inferior (ITU) a lo largo de su vida y aproximadamente el 3% tienen infecciones recurrentes del tracto urinario. La frecuencia de ITUs en la mujer aumenta con la edad. La probabilidad de ITU de repetición en la mujer se incrementa en función del número de infecciones previas y es inversamente proporcional al espacio de tiempo entre las mismas. El pH ácido vaginal constituye un excelente mecanismo defensivo local contra la colonización del introito vaginal, con la edad se produce una pérdida de ésta por *Lactobacillus* con atrofia de la mucosa vaginal asociada y por tanto una alcalinización que explica entre otros factores el incremento de las ITU de repetición con la edad.

Objetivos: Planteada la pregunta de “ Prevención de las infecciones urinarias recidivantes en la mujer postmenopáusica con estrógenos por vía vaginal ” responder a la misma utilizando la metodología de la MBE.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una búsqueda bibliográfica en fuentes secundarias, sin encontrar ningún registro. Se acude a MEDLINE, limitándola a humanos y acotando la edad a mayores de 45 años. Se realiza la valoración crítica sobre tratamiento, en relación a la validez, importancia y aplicabilidad utilizando la metodología de la Medicina Basada en Pruebas.

RESULTADOS: Hemos encontrado trece artículos, de los cuales cuatro son relevantes y se ajusta a nuestro objetivo; encontramos un METAANÁLISIS, que agrupa a tres ensayos clínicos aleatorizados que utiliza estrógenos vía vaginal y dos vía oral que excluimos. Se analiza su elaboración y se realiza la valoración crítica de estudios sobre tratamientos y una lectura crítica del mismo utilizando las parrillas CASPe, haciendo hincapié en la valoración de los resultados.

Conclusiones y reflexiones: Utilizando la metodología de la MBE podemos encontrar la información mas actual, concreta y de calidad. Es fundamental para obtener conclusiones la comprensión y la correcta interpretación de los resultados. De los estudios encontrados se deriva que hay evidencia que los estrógenos por vía vaginal tienen utilidad en la prevención de la infecciones urinarias recidivantes en la mujer postmenopáusica.

C - 12 ¿HAY QUE TRATAR LA BACTERIURIA ASINTOMÁTICA EN EL EMBARAZO? UNA RESPUESTA SEGÚN LA MEDICINA BASADA EN PRUEBAS

López Cubillana P. y

Grupo de trabajo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología

INTRODUCCIÓN: El 5-10% de las mujeres embarazadas presentan bacteriuria asintomática. De ellas, un 30% padecerá posteriormente pielonefritis aguda. Además, ésta puede ser uno de los factores desencadenantes de parto prematuro o crecimiento intrauterino retardado (CIR).

OBJETIVOS: Aplicando los métodos basados en la Medicina basada en pruebas, planteamos la pregunta clínica: ¿en mujeres embarazadas diagnosticadas de bacteriuria asintomática, el tratamiento antibiótico (frente a la abstención terapéutica) erradica su presencia y las posteriores complicaciones?

MATERIAL Y MÉTODOS: Buscamos la mayor evidencia posible en las bases de datos disponibles, encontrando en la biblioteca de la Colaboración Cochrane, dentro del Cochrane Pregnancy and childbirth group la revisión titulada: Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy publicada por F Smaill el 28 de Diciembre de 2000. Realizamos la valoración crítica del artículo, centrándose en la aplicabilidad del mismo.

RESULTADOS: En esta revisión sistemática sobre 14 ensayos clínicos publicados entre 1960 y 1987. Realiza un metaanálisis con los resultados, de donde se puede extraer:

1. El tratamiento antibiótico es eficaz para la erradicación de la bacteriuria asintomática en el embarazo. (OR: 0.07 .95% entre 0.04 y 0.10).
2. El tratamiento antibiótico reduce la incidencia de pielonefritis. (OR: 0.24. 95% entre 0.19 y 0.32).
3. El tratamiento antibiótico reduce la incidencia de partos prematuros y CIR. (OR: 0.60. 95% entre 0.45 y 0.80) .

COMENTARIOS: El tratamiento antibiótico resulta eficaz para prevenir la posibilidad de pielonefritis. Esta creencia ampliamente extendida en la comunidad urológica se fundamenta en una serie de estudios realizados mayoritariamente hace más de 25 años. No obstante, el tipo de pacientes, la terapéutica antibiótica y la tecnología diagnóstica disponible no han sufrido grandes cambios que nos puedan crear duda sobre su aplicabilidad en el contexto actual por lo que aceptamos la aplicabilidad actual de este estudio.

Viernes, 21 de febrero de 2003

- 17.00 Mesa 4 IATROGENIA URO-GINECOLÓGICA**
Moderadores, Drs. Zaragoza Orts, J. y García Espona, C.
Secretario, Dr. Nicolás Torralba, J. A.
- C - 13 **FÍSTULAS VÉSICO Y URETEROVAGINALES. NUESTRA EXPERIENCIA EN CUATRO AÑOS**
Vacacela, R., Coronel, B., García, D., García, M., Rubio, I., Santolaya, J.I., San Juan, C.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia
- C - 14 **FÍSTULAS VESICOVAGINALES Y VESICOUTERINAS: INCIDENCIA EN EL ÁREA 13 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA**
Gómez-Ferrer, A., Mola, M.J., Sala, A., Navarro, J.A., Gonzalvo, V., Llopis, B., Cantó, E., Polo, A.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva
- C - 15 **FÍSTULAS UROGINECOLÓGICAS**
Chillón, S., Torrús, P., García, P., Megías, J., Belvís, V., Lobato, J.J.
Hospital Universitario General. Alicante
- C - 16 **COMPLICACIONES UROLÓGICAS TRAS CIRUGÍA OBSTETRO-GINECOLÓGICA**
Morga, J.P., Meseguer, M., García, F., Sempere, S., Tomás, M., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia
- P - 5 **IMPORTANCIA DEL FACTOR IATRÓGENO EN LA ETIOLOGÍA DE LAS FÍSTULAS URINARIAS FEMENINAS**
De La Torre, L., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., Sánchez, F., Ordoño, F., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia
- P - 6 **FÍSTULA VESICOUTERINA**
García, F., Tomás, M., Rico, J.L., Sempere, A., Morga, J.P., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia
- P - 7 **FÍSTULAS VESICOUTERINAS**
Bonillo, M.A., Palmero, J.L., Alapont, J.M., Montaner, M.J., Pacheco, J.J., Alonso, M., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- P - 8 **MIGRACIÓN INTRAVESICAL DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO: PRESENTACIÓN DE UN CASO**
Sánchez, B., Vacacela, R., García, D., García, M., Rubio, I., San Juan, C.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

C - 13 FÍSTULAS VÉSICO Y URETEROVAGINALES. NUESTRA EXPERIENCIA EN CUATRO AÑOS

*Vacacela, R., Coronel, B., García, D., García, M., Rubio, I., Santolaya, J.I., San Juan, C.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia*

INTRODUCCIÓN: La fístulas urinarias vesico y ureterovaginales constituyen una de las complicaciones más temidas de la cirugía pélvica femenina, con una incidencia aproximada en 1 de cada 1800 hysterectomías. La disminución de su incidencia guarda estrecha relación con la experiencia del cirujano y el empleo de técnicas quirúrgicas más cuidadosas.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia en el manejo, diagnóstico y tratamiento de las fístulas genitourinarias, realizando una revisión retrospectiva de nuestros casos.

MATERIALES Y METODOS: En el periodo comprendido entre Enero de 1997 y Enero 2001, se trataron en nuestro Servicio 12 casos de fístulas vesicovaginales y 5 (42%) a fístulas ureterovaginales. Se realizó una revisión retrospectiva indagando antecedentes, clínica y métodos diagnósticos empleados, realizando una valoración del resultado en función de criterios radiológicos, subjetivos y la exploración física. El 1000% de las fístulas fueron sometidas a tratamiento quirúrgico.

RESULTADOS: Se ha tenido un tiempo medio de seguimiento de 9.9 meses en el caso de las fístulas vesicovaginales y de 10.8 meses en el caso de la ureterovaginales. Se presentaron dos casos de recidivas (16.66%) las cuales fueron vesicovaginales. Los resultados al final del seguimiento de nuestra serie son aceptables en función de los parámetros valorados y presentados en otras series.

CONCLUSIONES: El sospechar la existencia de fístula genitourinaria y su diagnostico precoz es fundamental para el tratamiento conservador y para disminuir las complicaciones. En nuestro caso todas han sido sometidas a cirugía, la técnica quirúrgica de elección depende de la situación y experiencia del cirujano, sobre todo en las fístulas vesicovaginales.

C - 14 FÍSTULAS VESICOVAGINALES Y VESICOUTERINAS: INCIDENCIA EN EL ÁREA 13 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

*Gómez-Ferrer, A., Mola, M.J., Sala, A., Navarro, J.A., Gonzalvo, V., Llopis, B., Cantó, E., Polo, A.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva*

INTRODUCCIÓN: La fístula urinaria vésico-vaginal y vésico-uterina constituyen una entidad bien conocida desde los albores de la Medicina. Históricamente ha sido consecuencia de problemas obstétricos fundamentalmente. Ésta sigue siendo causa frecuente en países en vías de desarrollo, pero en nuestro medio suelen ser consecuencia de procedimientos quirúrgicos ginecológicos. En este trabajo analizamos nuestra experiencia en el manejo de esta infrecuente complicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado retrospectivamente mediante el estudio de historias clínicas los casos registrados con los correspondientes diagnósticos entre los años 1994 a 2002 en el Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva.

RESULTADOS: Han sido diagnosticadas 7 mujeres, 6 de ellas con fístula vésico-vaginal y un caso de fístula vésico-uterina, con una edad media de 43 años (34-62).

Aparecieron como consecuencia de Histerectomía en 5 casos (3 por patología benigna, 1 por enfermedad pélvica inflamatoria y 1 cirugía radical por cáncer de endometrio) y 1 caso a consecuencia de parto distócico. La fístula vésico-uterina tuvo como antecedente la realización de una cesárea compleja.

En todos los casos el primer diagnóstico y abordaje quirúrgico se realizó en nuestro centro excepto en uno remitido tras fracaso de cirugía precoz reparadora por parte de Ginecología.

