



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Mariano Tomás Ros

VICEPRESIDENTE:

Carlos García Esposa

SECRETARIO:

Pablo Guzmán Martínez-Valls

TESORERO:

Mariano Rigabert Montiel

VOCAL CIENTÍFICO:

Carlos Tello Royola

VOCALES:

Pedro Valdevira Nadal

Felipe García García

SEDE SOCIAL:

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



PORTADA:

Sondas y bujías
del catálogo de
la casa Porges
de 1906

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime: Gráficas TEMPLADO
Dep. Legal: MU-1906-98
ISSN: 1697-0446

EDITORIAL

Nos dirigimos a todos los asociados por primera vez desde la tribuna del Boletín, después de un año de ilusionada andadura. Cuando afrontamos nuestra responsabilidad una vez superado el proceso electoral en Noviembre de 2003, lo hicimos animados y queremos en esta editorial una vez más, agradecer la confianza que depositasteis en nosotros.

La actual Junta Directiva nació con la mirada puesta en el futuro, pero sabiendo la importancia que tiene el reconocimiento de lo realizado hasta este momento.

La celebración del Xº aniversario de la creación de nuestra Asociación ha sido un referente claro de que la experiencia acumulada es la garantía de su continuidad, y de que los lazos que unen a los asociados superan el ámbito de lo profesional.

Debe ser para todos nosotros una satisfacción comprobar cómo hemos contribuido en estos 10 años al desarrollo de la especialidad de Urología en nuestro medio desde diferentes puntos de vista.

La experiencia de los más veteranos ha dado estabilidad en el seno de la AMU al ímpetu de los jóvenes que aportan la nueva savia a la estructura de nuestra asociación, y que es tan necesaria para la renovación y modernización de la misma.

Es en este último sentido donde la Directiva actual pone su punto de mira, en el futuro que espera a la Asociación Murciana de Urología. Debemos tener una mentalidad abierta, flexible, y entusiasta con los cambios que se avecinan.

La Medicina avanza a una velocidad vertiginosa y nuestra especialidad no es ajena a ello. Nosotros no sólo debemos estar atentos a los cambios sino que debemos liderarlos.

Estos cambios van a ir más allá de lo que suponen los avances en todos los campos del saber, tanto en investigación básica, en biología molecular o celular, como en los avances tecnológicos y de gestión sanitaria.

Es nuestra obligación contribuir a que las innovaciones sean adaptadas en nuestro medio y, si fuera necesario, romper las fronteras estructurales de los Servicios Hospitalarios, para permitir que existan flujos de pacientes y especialistas hacia aquellos lugares donde se pueda dar la atención que precisan, adaptada a la calidad científico-técnica que la situación exija. Esta será la única manera de que los nuevos y caros recursos sean aprovechados, y que a la vez nosotros podamos desarrollarnos profesionalmente tanto de forma individual como en grupo en las parcelas elegidas o acordadas.

Esta Junta Directiva quiere abrir el debate en próximos encuentros, para iniciar un camino hacia el futuro de los próximos 10 años, idea con la que todos estamos muy animados.