El motivo de sospecha fue la incontinencia urinaria en 5 pacientes. En otra su condición era conocida desde el acto quirúrgico en el que se lesionó y reparó la vejiga. La fístula a útero refería ITU de repetición asociada a mínima incontinencia sin presentar hematurias cíclicas.

Los métodos diagnósticos empleados que demostraron mayor utilidad fueron la cistografía, la cistoscopia, la vaginoscopia y la prueba del colorante y gasas.

El tiempo transcurrido desde la causa hasta el tratamiento fue de 11,3 meses de media (4-30).

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos excepto en la fístula vésico-uterina que ha evolucionado bien sin cirugía, así como en el resto en el que nuestro abordaje quirúrgico fue resolutivo en primera instancia. Se realizó en todos los casos una fistulorrafia transvesical transperitoneal con interposición de colgajo epiploico. En una paciente se realizó simultáneamente abordaje vaginal.

CONCLUSIONES: En nuestro medio la causa principal es la cirugía ginecológica. La cistografía y cistoscopia son necesarias y suficientes para confirmar el diagnóstico y planificar el tratamiento. Es rara la resolución espontánea por lo que la demora terapéutica no está justificada, a excepción de fístulas pequeñas y poco sintomáticas. El abordaje por nosotros empleado proporciona un campo quirúrgico bueno y cómodo para el urólogo, pudiendo refrescar bien los tejidos implicados e interponer colgajos. Los resultados con esta vía son excelentes y resolutivos en un primer y único acto.

C - 15 FÍSTULAS UROGINECOLÓGICAS

*Chillón, S., Torrús, P., García, P., Megías, J., Belvis, V., Lobato, J.J.
Hospital Universitario General. Alicante*

INTRODUCCIÓN: El manejo de las fístulas uroginecológicas sigue siendo hoy en día motivo de controversia.

El objetivo del presente estudio es llevar a cabo un análisis descriptivo de todas las fístulas atendidas en nuestro servicio. Aportamos nuestra experiencia en el abordaje transvesical y en el tratamiento de las fístulas ureterovaginales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han registrado un total de 18 fístulas urogenitales en el período comprendido entre 1994 y 2002; de las que 14 eran vesicovaginales y 4 ureterovaginales.

A partir de los registros clínicos se obtuvieron los siguientes datos: edad, etiología, factores predisponentes, clínica, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS: La edad media fue de 48 años. La causa más frecuente fue la histerectomía por vía abdominal; hubo dos casos que se complicaron con fistulización a nivel rectal.

Clínicamente las vesicovaginales se manifestaron como incontinencia continua en el 92% de los casos. Las ureterovaginales se manifestaron tardíamente.

Excepto en un caso todas fueron subsidiarias de tratamiento quirúrgico; se realizó cirugía diferida con abordaje por vía transvesical presentando únicamente una recidiva que fue tratada exitosamente por vía transvesical.

En cuanto a las ureterovaginales todas fueron tratadas mediante reimplantación, siendo necesaria la nefrectomía en un paciente.

CONCLUSIONES: No existe actualmente técnica quirúrgica de elección en el tratamiento de las fístulas vesicovaginales, nuestra experiencia en el abordaje transvesical es positiva con el 100% de resoluciones, no obstante deberíamos plantearnos en el futuro el tratamiento precoz de la misma

C - 16 COMPLICACIONES UROLÓGICAS TRAS CIRUGÍA OBSTETRO-GINECOLÓGICA

*Morga, J.P., Meseguer, M., García, F., Sempere, S., Tomás, M., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia*

La lesión iatrogénica del tracto urinario inferior es considerada una de las principales preocupaciones de los ginecólogos en su quehacer quirúrgico cotidiano. Es por ello que su incidencia es relativamente escasa. Por una parte hallamos las lesiones vesicales que se producen y reparan en el mismo acto quirúrgico y por otra, aquellas que se manifiestan en el postoperatorio. El urólogo debe poder reconocer y tratar adecuadamente cada una de ellas.

Hemos realizado un estudio retrospectivo de la cirugía llevada a cabo por los ginecólogos de nuestro hospital durante un periodo de 5 años, determinando cuantas y que tipo de intervenciones quirúrgicas urológicas fueron necesarias para resolver las lesiones iatrogénicas postoperatorias. El número total de intervenciones ha sido de 5.052, hallándose lesión urológica peroperatoria en 20 casos y de complicaciones postoperatorias en 32: 19 fístulas vésico-vaginales, 8 fístulas uretero-vaginales, una fístula vésico-uterina, un acodamiento de ureter, una ligadura de ureter, un ureter necrosado y una microvejiga.

Presentamos la cirugía urológica realizada y comentamos las alternativas terapéuticas.

P-5 IMPORTANCIA DEL FACTOR IATRÓGENO EN LA ETIOLOGÍA DE LAS FÍSTULAS URINARIAS FEMENINAS

*De La Torre, L., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., Sánchez, F., Ordoño, F., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia*

INTRODUCCIÓN: Existen series más o menos extensas en la literatura mundial que describen las causas y los diferentes tipos de fístula clasificados topográficamente. En el servicio de Urología interesaba conocer la incidencia de esta patología en nuestra área de población femenina, cuales son las etiologías y los tipos más frecuentes y cuáles han sido las actitudes terapéuticas adoptadas y el resultado de éstas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos en nuestra base de datos las historias clínicas de los últimos doce años para localizar los casos de fístula. De ellos extraemos los siguientes datos: Edad de la paciente, causa de la fístula, localización de la misma, tipo de tratamiento y resultado del mismo valorado como éxito, recidiva o fracaso.

- De 106 casos de fístulas urinarias, 36 ocurrieron en mujeres (33,96 %).
- La incidencia anual media para nuestra área sanitaria fue 1,77 casos/100.000 mujeres/año.
- Causas: ginecológicas (80,55 %), cirugía urológica (11,11%), tumorales (5,55 %) y diverticulitis (2,77 %).
- Localización: Vesicovaginal (58,33%), ureterovaginal (19,44%), una de las cuales fue bilateral, cutáneas (13,88 %), enterovesicales (8,33%)

RESULTADOS: El tratamiento definitivo fue la reparación quirúrgica en el 94,44 % de Los casos.

La recidiva solamente ocurrió en 2 casos (5,55%), que se pudieron resolver en una segunda intervención.

CONCLUSIONES: El 91% de las fístulas urinarias femeninas son de causa iatrógena (80,55% ginecológica). La incidencia de las fístulas urinarias ha disminuido en los últimos 12 años.

P-6 FÍSTULA VESICOUTERINA

*García, F., Tomás, M., Rico, J.L., Sempere, A., Morgá, J.P., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia*

Presentamos el caso de una paciente de 35 años con antecedentes de megacaliosis e intervención por síndrome de la unión pieloureteral bilateral congénita como datos de interés. Después de una gestación a término fue sometida a cesárea, presentando en el postoperatorio fístula vesicouterina que mostramos en este póster.

P-7 FÍSTULAS VESICOUTERINAS

Bonillo, M.A., Palmero, J.L., Alapont, J.M., Montaner, M.J., Pacheco, J.J., Alonso, M., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: Las fístulas del tracto urogenital femenino son complicaciones infrecuentes de maniobras obstétricas, enfermedades pélvicas o del tratamiento de las mismas; las menos comunes son las fístulas vesicouterinas, estimada por algunos autores en el 4% del total de las fístulas del tracto urogenital femenino. Desde que en 1908 Knipe describiese el primer caso, hasta la revisión realizada en 1997 por Yip, se han notificado 156 casos en la literatura médica. Sin embargo, la incidencia de este tipo de fístula en las últimas décadas parece estar incrementándose motivada por el aumento del número de cesáreas segmentarias bajas. El objetivo del estudio es determinar la incidencia actual en nuestro hospital y los factores asociados a su desarrollo.

MATERIAL & MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de las pacientes con fístula del tracto urogenital valoradas en nuestro servicio entre 1969 y 2002. Las pacientes nos fueron remitidas con la sospecha clínica de fístula, que confirmamos con la exploración física (prueba del azul de metileno) y técnicas de imagen (histerosalpingografía, urografía y/o cistoscopia). Establecimos un seguimiento mínimo de 2 años.

RESULTADOS: Hemos diagnosticado 6 casos de fístulas vesicouterinas. En el 83,3% (5/6) de los casos la causa principal fue la realización de una cesárea segmentaria transversa. La edad media de las mujeres es de 36,5 años. En el 50% (3/6) de los casos la incontinencia urinaria inmediata a la intervención quirúrgica condicionó el diagnóstico precoz. En 5 pacientes (83,3%) se realizó reparación quirúrgica de la fístula vía abdominal, todas ellas permanecieron asintomáticas durante los años de seguimiento. 2 pacientes (33,3%) presentan un embarazo a término a partir de los 24 meses de la intervención.

CONCLUSIONES: La fístula vesicouterina sin dejar de ser infrecuente, ha dejado de ser un diagnóstico excepcional. Las cesáreas segmentarias bajas constituyen actualmente el mayor factor de riesgo aislado relacionado con el desarrollo de las fístulas vesicouterinas, por lo que debemos tener presente esta lesión en las pacientes que presentan incontinencia urinaria intermitente tras este tipo de cirugía. Recomendamos una reparación quirúrgica sin descartar un tratamiento conservador en los casos con sintomatología leve diagnosticados precozmente.

P-8 MIGRACIÓN INTRAVESICAL DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Sánchez, B., Vacacela, R., García, D., García, M., Rubio, I., San Juan, C.
Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

OBJETIVO: Se describe un caso de perforación uterina y migración vesical de un dispositivo intrauterino (DIU.)

MÉTODOS/RESULTADOS: Paciente de 42 años que consulta por síndrome irritativo del tracto urinario inferior en relación con infección urinaria recidivante. En estudio ecográfico se detecta porción de DIU endovesical insertado años antes y del que se suponía había sido expulsado espontáneamente. Se procedió bajo anestesia a uretrrocistoscopia y extracción del segmento endovesical del DIU y por histeroscopia a extracción del segmento intrauterino.

CONCLUSIONES: Debería realizarse un control radiológico o ecográfico en el seguimiento de pacientes con DIU. El no localizar un dispositivo intrauterino en una paciente que no se ha dado cuenta de su expulsión nos orienta al diagnóstico de perforación uterina mientras no se demuestre lo contrario.

Viernes, 21 de febrero de 2003

- 18.15 Mesa 5 CIRUGÍA UROLÓGICA FEMENINA**
Moderadores, Drs. Romero Maroto, J. y Moreno Avilés, J.
Secretario, Dr. Martínez Pertusa, P.
- C - 17 EXANTERACIÓN ANTERIOR EN MUJERES, DE CAUSA NO UROLÓGICA
Solsona, E., Iborra, I., Ricós, J.V., Monrós, J.L., Dumont, R., Rubio, J., Casanova, J.
Instituto Valenciano de Ontología. Valencia
- C - 18 LA CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJERES CON TUMORES VESICALES
Solsona, E., Iborra, I., Ricós, J.V., Monrós, J.L., Dumont, R., Rubio, J., Casanova, J.
Instituto Valenciano de Oncología. Valencia
- C - 19 USO DEL SEGMENTO ILEAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL APARATO URINARIO FEMENINO. NUESTRA EXPERIENCIA
Sempere, A., García, F., Tomás, M., Rico, J.L., Morga, J.P., Fontana, L.O.
Hospital General Universitario. Murcia
- C - 20 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO
Linares, A., Prieto, L., López, C., Rodríguez, E., Quílez, J.M., Romero Maroto, J.
Hospital Universitario San Juan. Alicante
- C - 21 URETROPLASTIA CON MUCOSA VAGINAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS URETRAL FEMENINA
Prieto, L., López, C., Linares, A., Rodríguez, E., Quílez, J.M., Romero Maroto, J.
Hospital Universitario San Juan. Alicante
- P - 9 RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE URETEROCELE CON LITIASIS
Moreno, F., Ferrero, R., Calatrava, S., García, F., Gassó, M., Díaz, E.
Hospital Francisco de Borja. Gandía
- P - 10 TRATAMIENTO DEL REFLUJO VESICoureTERAL
Ordoño, F., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., Sánchez, F., De La Torre, L., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia
- P - 11 URETEROCELE LITIÁSICO. MANEJO ENDOSCÓPICO
Romero, A., Tello, C., García, J., Cruces De Abia, F., Jiménez, J.M., Moreno, E.
Hospital de la Vega Baja. Orihuela.

C - 17 EXENTERACIÓN ANTERIOR EN MUJERES, DE CAUSA NO UROLÓGICA

Solsona, E., Iborra, I., Ricós, J.V., Monrós, J.L., Dumont, R., Rubio, J., Casanova, J.
Instituto Valenciano de Ontología. Valencia

INTRODUCCION. Aunque la cistectomía radical es el tratamiento de elección en los tumores vesicales infiltrantes, en ocasiones nos vemos obligados a practicarla por causas ajenas, en mujeres, generalmente de origen ginecológico.

OBJETIVOS. Analizar los resultados de la exenteración anterior en pacientes de origen ginecológico.

MATERIAL Y METODOS. Se estudian 9 pacientes las cuales sufrieron una exenteración anterior por causa ginecológica, analizándose la morbilidad de la técnica y la supervivencia de las pacientes. De las 9 pacientes, a 3 se les practicó una cistectomía por microvejiga con uropatía obstructiva por cistitis actínica secundaria a tratamiento de radioterapia mas cirugía por carcinoma de cervix. En 5 pacientes la causa de la exenteración fue por recaída tumoral o por tumor que infiltra vejiga y la ultima paciente por padecer un melanoma vaginal con afectación de uretra anterior.

RESULTADOS. El grupo de pacientes con microvejiga tuvo un postoperatorio tormentoso con múltiples complicaciones aunque no hubo mortalidad operatoria, estando todas las pacientes vivas y libres de enfermedad. Del grupo de pacientes con tumor presente, el índice de complicaciones fue también alto, probablemente relacionado con el tratamiento asociado a la radioterapia que los tumores ginecológicos reciben, de ellas 2 pacientes fallecieron a causa del tumor, la paciente con melanoma y una con carcinoma de cervix, estando las 4 (66.6%) restantes vivas y libres de tumor.

CONCLUSIONES. Aunque la morbilidad es muy elevada en la exenteración anterior por causa ginecológica, la eficacia también es elevada incluso en pacientes con tumores muy avanzados, por lo que debe tenerse en cuenta como arma terapéutica.

C - 18 LA CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJERES CON TUMORES VESICALES

Solsona, E., Iborra, I., Ricós, J.V., Monrós, J.L., Dumont, R., Rubio, J., Casanova, J.
Instituto Valenciano de Oncología. Valencia

INTRODUCCION: La cistectomía radical es el tratamiento de elección en pacientes con tumores vesicales infiltrantes, en los cuales el estadio patológico local y la afectación ganglionar son los factores pronósticos mas reconocidos. Sin embargo, el sexo se ha colado en algunos estudios también como factor pronostico.

OBJETIVO: Conocer que implicación tiene el sexo femenino en pacientes tratados con cistectomía por tumor vesical infiltrante.

MATERIAL Y METODOS: Se analizan 40 cistectomias realizadas en mujeres con tumores vesicales. En ellas se analizan distintas características clínicas, patológicas, morbilidad y supervivencia comparadas con las 352 llevadas a cabo en hombres.

RESULTADOS: Entre mujer y hombre, no se observan diferencias respecto a las características clínicas (edad, carácter recidivante, tamaño, morfología, numero), tampoco respecto al estadio clínico, grado y motive de indicación de la cistectomía. La morbilidad fue superior en las mujeres incluida la mortalidad operatoria, pero sin alcanzar la significación estadística. Asimismo no se objetivaron diferencias respecto al estadio patológico (tumores superficiales, invasivos órgano-confinados y no órgano-confinados), la asociación a carcinoma in si tu ni el porcentaje de tumores no transicionales. Sin embargo, la incidencia de adenopatías positivas fue superior en la mujer ($p > 0.05$) así como las tasas de progresión y mortalidad específica, ($p < 0.05$). En análisis multivariados tanto el general como otros específicos para evaluar determinados aspectos parciales, el sexo no entró en el modelo matemático.

CONCLUSIONES. No se observan diferencias en cuando a las características clínicas y patológicas de las mujeres respecto de los hombres, por lo que el sexo parecer ser un factor pronostico, sin embargo el tener una casuística reducida de mujeres, en nuestra serie, esto no se confirma definitivamente.

C - 19 USO DEL SEGMENTO ILEAL EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL APARATO URINARIO FEMENINO. NUESTRA EXPERIENCIA

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

INTRODUCCIÓN: Las malformaciones congénitas, afecciones inflamatorias y tumorales así como las lesiones funcionales del tracto urinario han sido el origen de las múltiples técnicas quirúrgicas diseñadas para reconstrucción dicho aparato urinario.

El uso del intestino para dicha reparación ha sufrido una gran avance en los últimos años. El ileón es uno de los segmentos más utilizados como sustituto ureteral y para aumentar la capacidad funcional de la vejiga.

OBJETIVO: Revisar nuestra experiencia en la utilización del segmento ileal en la cirugía reconstructiva del árbol urinario en mujeres desechando aquellos casos de patología tumoral.

Material y método: Revisamos de forma retrospectiva las historias clínicas de las pacientes que precisaron, en la reconstrucción de su aparato urinario, la utilización del segmento ileal debido a patologías inflamatorias y funcionales. Los datos obtenidos están en relación con las indicaciones, técnica quirúrgica empleada así como las complicaciones derivadas de dicha técnica y las alteraciones metabólicas debidas a la puesta en contacto de la orina con el ileón.

RESULTADOS: El grupo estudiado lo constituyen 10 pacientes con una edad media de 51 años (21-74 años). En 3 casos se realizó sustitución ureteral completa por ileón: 1 caso por fibrosis tuberculosa que también precisó ampliación vesical, 1 caso por fibrosis postradioterapia, 1 caso por necrosis isquémica). En las 7 pacientes restantes se realizó ampliación vesical con segmento ileal: 3 casos por vejiga neurógena, 3 casos por vejiga retráctil (1 caso fibrosis tuberculosa, 1 caso de fibrosis postrádrica y 1 caso cistopatía intersticial), 1 caso por iatrogenia ginecológica.

Como complicaciones precoces se produjeron 2 exitus (1 sepsis; 1 TEP), 1 caso de fístula enterocutánea y otro de fístula vesicocutánea ambas resueltas de forma conservadora. Como complicaciones tardías encontramos 1 caso de obstrucción intestinal por bridas a los 3 meses de la cirugía y 1 caso de vejiga retencionista que precisa cateterismo intermitente. Tras un seguimiento medio de 36 meses los resultados funcionales y morfológicos son aceptables. No se objetivaron problemas metabólicos adicionales.

COMENTARIO: En nuestra serie, la utilización del segmento ileal en casos de sustitución ureteral completa y ampliación vesical es una técnica útil que permite presevar las unidades renales de estas pacientes así como normalizar las alteraciones funcionales creadas por las distintas patologías con unos resultados y complicaciones aceptables y sin crear problemas metabólicos adicionales.

C - 20 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL DIVERTÍCULO URETRAL FEMENINO

Linares, A., Prieto, L., López, C., Rodríguez, E., Quílez, J.M., Romero Maroto, J.
Hospital Universitario San Juan. Alicante

INTRODUCCIÓN: La incidencia de divertículo uretral femenino se estima entre el 1 y el 6 % de las mujeres adultas, entre los 20 y los 60 años, con una edad promedio de 40 años, y mayor prevalencia en la raza negra. Los pocos casos que aparecen en recién nacidas o niñas son divertículos congénitos; pero la mayor parte de estas lesiones son adquiridas y se presentan con sintomatología del tracto urinario inferior. Presentamos tres casos clínicos de pacientes diagnosticadas y tratadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: La primera paciente, de 45 años, histerectomizada 3 años antes, presentaba ITU bajas de repetición e incontinencia urinaria de esfuerzo leve. En la exploración destacaba únicamente un cistocele G I y la CUMS mostraba la presencia de un divertículo uretral de aproximadamente 1,5 cm a 1 cm del cuello vesical. Se realizó diverticulectomía transvaginal, con salida de material purulento, sin complicaciones; la CUMS a las 2 semanas no mostraba fugas ni presencia de divertículo. En los siguientes 3 años de seguimiento no volvió a presentar episodios de ITU, pero sí refería incremento progresivo de su incontinencia hasta hacerse de mínimos esfuerzos, realizándose sling de malla de prolene, quedando continente y asintomática en los siguientes 3 años de seguimiento.

La segunda paciente, de 40 años, intervenida de carúncula uretral, con antecedente de ITU bajas de repetición y dispareunia, evidenciaba en la CUMS la existencia de 3 formaciones diverticulares en cara lateral y posterior. Durante la intervención vía transvaginal, se identificaron únicamente 2 divertículos con un cuello común, y se realizó la diverticulectomía. La cistografía por catéter suprapúbico a las 2 semanas revelaba la presencia de un pequeño divertículo uretral. La paciente permaneció asintomática, durante los 2 años siguientes, salvo por la presencia de dispareunia. La cistografía posterior mostraba un divertículo de 2 cm en la cara posterior uretral. Se realiza diverticulectomía transvaginal sin complicaciones y la CUMS de control así como los seguimientos posteriores no revelaron hallazgos.

Por último, una mujer de 42 años, histerectomizada, que presentaba ITU bajas de repetición. La exploración era compatible con un divertículo uretral que se confirmó en la CUMS, de gran tamaño próximo al cuello vesical. La diverticulectomía transcurrió sin complicaciones y la cistografía por catéter suprapúbico a las 2 semanas reveló una pequeña área diverticular cercana al cuello, sin otros hallazgos permaneciendo asintomática.

CONCLUSIONES: El divertículo uretral es una entidad clínica que hay que tener en cuenta en toda mujer con sintomatología crónica del tracto urinario inferior. El tratamiento quirúrgico mediante diverticulectomía transvaginal es el abordaje más aceptado. Las complicaciones postoperatorias son escasas.

C - 21 URETROPLASTIA CON MUCOSA VAGINAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS URETRAL FEMENINA

Prieto, L., López, C., Linares, A., Rodríguez, E., Quílez, J.M., Romero Maroto, J.
Hospital Universitario San Juan. Alicante

La estenosis uretral en la mujer es una patología poco frecuente. Se suele asociar a traumatismos con fractura pelviana, periuretritis fibrosa secundaria a múltiples infecciones urinarias y a sondajes intempestivos en el parto. Supone menos del 1 % de diagnósticos de obstrucción del tracto urinario en la mujer, incluyendo disfunciones obstructivas de vaciado por prolapso.

La clínica fundamental es la sintomatología obstructiva-irritativa de diverso grado, desde moderada dificultad hasta retención aguda de orina, urgencia miccional, incontinencia de urgencia o micción involuntaria con rebosamiento.

La exploración uretral pone de manifiesto la dificultad o imposibilidad de sondaje. La cistouretrografía miccional demuestra en ocasiones un paso de contraste filiforme por la uretra con dilatación preestenótica mantenida. El estudio urodinámico permite demostrar en la flujometría libre un flujo miccional disminuido con o sin residuo postmiccional. La cistomanometría comúnmente demuestra contracciones involuntarias del detrusor, a veces con micción involuntaria. El test presión detrusor/flujo miccional puede demostrar en estos casos presión alta con flujo bajo como en la obstrucción del varón o ausencia de contracción del detrusor sin conseguir evacuación urinaria. Es frecuente la micción descompensada con residuo postmiccional. También pueden presentarse presiones del detrusor normales con flujo bajo, con o sin prensa abdominal.

El tratamiento de la estenosis uretral en la mujer es complejo. Las dilataciones uretrales si bien consiguen alivio temporal, no suelen solucionar el problema, retornando frecuentemente la sintomatología obstructiva. Presentamos nuestra experiencia en tres casos clínicos de uretroplastia con mucosa vaginal, por estenosis uretral con un seguimiento a más de un año, no habiendo presentado re-estenosis ni incontinencia urinaria posterior. En uno de los casos se precisa una dilatación uretral cada 6 meses.

P - 9 RESOLUCIÓN ENDOSCÓPICA DE URETEROCELE CON LITIASIS

*Moreno, F., Ferrero, R., Calatrava, S., Garcia, F., Gassó, M., Díaz, E.
Hospital Francisco de Borja. Gandía*

INTRODUCCION: El Ureterocele es un padecimiento congénito de las vías urinarias que se caracteriza por agrandamiento del segmento submucoso del uréter terminal. Se puede observar a cualquier edad, siendo más frecuente en el niño y el adulto joven, así como predominio en la mujer (70%) y en un 25% de los casos se asocia a litiasis en su interior.

Desde el punto de vista diagnóstico, pronóstico y terapéutico existen 2 tipos de ureteroceles:

- Del niño: Constituye una malformación congénita con peor pronóstico y tratamiento más complejo.
- Del adulto: se trata de una malformación leve, de mejor pronóstico y posibilidades de resolución más simples.

MATERIAL Y METODO: Presentamos el caso de una paciente de 34 años que acudió a urgencias por síndrome miccional intenso que no mejoraba con tratamiento antibiótico. Como antecedentes urológicos presentó cuadro de ITUS hace un año observando en la UIV litiasis 0,4cm en Riñón I y ureterocele izquierdo del adulto, sin ectasias y resto del TUS y TUI normal. En nuestra Consulta se realizó una ecografía y se observó ureterocele ocupado con gran litiasis 1,2cm.

TRATAMIENTO: Mediante cirugía endoscópica con asa de Collins se realiza incisión unilateral oblicua sobre meato ureteral izquierdo y extracción endoscópica con pinzas de cálculos.

CONCLUSION: La paciente actualmente se encuentra asintomática tras el seguimiento de 6 meses y sin evidencia radiológica de litiasis y reflujo.

En el caso descrito la ecografía demostró claramente la presencia de ureterocele complicado con litiasis. La cirugía endoscópica es una técnica muy sencilla, con resolución rápida y al alcance de todos.

P - 10 TRATAMIENTO DEL REFLUJO VESICoureTERAL

*Ordoño, F., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., Sánchez, F., De La Torre, L., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia*

INTRODUCCION: En el siguiente trabajo, presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico del reflujo vesicoureteral, mediante la inyección submeatal de Macroplastique®. Se trata de una técnica sencilla y que presenta menor morbilidad que las técnicas quirúrgicas clásicas, obteniéndose unos resultados similares.

MATERIAL Y METODO: Entre junio de 2001 y diciembre de 2002, se han realizado 19 implantes en nuestro servicio de dicho material en 19 reflujo vesicoureterales, uni y bilaterales en 12 niños con edades comprendidas entre 1 año y 11 años, mediante inyección submeatal de Macroplastique®, controlándose a los seis meses mediante ecografía, cistografía isotópica y sedimento, anormales y urinocultivo.

RESULTADOS: De los doce pacientes, 9 (75%) eran mujeres, y 3 (25%) varones. De ellos 7 (58.3%) presentaban reflujo vesicoureteral bilateral, 3 (25%) reflujo de uréter derecho, y 2 (16.7%) de uréter izquierdo. De los 19 uréteres intervenidos, 7 (36.8%) reflujo de grado II, 5 (26.3%) reflujo de grado III, 6 (31.6%) reflujo de grado IV y 1 (5.3%) reflujo de grado V. Tras la primera revisión de los pacientes postimplante mediante cistografía isotópica en 9 (75%) de los pacientes intervenidos no se observa reflujo vesicoureteral, y 3 (75%) de ellos están pendientes de la realización de la cistografía isotópica a la conclusión de este estudio por la reciente intervención de dichos pacientes.

CONCLUSIONES: El reflujo vesicoureteral es una patología más frecuente en el sexo femenino. Se considera la técnica de la inyección submeatal con Macroplastique® como una técnica de sencilla realización, con porcentajes de éxito comparables a la cirugía abierta, con la posibilidad de una segunda inyección submeatal si fracasa la primera, y como una técnica de menor coste por su menor morbilidad en relación a la cirugía abierta así como, la necesidad de una menor estancia hospitalaria, siendo ésta habitualmente menor de 36 horas.

P - 11 URETEROCELE LITIÁSICO. MANEJO ENDOSCÓPICO

*Romero, A., Tello, C., García, J., Cruces De Abia, F., Jiménez, J.M., Moreno, E.
Hospital de la Vega Baja. Orihuela.*

PRESENTACIÓN ICONOGRÁFICA DEL MANEJO TERAPEUTICO DEL URETEROCELE LITIÁSICO MEDIANTE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS Y LITOTRIZIA «IN SITU».

Sábado, 22 de febrero de 2003

9.30 Mesa 6 **PATOLOGÍA TUMORAL FEMENINA**

Moderadores, Drs. Solsona Narbón, E. y Fontana Compiano, Ó.
Secretario, Dr. Server Pastor, G.

C - 22 DIFERENCIAS DE GENERO EN EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE

LOS TUMORES VESICALES

Server, G. López Cubillana, P., Cao E., López López, A.I., Nicolás, J.A., García Hernández, J.A., Gómez, G., Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

C - 23 EPIDEMIOLOGÍA Y RAZÓN DE MASCULINIDAD DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL

Pacheco, J.J., Alapont, J.M., Bonillo, M.A., Palmero, J.M., Ruiz, J.L., Pontones, J.L., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

C - 24 LA CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJERES CON TUMORES VESICALES

Solsona, E., Iborra, I., Ricós, J.V., Monrós, J.L., Dumont, R., Rubio, J., Casanova, J.
Instituto Valenciano de Oncología. Valencia

C - 25 TUMORES VESICALES EN LAS MUJERES JÓVENES. NUESTRA EXPERIENCIA

Queipo, J.A., Chicote, F., Borrell, A., Beltrán, J.F., Esteve, J., Sánchez, P., Martínez, B., Pastor, F.
Hospital de Sagunto

C - 26 GÉNERO FEMENINO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS TUMORES RENALES

García, F., Tomás, M., Rico, J.L., Sempere, A., Morga, J.P., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia

C - 27 SEMINOMA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA COMPLETA

Mola, M.J., Sala, A., Gómez-Ferrer, A., Gonzalvo, V., Navarro, J.A., Canto, E., Llopis, B., Polo, A.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva

C - 22 DIFERENCIAS DE GENERO EN EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LOS TUMORES VESICALES

Server, G. López Cubillana, P., Cao E., López López, A.I., Nicolás, J.A., García Hernández, J.A., Gómez, G., Pérez, Albacete, M.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN:

Nuestro objetivo es comparar tipo histológico, el grado y el estadio de los tumores vesicales primarios y no primarios en ambos sexos.

PACIENTES Y METODO:

Se revisaron los informes de anatomía patológica de 991 pacientes resecaados entre enero/92 y noviembre/2000. Se estudiaron las diferencias en tipo, grado y estadio entre ambos sexos, realizando test de Chi-cuadrado para valorar las diferencias encontradas.

RESULTADOS:

La relación hombre/mujer fue 6'5/l para el total de las resecciones, y de 6'2/l en el caso de los tumores primarios. No se encontraron diferencias significativas en el grado, ni en el total de las resecciones ni en los tumores primarios. En el estadio si que se aprecio que las mujeres tenían estadios mas bajos, resultando estadísticamente significativos el mayor numero de tumores Ta y el menor numero de T2.

La relación hombre mujer en los tumores no uroteliales resulto 3/1, el doble casi en el caso de las formas uroteliales.

CONCLUSIONES:

Pese a que en la literatura europea y norteamericana parece existir un consenso sobre la mayor agresividad y peor pronostico del tumor vesical en la mujer, en nuestra estadística no solo no podemos afirmar este extremo, si no que mas bien encontramos la situación contraria ¿diferencias raciales?, ¿de tabaquismo?.

C - 23 EPIDEMIOLOGÍA Y RAZÓN DE MASCULINIDAD DEL TUMOR VESICAL SUPERFICIAL

Pacheco, J.J., Alapont, J.M., Bonillo, M.A., Palmero, J.M., Ruíz, J.L., Pontones, J.L., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga es mucho menos frecuente en mujeres que en varones, con una razón de masculinidad en países occidentales de larga tradición industrial de 3:1, con una incidencia máxima durante la 6ª-7ª década de la vida. Estudios epidemiológicos realizados en nuestro medio demuestran una discordancia en la razón de masculinidad, siendo superior a la observada en el resto de países occidentales.

MATERIAL Y METODOS: Hemos realizado un estudio descriptivo, en el que de forma retrospectiva se han incluido todos los pacientes diagnosticados de tumor vesical superficial entre Enero de 1995 y Enero del 2000 con un seguimiento mínimo de 12 meses, excluyendo los tumores considerados de alto riesgo (G3 y CIS). Estudiamos la razón de masculinidad global y su evolución temporal por grupos de edad (<44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, >75), así como, el número de recidivas en función del sexo, número, tamaño y grado histológico. Hemos comparado la razón de masculinidad con los datos de un estudio previo realizado en nuestro centro.

RESULTADOS: En estos 5 años hemos tratado 812 pacientes, de los cuales fueron evaluables para nuestro estudio 554 pacientes (462 varones y 92 mujeres), siendo la razón de masculinidad total de 5:1. Edad media de 64.3 años (64.2 en varones y 65 en mujeres) con rango 30-94.

	<44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	>75	TOTAL
Varones	17	17	53	58	77	88	70	82	462
Mujeres	9	7	9	6	8	9	19	25	92
Razón	1.88	2.42	5.88	9.66	9.62	9.77	3.68	3.28	5.02

Si subdividimos en tres grupos: <50 años, 50-70 años y >70 años, observamos que la razón de masculinidad es de 2.12, 8,86 y 3.45 respectivamente.

Las recidivas fueron más frecuentes en tumores múltiples, >3cm y recidivados tanto en hombres como en mujeres.

CONCLUSIONES: El tumor vesical superficial sigue siendo en nuestro medio mucho menos frecuente en mujeres que en varones. Asimismo, la distribución de la razón de masculinidad no es homogénea a lo largo de la vida, tendiendo a igualarse la relación hombres/mujeres en la 3ª-4ª década de vida, debido probablemente a la menor influencia de los factores carcinogénicos externos, y siendo el predominio masculino máximo durante la 5ª-6ª décadas. Si comparamos con estudios previos, observamos una disminución de la razón de masculinidad en pacientes menores de 50 años, permaneciendo estable en la 5ª-6ª década de vida.

C - 24 LA CISTECTOMÍA RADICAL EN MUJERES CON TUMORES VESICALES

*Solsona, E., Iborra, I., Ricós, J.V., Monrós, J.L., Dumont, R., Rubio, J., Casanova, J.
Instituto Valenciano de Oncología. Valencia*

INTRODUCCION. La cistectomía radical es el tratamiento de elección en pacientes con tumores vesicales infiltrantes, en los cuales el estadio patológico local y la afectación ganglionar son los factores pronósticos más reconocidos. Sin embargo, el sexo se ha colado en algunos estudios también como factor pronóstico. En ellas se analizan distintas características clínicas, patológicas, morbilidad y supervivencia comparadas con las 352 llevadas a cabo en hombres.

RESULTADOS. Entre mujer y hombre, no se observan diferencias respecto a las características clínicas (edad, carácter recidivante, tamaño, morfología, número), tampoco respecto al estadio clínico, grado y motivo de indicación de la cistectomía. La morbilidad fue superior en las mujeres incluida la mortalidad operatoria, pero sin alcanzar la significación estadística. Asimismo no se objetivaron diferencias respecto al estadio patológico (tumores superficiales, invasivos órgano-confinados y no órgano-confinados), la asociación a carcinoma in situ ni el porcentaje de tumores no transicionales. Sin embargo, la incidencia de adenopatías positivas fue superior en la mujer ($p > 0.05$) así como las tasas de progresión y mortalidad específica ($p < 0.05$). En análisis multivariados tanto el general como otros específicos para evaluar determinados aspectos parciales, el sexo no entro en el modelo matemático.

CONCLUSIONES. No se observan diferencias en cuando a las características clínicas y patológicas de las mujeres respecto de los hombres, por lo el sexo parecer ser un factor pronóstico, sin embargo el tener una casuística reducida de mujeres, en nuestra serie, esto no se confirma definitivamente.

C - 25 TUMORES VESICALES EN LAS MUJERES JÓVENES. NUESTRA EXPERIENCIA

*Queipo, J.A., Chicote, F., Borrell, A., Beltrán, J.F., Esteve, J., Sánchez, P., Martínez, B., Pastor, F.
Hospital de Sagunto*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los tumores vesicales constituyen el 4% de todos los tumores malignos en las mujeres, siendo mucho menos frecuente en el grupo de mujeres jóvenes (< 50 años). Nuestro objetivo es analizar los factores epidemiológicos y su patobiología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los tumores vesicales en mujeres de edad inferior a 50 años, tratados en nuestro hospital en los últimos 12 años (periodo 1990-2002). Hemos analizado los posibles factores epidemiológicos relacionados con su génesis (tabaco, factores ocupacionales, antecedentes familiares, etc), además de su forma de presentación y evolución clínica.

RESULTADOS: Un total de 13 mujeres presentaron un tumor vesical, frente a 41 casos en varones menores de 50 años. La edad media fue de 43,8 +/- 6,2 años (rango: 28 - 49). No encontramos factores de riesgo ocupacionales. 8 pacientes eran fumadoras. De las no fumadoras, 2 eran hermanas y otra tuvo posteriormente un carcinoma de mama. La presentación clínica más frecuente fue la hematuria (10 casos). En el momento del diagnóstico 11 pacientes presentaban un estadio pTa-pT1, G1-2, y los dos restantes fueron un T2G3 y un carcinoma de uraco. Se administraron instilaciones intravesicales en 8/11, realizando QT (M-VAC) y cistectomía + Mainz II en el tumor infiltrante y exéresis radical con poliquimioterapia en el carcinoma de uraco. Recidiva hubo solo en 3 de los 11 tumores superficiales, ninguna en progresión, con un tiempo medio de seguimiento de 86 meses (rango: 19-124). La paciente afecta de carcinoma uracal falleció a los 18 meses del diagnóstico y la sometida al Mainz II no ha sufrido recidiva tras 98 meses de seguimiento.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, son tumores poco frecuentes, que se diagnostican precozmente, a pesar de que su principal forma de manifestación (hematuria) puede ser atribuible a una infección urinaria. Se asocia a menudo con el tabaco y posibles influencias genéticas. Su comportamiento biológico, salvo excepciones, es muy benévolo.

C - 26 GÉNERO FEMENINO COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LOS TUMORES RENALES

*García, F., Tomás, M., Rico, J.L., Sempere, A., Morga, J.P., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia*

INTRODUCCION: Dentro de los tumores renales malignos el carcinoma de células claras es el más frecuente (90%), con una incidencia de 4-5/100000 habitantes en el hombre y 1,5-2,5/100000 habitantes en la mujer.

OBJETIVO: Valorar si el sexo femenino influye como factor pronóstico en los tumores renales.

MATERIAL Y METODOS: De los 146 tumores que han tenido por localización anatómica el riñón a lo largo de un periodo comprendido entre 1989 a 2002, revisamos de forma retrospectiva los 68 casos de tumor de células claras intervenidos mediante nefrectomía radical o parcial, atendiendo a los diferentes factores que pueden influir en su supervivencia como pueden ser estadio o sexo.

Se analizan dichos factores por medio de χ^2 de Pearson para variables cualitativas con nivel de confianza de un 95%, realizándose análisis multivariante para ver en que medida el género es factor pronóstico en estos pacientes. Realizamos una revisión de la literatura.

RESULTADOS: La edad media fue de 61 años, rango (21-83), con un total de 47 hombres y 21 mujeres (2:1). El estadio fue PT1 en el 40%, PT2 en el 28%, PT3 en el 32%; siendo N0 el 80%, N1 el 0% y N2 el 20%.

Además del estadio el análisis del periodo de tiempo hasta la recidiva o muerte tumor dependiente es correlacionada con el género, encontrándose que el ser mujer puede ser un factor pronóstico favorable de forma estadísticamente significativa (P menor 0,05).

CONCLUSIONES: El pronóstico es mejor en caso de género femenino, siendo esto según la literatura causado por presentar estadios más bajos.

C - 27 SEMINOMA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA COMPLETA

*Mola, M.J., Sala, A., Gómez-Ferrer, A., Gonzalvo, V., Navarro, J.A., Canto, E., Llopis, B., Polo, A.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva*

INTRODUCCIÓN: El síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos es la forma más frecuente de pseudohermafroditismo masculino. Los individuos afectados presentan fenotipo femenino sin ambigüedad sexual pero con cariotipo 46 XY. En este síndrome la frecuencia de malignización de los testículos aumenta progresivamente con la edad, de ahí la importancia del diagnóstico precoz.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 35 años que consultó por aumento de tamaño rápido de masa inguinal izquierda. La ecografía inguinal informó de tumoraciones inguinales sólido-quísticas bilaterales, de mayor tamaño en el lado izquierdo y con vascularización. El TAC reveló ausencia de genitales internos femeninos. El cariotipo fue 46 XY. Se intervino a la paciente practicándose tumorectomía inguinal más herniorrafia según Bassini. La anatomía patológica de la masa izquierda fue de tumor maligno de células germinales (seminoma) de tipo clásico. La masa derecha fue informada como gónada masculina histológicamente concordante con testículo no descendido.

CONCLUSIONES: Pese a su escasa frecuencia de presentación, el diagnóstico de síndrome de insensibilidad androgénica completa debe ser tenido en cuenta siempre que una paciente consulte por amenorrea primaria (tercera causa en frecuencia) o ante un lactante del sexo femenino que presente hernia inguinal. El diagnóstico precoz es deseable tanto desde el punto de vista psicológico y de consejo genético para los padres, como para un correcto control de las gónadas. La gonadectomía debe retrasarse hasta la edad adulta para permitir una correcta feminización dada la escasa frecuencia de malignización antes de los 30 años.

P - 12 ADENOCARCINOMA RENAL EN PACIENTE JOVEN

*Cánovas, J.A., Cao, E., Server, G., López López, A.I., Nicolás, J.A., Tornero, J., Pérez Albacete M.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia*

INTRODUCCIÓN: Esta neoplasia evidencia ciertas particularidades diagnósticas, terapéuticas y básicas que le confieren todo su interés y actualidad. Este tumor, el adenocarcinoma renal, puede, en la actualidad detectarse de forma precoz con las técnicas de imagen, que confieren a la triada sintomática un interés histórico. El tratamiento conservador parece posible para ciertos tumores de pequeño tamaño, con resultados comparables a los de la nefrectomía radical, que no fue posible en nuestro caso por el tamaño del tumor. Asimismo, la biología molecular ha puesto de manifiesto ciertas alteraciones citogenéticas que pueden tener un papel fundamental en determinados genes tumorales, que parece ser una hipótesis en nuestro caso dada la corta edad de nuestra paciente.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso clínico de una enferma de 18 años de edad que tras ser ingresada con el diagnóstico de masa renal a estudio en función de los resultados de los estudios de imagen (Radiografía Simple de Abdomen, Ecografía y T.A.C.) se le practica nefrectomía radical y linfadenectomía retroperitoneal, suprarrenalectomía y excisión de masa paraespinal. El estudio anatomopatológico nos demuestra que se trata de un adenocarcinoma renal de células claras grado II de Fuhrman que no infiltrante La masa paraespinal parece corresponder a un tumor epitelial (probable metástasis) La enferma pasa a Oncología Médica para su control y seguimiento. Incluimos una breve discusión e imágenes

P - 13 MASA RENAL EN MUJER DE 27 AÑOS

*García, F., Tomás, M., Rico, J.L., Sempere, A., Morga, J.P., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia*

Presentamos el caso de una paciente de 27 años de edad sin antecedentes de interés que presenta cuadro vegetativo y anemia importante, por lo que es vista en el servicio de urgencias, donde se le palpa gran masa desde flanco hasta hipocondrio, que la paciente no había notado a pesar de estar delgada.

Mostramos las exploraciones complementarias y la pieza quirúrgica con adenopatías de más de 10 cm de diámetro.

Sábado, 22 de febrero de 2003

- 11.00 Pausa Café**
- 11.30 Mesa 7 PATOLOGÍAS FEMENINAS VARIAS**
Moderadores, Drs. Moreno Pérez, F. y Miñana López, B.
Secretario. Dr. Rigabert Montiel, M.
- C - 28 R.M.N. EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA UROGINECOLÓGICA**
Tomás, M, Fuster, M, García, F, Sempere, A, Morga, J.P, Rico, J.L, Fontana, Ló.
Hospital General Universitario. Murcia
- P - 15 USO DE LA R.N.M. EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA URETRAL FEMENINA. A PROPÓSITO DE UN CASO**
Beltrán, J., Arrufat, J.M., Cervelló, E., Gallego, J.
Hospital General. Castellón de la Plana
- C - 29 DIVERTÍCULOS DE URETRA FEMENINA**
Bañón, V., Valdevira, P., Moreno, J., Olmos, L., Soler, J., Cervell, J.M., García López, R.
Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena
- P - 16 DIVERTÍCULOS URETRALES FEMENINOS. DIAGNÓSTICO DE IMAGEN**
Tomás, M., Fuster, M., García, F., Sempere, A., Morga, J.P., Rico, J.L., Fontana, L.Ó.
Hospital General Universitario. Murcia
- P - 17 DIVERTÍCULO DE URETRA FEMENINA. NUESTRA EXPERIENCIA**
Tramoyeres, A, Cánovas, J.A, Sánchez, F, De La Torre, L., Ordoño, F., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia
- P - 18 ESTUDIO DE ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA DE LA LITIASIS VESICAL FEMENINA**
Sánchez, F., Tramoyeres, A., Cánovas, J.A., De La Torre, L., Ordoño, F., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia
- P - 19 UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN LA MUJER ILUSTRADA EN CUATRO CASOS CLÍNICOS**
Romero, P., Melenciano, F.J., Rafie, W., Amat, M.
Hospital de la Marina Alta. Denia
- P - 20 HEMATURIA SEVERA SECUNDARIA A AMILOIDOSIS VESICAL**
Palmero, J.L., Budía, A., Pacheco, J.J., Bonillo, M.A., Alapont, J.M., Hernández, M., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- P - 21 ENDOMETRIOSIS VESICAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS**
Montaner, M.J., Alapont, J.M., Pacheco, J.J., Alonso, M., Ribas, F., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- P - 22 RETENCIÓN AGUDA DE ORINA POR HEMATOCOLPOS ASOCIADO ASOCIADO A ÚTERO DIDELFO Y AGENESIA RENAL IPSILATERAL**
Pacheco, J.J., Alapont, J.M., Montaner, M.J., Bonillo, M.A., Broseta, E., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- P - 23 DOLOR RENOURTERAL COMO PRESENTACIÓN DE MASA ANEXIAL COMPLEJA**
García, J., Tello, C., Romero, A., Jiménez, J.M., Cruces de Abía, F., Moreno, E.
Hospital de la Vega Baja. Orihuela

C - 28 R.M.N. EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA UROGINECOLÓGICA

*Tomás, M, Fuster, M, García, F, Sempere, A, Morga, J.P, Rico, J.L, Fontana, Ló.
Hospital General Universitario. Murcia*

INTRODUCCIÓN: El estudio por imagen de la patología urológica femenina se suele realizar por ECO y TC. La RMN desde su aparición ha hecho importantes aportaciones diagnósticas en las enfermedades uroginecológicas.

OBJETIVOS: Valorar la utilidad de la RMN en el diagnóstico de la patología urológica femenina y ginecológica relacionada. Con especial referencia a los trastornos del área uretral y genital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza una revisión de las indicaciones y los hallazgos de la RMN de pacientes que presentaban o patología urológica típicamente femenina (renal, suprarrenal, congénita, litiásica, neoplásica etc.) o enfermedad ginecológica en relación con el aparato urinario. Se describen con detalle los hallazgos de aquellos casos de patología uretral, vaginal, vulvar, uterina y ovárica donde la RMN se convierte en la exploración que aporta la mayor información. Se realiza una revisión bibliográfica sobre el tema.

RESULTADOS: El gran poder de resolución y la capacidad para discernir entre los diferentes tejidos y la posibilidad de estudios multiplanares permite la identificación exacta de las estructuras del aparato urinario y su relación con los diferentes procesos patológicos. Los estudios en T2 precisan la vía urinaria aún en ausencia de contraste, mientras que los realizados en T1 con supresión grasa facilitan la valoración de los planos de separación, disciernen entre hemorragia o no, y los hace muy útiles en patología neoplásica (clasificación de la FIGO). Los estudios con resonancia de las enfermedades de la uretra, la vulva y la encrucijada cervico-vesico-vaginal son de la primera elección y también puede suponer una gran aportación en el estudio de las disfunciones del suelo pélvico

P - 15 USO DE LA R.N.M. EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA URETRAL FEMENINA. A PROPÓSITO DE UN CASO

*Beltrán, J., Arrufat, J.M., Cervelló, E., Gallego, J.
Hospital General. Castellón de la Plana*

Las técnicas de imagen utilizadas habitualmente para el diagnóstico de patología uretral femenina son la cistouretrografía miccional, cistoscopia, ecografía transvaginal y en ocasiones la RMN pélvica.

Presentamos el caso de una mujer de 49 años con patología uretral diagnosticada tras la realización de una RNM pélvica.

Expondremos la utilidad de la RNM pélvica en aquellos casos en que las técnicas clásicas de diagnóstico para este tipo de patología no nos faciliten el diagnóstico de certeza.

C - 29 DIVERTÍCULOS DE URETRA FEMENINA

*Bañón, V, Valdelvira, P, Moreno, J, Olmos, L., Soler, J., Cervell, J.M., García López, R.
Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena*

Los divertículos de uretra femenina se dan con mayor frecuencia que en el sexo masculino. Sus características morfológicas, posición anatómica y repercusión clínica van a condicionar el tratamiento.

Presentamos cinco casos acontecidos en mujeres con una comprendida entre los 39 y 63 años. La clínica predominante fué de carácter irritativo. El tratamiento consistió en la exéresis de los mismos vía vaginal.

P - 16 DIVERTÍCULOS URETRALES FEMENINOS. DIAGNÓSTICO DE IMAGEN

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

Presentamos tres casos de divertículos uretrales femeninos donde la RMN fue esencial en el diagnóstico por imagen.

P - 17 DIVERTÍCULO DE URETRA FEMENINA. NUESTRA EXPERIENCIA

*Tramoyeres, A, CÁnovas, J.A, Sánchez, F, De La Torre, L., Ordoño, F., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia*

El divertículo uretral es una cavidad desarrollada a partir de la uretra, que está compuesta por todas sus capas. Su etiología es congénita, mas frecuente en pacientes jóvenes, y adquirida.

Se clasifican atendiendo a su localización en uretra proximal, media y distal.

Clínicamente presentan síndrome miccional irritativo, goteo postmiccional y dispareunia.

Frecuentemente se acompañan de infección urinaria de repetición, hematuria o piuria.

El diagnóstico se basa en una historia clínica detallada, seguida de una exploración genital, que se completará con uretrrocistoscopia y uretrrocistografía.

El tratamiento puede ser conservador si no aparecen factores de riesgo, o quirúrgico si presenta litiasis, abscesificación, o degeneración tumoral.

Presentamos la casuística que hemos observado en nuestro servicio en los últimos cinco años, compuesto por cuatro mujeres con edades comprendidas entre los 34 y los 69 años. Se ha realizado un seguimiento entre 50 meses y 8 meses.

Todos ellos fueron tratados quirúrgicamente. Uno por vía transuretral y tres por vía vaginal.

P - 18 ESTUDIO DE ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA DE LA LITIASIS VESICAL FEMENINA

*Sánchez, F, Tramoyeres, A., CÁnovas, J.A., De La Torre, L., Ordoño, F., López, E., Zaragoza, J.
Hospital General Universitario. Valencia*

INTRODUCCIÓN: La litiasis vesical femenina es infrecuente siendo los factores predisponentes en su génesis las infecciones, distopias genitales, cálculos secundarios, cuerpos extraños, iatrogenia y la disinergia del detrusor.

OBJETIVOS: Se evalúa la etiología de estas litiasis por su escasa incidencia así como la evolución ulterior.

MATERIAL Y MÉTODOS: Sobre un total de 206 casos de litiasis vesical recogidos en un periodo de 12 años se han seleccionado los presentados en mujeres (16 casos) agrupándolos por edad, etiología y composición-tamaño de la masa litiásica.

RESULTADOS: En la edad pediátrica encontramos 2 casos (un cálculos en niña con reflujo vesicoureteral y otro con mielomeningocele). En la edad adulta hallamos 14 casos: 4 de ellos tenían su origen en punto de sutura tras uretropexia tipo Burch, 2 por disinergia del detrusor, 3 secundarios a obstrucción por cistocele, 1 paciente tras 20 años de haberse realizado enterocistoplastia y 4 casos originados en la vía superior. El tratamiento etiológico, cuando fue posible, se mostró como elemento suficiente para prevenir nuevos episodios litiásicos.

CONCLUSIONES: La causa principal de la litiasis vesical femenina es la presencia de suturas intravesicales en pacientes a las que se les ha practicado cirugía ginecológica previa. En cuanto a la composición de la masa litiásica existe una mayor proporción de origen infeccioso con respecto a las de origen renal. El tratamiento etiológico, cuando fue posible, se mostró como elemento suficiente para prevenir nuevos episodios litiásicos.

P - 19 UROPATÍA OBSTRUCTIVA EN LA MUJER ILUSTRADA EN CUATRO CASOS CLÍNICOS

Romero, P., Melenciano, F.J., Rafie, W., Amat, M.
Hospital de la Marina Alta. Denia

INTRODUCCIÓN: En la mujer la uropatía obstructiva debida a obstrucción infravesical depende predominantemente de causas genitales, y en menor proporción urinarias.

Las consecuencias fisiopatológicas de esta obstrucción podrían variar en severidad, ocasionando desde una leve disuria, hasta una grave ureterohidronefrosis con uremia, pasando por la retención aguda de orina y la retención crónica.

CASOS CLÍNICOS: En este minipóster se presentan 4 casos de obstrucción urinaria infravesical en la mujer, se ilustran sus causas y las distintas consecuencias fisiopatológicas de la uropatía obstructiva del tracto urinario inferior sobre el resto del sistema urinario.

Estos 4 casos clínicos tan peculiares e independientes, han sido seleccionados de nuestro trabajo asistencial de los últimos años.

Su principal interés radica en la infrecuente presentación clínica y completa documentación iconográfica.

	<u>Edad</u>	<u>Etiología</u>	<u>Consecuencia fisiopatológica</u>	<u>Tratamiento</u>
Caso nº 1	29	Quiste de Skene	Disuria	Exéresis
Caso nº 2	19	Hematoma genital	Retención aguda orina	Sondaje - Drenaje
Caso nº 3	82	Cáncer genital	Retención crónica orina	Sondaje
Caso nº 4	77	Distrofia vulvar	Retención crónica con distensión Divertículos vesicales múltiples Ureterohidronefrosis bilateral Insuficiencia renal	Cistostomía Meatoplastia Hormonoterapia

COMENTARIOS: La uropatía obstructiva por obstrucción infravesical en la mujer, a diferencia de la del hombre, es una manifestación clínica infrecuente.

De los casos clínicos aportados existen escasas referencias en la literatura nacional.

Disponer de la iconografía suficiente en estos casos tan poco comunes nos ha animado a presentarlos.

P - 20 HEMATURIA SEVERA SECUNDARIA A AMILOIDOSIS VESICAL

Palmero, J.L., Budía, A., Pacheco, J.J., Bonillo, M.A., Alapont, J.M., Hernández, M., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: La afectación vesical en la amiloidosis es poco frecuente y son menos de 100 los casos publicados, siendo posible distinguir entre formas vesicales primarias y amiloidosis sistémicas con afectación vesical (formas secundarias). Dentro de esta segunda entidad se engloba el caso que presentamos, señalando que, dentro de la rareza de estos procesos, la afectación vesical en las amiloidosis sistémicas se ha descrito en un porcentaje muy inferior respecto al de las formas primarias (12,8 % vs 87,2%). La hematuria es el síntoma más frecuente, siendo superior la incidencia de ésta en los casos amiloidosis sistémicas con afectación vesical secundaria.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de una mujer de 72 años, con Artritis Reumatoide de larga evolución, que en el postoperatorio inmediato de una laparotomía media por perforación intestinal secundaria a una colonoscopia iatrogénica, presentó un cuadro de severa hematuria que precisó de tratamiento quirúrgico definitivo tras el fracaso de las medidas conservadoras. Aportamos las exploraciones complementarias realizadas para alcanzar el diagnóstico, así como, los resultados de la anatomía patológica que demostraron la presencia de depósitos extracelulares de material amiloide mediante técnicas de inmunohistoquímica (inmunoperoxidasa). Realizamos una revisión de la literatura al respecto.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de amiloidosis vesical debe ser tenido en cuenta en aquellos pacientes con procesos inflamatorios o infecciosos crónicos que presenten hematuria y/o síndrome miccional irritativo. Éste requerirá de exploración endoscópica vesical y toma de biopsias, estableciendo el estudio histopatológico el diagnóstico definitivo. Es necesario seguimiento estrecho de los pacientes, mediante cistoscopias de control debido al carácter recurrente que en ocasiones tiene la enfermedad.

P - 21 ENDOMETRIOSIS VESICAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Montaner, M.J., Alapont, J.M., Pacheco, J.J., Alonso, M., Ribas, F., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: La endometriosis es la presencia de tejido endometrial fuera de su localización habitual que es la cavidad uterina. Este tejido es similar al endometrio normal tanto en sus características anatómicas como funcionales. Su etiología es desconocida y multifactorial. Aunque la enfermedad afecta hasta un 15% de las mujeres en edad fértil, la afectación de la vía urinaria es escasa (1-11%) implicando sobre todo a la vejiga en más del 80% de los casos. Es una patología poco frecuente habiéndose documentado pocos casos (alrededor de unos 300) de endometriosis de la vía urinaria.

Presentamos dos casos clínicos diagnosticados en nuestro centro de endometriosis vesical.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre los años 1993-2002 hemos tratado en nuestro centro dos casos de endometriosis vesical con una media de edad de 43. Seguimiento posterior mínimo anual durante cinco años. El tratamiento de las lesiones vesicales fue mediante resección transuretral.

RESULTADOS: La clínica que presentaban las pacientes fue de hematuria cíclica en un caso y dolor hipogástrico con dismenorrea en el otro. Ambas se diagnosticaron mediante Ecografía ginecológica y cistoscopia. El tratamiento ofrecido a las pacientes fue la resección transuretral de vejiga de las lesiones acompañadas de un tratamiento hormonal posterior (inhibidor de GnRh y Anticonceptivos orales) durante un año para evitar recidivas.

Tras la intervención, las pacientes llevan 5 y 3 años respectivamente sin recaída de la enfermedad.

CONCLUSIONES: En el tratamiento de las lesiones vesicales de la endometriosis se puede practicar una RTU de vejiga o fulguración mediante láser Nd-Yag, con buenos resultados a largo plazo. También se puede realizar una cistectomía parcial si son implantes vesicales de gran tamaño o si se opta por una cirugía abierta para tratamiento de otros endometriomas. Es imprescindible el tratamiento hormonal posterior para evitar recaídas.

P - 22 RETENCIÓN AGUDA DE ORINA POR HEMATOCOLPOS ASOCIADO ASOCIADO A ÚTERO DIDELFO Y AGENESIA RENAL IPSILATERAL

Pacheco, J.J., Alapont, J.M., Montaner, M.J., Bonillo, M.A., Broseta, E., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia

INTRODUCCIÓN: La retención urinaria aguda por hematocolpos compresivo es una forma excepcional de presentación del síndrome polimalformativo causado por fallo en la fusión de los conductos müllerianos, y que se caracteriza por útero didelfo, vagina doble (una de ellas con hematocolpos) y agenesia renal unilateral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de una mujer de doce años, sin antecedentes clínicos de interés, que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de ausencia de emisión de orina de doce horas de evolución, con sensación de peso suprapúbico.

RESULTADOS: A la exploración física presenta globo vesical, con obtención de 600 ml de orina tras sondaje. A la exploración vaginal se aprecia masa violácea que abomba la pared anterior y lateral izquierda de la vagina. En la ecografía abdominal se aprecia masa de 13x19x10 cm por debajo de la vagina, de contenido líquido y en endometrio doble. En la urografía intravenosa ausencia de eliminación del riñón izquierdo con riñón derecho normal. Con diagnóstico de hematocolpos, útero doble y agenesia renal unilateral se realiza incisión del tabique vaginal drenando hematocolpos de 500 ml de sangre achocolatada, quedando la paciente asintomática.

CONCLUSIONES: Aunque la agenesia renal unilateral, útero didelfo y hematocolpos se trata de una entidad extremadamente infrecuente, es necesario pensar en ella dentro del cuadro de diagnóstico diferencial del dolor abdominopélvico en mujeres jóvenes, con dismenorrea poco después de la menarquía que se acentúa con cada regla, ya que el retraso en su diagnóstico y tratamiento puede dañar la fertilidad al desarrollarse hematosalpingx.

P - 23 DOLOR RENOURTERAL COMO PRESENTACIÓN DE MASA ANEXIAL COMPLEJA

García, J., Tello, C., Romero, A., Jiménez, J.M., Cruces de Abía, F., Moreno, E.
Hospital de la Vega Baja. Orihuela

Presentación de un caso de masa anexial compleja con debut clínico como crisis renourteral que precisa derivación de la vía urinaria, y exploración quirúrgica, para su diagnóstico definitivo.

Sábado, 22 de febrero de 2003

13.00 Mesa 8

VÍDEOS

Moderadores, Drs. Pastor Sempere, F. y Murcia Valcárcel, A.
Secretario, Dr. García Hernández, J. A.

- V - 1 **RECONSTRUCCIÓN DE FÍSTULAS URINARIAS EN LA MUJER**
Alapont, J.M., Arlandis, S., Pacheco, J.J., Palmero, J.L., Alonso, M., Ruiz, J.L., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- V - 2 **PATOLOGÍA UROLÓGICA INFRECLENTE EN LA MUJER, GRAN DIVERTÍCULO URETRAL CON LITIASIS**
Alapont, J.M., Montaner, M.J., Pacheco, J.J., Palmero, J.L., Arlandis, S., Broseta, E., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia
- V - 3 **CUERPOS EXTRAÑOS INTRAVESICALES SECUNDARIOS A IATROGENIA UROGINECOLÓGICA**
Gonzalvo, V., Mola, M.J., Sala, A., Gómez-Ferrer, A., Navarro, J.A., Canto, E., Llopis, B., Polo, A.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva

14.30 Comida de trabajo, hotel NH Amistad

17.00 Asamblea de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana
Reunión informativa de la Asociación Murciana de Urología
Hotel NH Amistad

V-1 RECONSTRUCCIÓN DE FÍSTULAS URINARIAS EN LA MUJER

*Alapont, J.M., Arlandis, S., Pacheco, J.J., Palmero, J.L., Alonso, M., Ruiz, J.L., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia*

INTRODUCCIÓN: Una fístula urinaria es cualquier trayecto anómalo vehiculizador de orina a través de los distintos órganos y tramos que se originan en las vías urinarias. En general las series publicadas hasta la actualidad son escasas, siendo lo más frecuente encontrar casos clínicos aislados.

MATERIAL Y MÉTODOS: presentamos un vídeo que muestra 3 reconstrucciones urológicas diferentes para el tratamiento de fístulas urinarias, 2 de uréter distal y 1 vesico-vaginal.

Caso 1: paciente mujer de 72 años que en el postoperatorio de una resección anterior de recto presenta una fístula a nivel de uréter sacro derecho. Tras identificar el urinoma y aislar el uréter realizamos un reimplante ureteral con psoización vesical.

Caso 2: mujer de 55 años con estenosis de la UPU derecha y disminución de la función de ese riñón que tras tratamiento de carcinoma epidermoide de cervix (Werthein-Meigs) presenta una fístula en uréter distal izquierdo. Como en el caso anterior se intentó realizar un reimplante ureteral con psoización de la vejiga, pero desafortunadamente durante la disección del uréter se produjo una rotura de éste a nivel de la UPU. Dado que a la paciente no se le había realizado preparación intestinal, el cirujano, con gran experiencia en el trasplante renal, realizó un autotrasplante renal con anastomosis pielo-vesical.

Caso 3: paciente mujer de 39 años que tras cesárea es diagnosticada de una fístula vesico-vaginal. Realizamos exéresis completa de ésta por vía vaginal apoyados por una sonda balón de Fogarty que atraviesa todo el trayecto fistuloso hasta la vejiga y posterior cierre de ésta en 3 planos.

RESULTADOS: Describimos cada una de estas tres técnicas quirúrgicas, detallando los pasos más importantes de la reconstrucción.

V-2 PATOLOGÍA UROLÓGICA INFRECUEnte EN LA MUJER, GRAN DIVERTÍCULO URETRAL CON LITIASIS

*Alapont, J.M., Montaner, M.J., Pacheco, J.J., Palmero, J.L., Arlandis, S., Broseta, E., Jiménez Cruz, J.F.
Hospital Universitario La Fe. Valencia*

INTRODUCCIÓN: Un divertículo de uretra consiste en una cavidad neoformada a partir de la pared uretral que contiene todas las capas de la uretra y comunica con su luz. La incidencia en las mujeres se estima entre el 1-6% (92 casos publicados en la década de los 90). Generalmente se observa entre los 20 y 60 años de edad. La etiología es desconocida aunque la teoría más aceptada es la infección de las glándulas periuretrales. En el diagnóstico la historia clínica y la exploración física son muy importantes. Deben ser tratados quirúrgicamente cuando son grandes, molestos por su sintomatología o causantes de ITU de repetición.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una mujer de 48 años con antecedentes de nefrectomía izquierda por litiasis renal y legrado uterino por metrorragias que consulta por síndrome miccional irritativo e incontinencia de orina a moderados esfuerzos. La exploración física revela una masa dura en pared vaginal anterior y escapes de orina con el esfuerzo. Entre las exploraciones complementarias solicitadas destacan la CUMS y la cistoscopia que muestran un divertículo uretral de boca ancha con 1 gran cálculo en su interior; la urodinámica evidencia contracciones involuntarias del detrusor. Se efectúa una disección del divertículo y exéresis del mismo, con cierre primario del cuello diverticular y refuerzo de éste con un flap del propio divertículo. Además realizamos corrección de la incontinencia con uretrocervicosuspensión con agujas según técnica de Raz.

RESULTADO: A los 72 días de la intervención la uretroscopia muestra el cierre completo del divertículo y en la exploración ginecológica la paciente no tiene ningún escape con la tos. Tras 12 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática y sin incontinencia.

CONCLUSIONES: Los divertículos de uretra son infrecuentes en la mujer. La sospecha clínica es muy importante en su diagnóstico. Debemos realizar estudio urodinámico si existe incontinencia urinaria asociada. En el tratamiento quirúrgico debe tenerse en cuenta la posibilidad de tener que realizar una técnica anti-incontinencia y de reconstrucción uretral simultáneas. Las complicaciones postquirúrgicas no son infrecuentes por lo que este tratamiento debe realizarse en los casos sintomáticos.

V-4 CUERPOS EXTRAÑOS INTRAVESICALES SECUNDARIOS A YATROGENIA UROGINECOLÓGICA

*Gonzalvo, V., Mola, M.J., Sala, A., Gómez-Ferrer, A., Navarro, J.A., Canto, E., Llopis, B., Polo, A.
Hospital Lluís Alcanyis. Játiva*

INTRODUCCION: La presencia de cuerpos extraños intravesicales, es una patología infrecuente. La causa más frecuente es la introducción de los mismos por el propio paciente; la segunda es la yatrógena, en el transcurso de manipulaciones instrumentales o quirúrgicas.

PACIENTES: Presentamos cuatro casos de cuerpos extraños intravesicales secundarios a yatrogenia uroginecológica:

Caso 1º: Paciente con síndrome miccional desde la inserción de dispositivo intrauterino. La ecografía mostró la presencia de DIU intravesical. Dicho dispositivo se extrajo endoscópicamente.

Caso 2º: Paciente que consulta por síndrome miccional y cultivos positivos refractarios a tratamiento. La cistoscopia evidencia litiasis vesical anclada a pared vesical por hilo de sutura utilizado en ureterocervicopexia previa. Se practica litofragmentación y extracción endoscópica de la sutura.

Caso 3º: Paciente que consulta por infecciones urinarias recidivantes que no ceden con antibioterapia. El estudio radiológico evidencia litiasis vesical, en torno a una grapa helicoidal de autosutura utilizada en un procedimiento de Burch-malla. Se realiza litofragmentación y extracción de dicho cuerpo extraño.

Caso 4º: Paciente remitida por infecciones urinarias de repetición. Sedimento urinario, cultivo, RX y ecografía negativos. Se practica cistoscopia que evidencia la existencia de cuerpo extraño en cúpula vesical compatible con sutura quirúrgica, fue precisa la realización de una resección transuretral de la mucosa para acceder y extraer dicho cuerpo extraño.

CONCLUSIONES: La presencia de clínica miccional irritativa, en pacientes con antecedentes de cirugía o instrumentaciones uroginecológicas, debe hacernos pensar en la posibilidad de la existencia de cuerpos extraños intravesicales secundarios a yatrogenia.

PALABRAS CLAVE: Cuerpo extraño; vejiga; yatrogenia.

SERVICIOS DE UROLOGÍA PARTICIPANTES

VALENCIA

Hospital. Universitario La Fe
Hospital General Universitario
Hospital Dr. Peset
Instituto Valenciano de Oncología
Hospital de Sagunto
Hospital Francisco de Borja (Gandía)
Hospital Luis Alcañiz (Játiva)

ALICANTE

Hospital General Universitario
Hospital Universitario San Juan
Hospital de la Marina Alta (Denia)
Hospital de la Vega Baja (Orihuela)

CASTELLÓN

Hospital General

MURCIA

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Hospital General Universitario
Hospital Nuestra Señora del Rosell (Cartagena)
Grupo de trabajo de la AMU

PROGRAMA SOCIAL PARA ACOMPAÑANTES

Viernes, 21

20.30 Cóctel en el salón Hémera del hotel Arco de San Juan

Sábado, 22

10.00 Salida de autocar del hotel NH Amistad para realizar una visita turística a la población de Caravaca de la Cruz en su año jubilar

10.45 Recepción en Caravaca

11.00 Recepción de peregrinos en la Iglesia del Salvador para iniciar los cultos jubilares y acceder al Santuario

12.00 Santa Misa

13.00 Visitas al Museo de la Vera Cruz y al Museo de la Fiesta

14.30 Comida

17.30 Regreso a Murcia

21.00 Cena de clausura, hotel NH Amistad