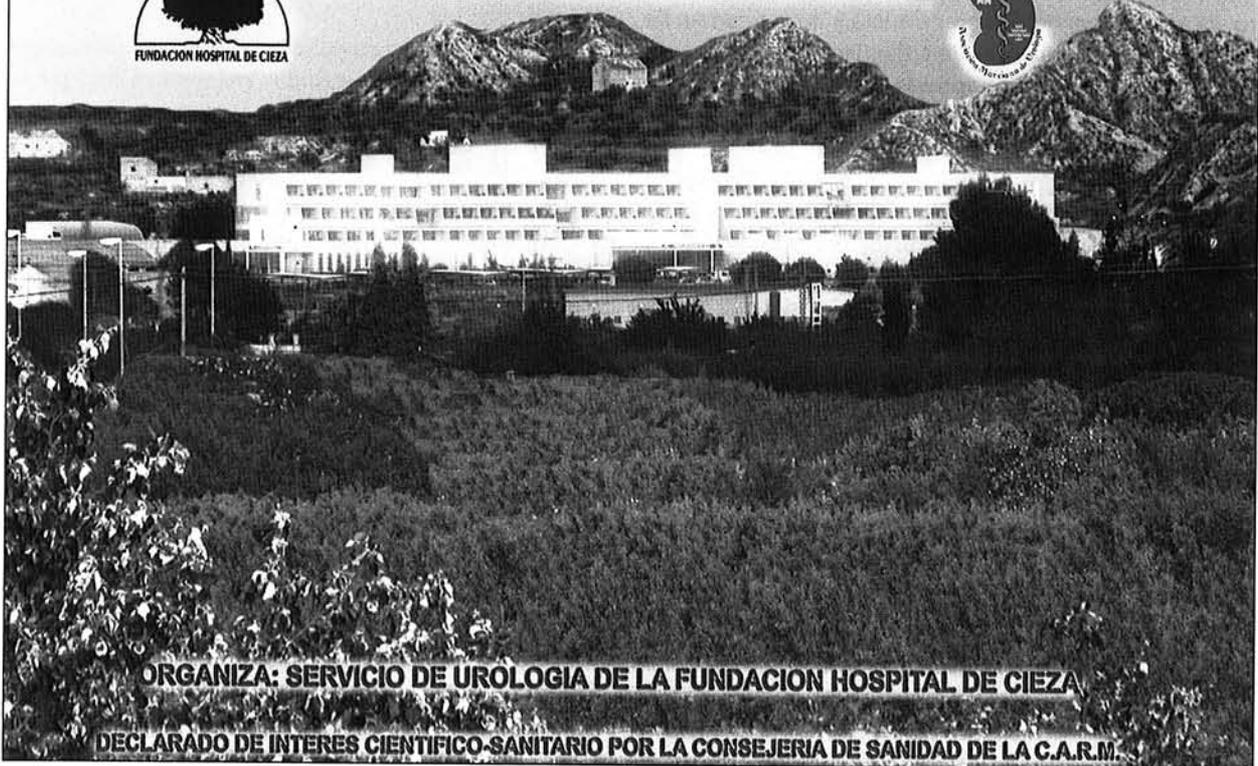
LA JUNTA DIRECTIVA

Sumario

| | |
|---|----|
| Editorial | 1 |
| X Jornadas Urológicas Murcianas. Cieza, noviembre de 2004 | 3 |
| Actos científicos realizados y auspiciados por la AMU en el año 2004 | 10 |
| Actividades científicas previstas para el año 2005 | 12 |
| XXXVIII Congreso de Urología de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y Asociación Murciana de Urología. Valencia, febrero 2004 | 13 |
| Póster ganador del premio Server Falgás del año 2002 | 18 |
| La Urología en los próximos diez años | 19 |
| Radioterapia en el seminoma testicular | 21 |
| Cursos de Nefrectomía laparoscópica asistida con la mano en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia | 22 |
| Homenaje a la jubilación del Dr. D. José Lorca García | 25 |
| La Urología en Murcia (1940-1975) | 28 |
| Galería de Urólogos murcianos. Dr. D. Antonio Hernández Armero | 34 |
| Cuestiones que afectan el intercambio de personal sanitario en la colaboración de proyectos de cooperación al desarrollo | 35 |
| Donación de libros del Dr. D. Pascual Navarro Caballero | 37 |
| Convocatoria de la beca Meseguer Huertos y de los premios: Salvador Pascual y Server Falgás de la AMU para el año 2005 | 38 |
| Noticias | 40 |

X JORNADAS UROLOGICAS MURCIANAS

CIEZA, 19-20 NOVIEMBRE 2004



ORGANIZA: SERVICIO DE UROLOGIA DE LA FUNDACION HOSPITAL DE CIEZA

DECLARADO DE INTERES CIENTIFICO-SANITARIO POR LA CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA C.A.R.M.

X JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS

FUNDACIÓN HOSPITAL DE CIEZA

Desde su constitución en el año 1995, el hospital ha sido objeto de continua controversia

acerca de su puesta en marcha como uno más de los hospitales de la red pública de la Región de Murcia.

El hospital mantiene desde su inicio la forma jurídica de Fundación. Esta circunstancia no afecta a la prestación de servicios asistenciales, que es similar a la del resto de centros de la Región, pero sí a la forma de gestión, otorgando a la Dirección del hospital más autonomía en la toma de decisiones y, al mismo tiempo, más responsabilidad en los resultados de dichas decisiones. Es el único hospital de la red pública de la Región de Murcia dotado de personalidad jurídica propia.

En Abril del 2001 se llegó a un acuerdo con el extinto INSALUD, mediante el cual el hospital, en algunas patologías, atendería directamente, como centro comarcal de referencia, a las zonas básicas de salud de Abarán, Blanca y Cieza.

Este acuerdo sobre la nueva consideración del hospi-

tal como centro comarcal se extendió paulatinamente al resto de especialidades, culminándose el proceso de ampliación en Junio del 2002 con la creación de la Unidad de Urología. En la actualidad se está en proceso de incorporación de nuevas especialidades a la cartera de servicios.

Este cambio de consideración del hospital supuso un punto de inflexión muy importante en la evolución del centro, ya que a partir de ese momento, la ampliación de la cartera de servicios del mismo y la incorporación de nuevas especialidades provocó un aumento considerable en la demanda asistencial del que había tenido hasta ese momento.

El hospital está situado en la carretera de Cieza a Abarán y en la confluencia de ésta con una vía de acceso desde la carretera de Madrid. El cuerpo del edificio tiene una disposición escalonada, que permite obtener terrazas delante de las habitaciones de hospitalización, así como disponer de mayor superficie en las plantas inferiores respecto a las superiores. Aquí se encuentran los accesos principales de pacientes, tanto a hospitalización, como a con-

sultas externas y administración y en él se desarrollan las circulaciones interiores de visitas a pacientes hospitalizados y de pacientes ambulatorios.

En la planta primera se encuentran:

Urgencias: cuenta con cinco salas de reconocimiento, sala de curas, quirófano de sucio y nueve camas de observación (una de ellas de aislamiento).

Reanimación: con capacidad para seis camas y un máximo de ocho. Tiene acceso tanto desde urgencias como desde las áreas quirúrgicas.

Area Quirúrgica: cuenta con cuatro quirófanos con accesos opuestos para pacientes y personal. Cuenta con zona de despertar postoperatorio con capacidad para ocho camas.

Esterilización: atiende tanto al área quirúrgica como al resto del hospital.

Respecto a los recursos de la Fundación Hospital de Cieza, podemos decir que cuenta con 172 camas instaladas, de las cuales entre 70 y 80 son funcionantes, y 42 están dedicadas a la residencia socio-sanitaria del ISSORM.

El número despachos para consultas es de 22. Disponemos de Servicio de RX con Ecografía, Telemando, T.A.C., Mamógrafo y Ortopantomografía.

La Cartera de Servicios se encuentra compuesta por:

Residencia socio-sanitaria (Junio 97), Análisis Clínicos (Noviembre 97), Medicina Interna (Febrero 98), Radiología (Febrero 98), Urgencias hospitalarias (Mayo 99), Unidad Hospitalaria de Larga Estancia (Febrero 00), Hematología y Hemoterapia (Febrero 00), Aparato Digestivo/Endoscopias (Marzo 01), Cirugía General (Abril 01), Traumatología (Abril 01), Oftalmología (Abril 01), Neumología (Enero 02), Neurología (Abril 02), Rehabilitación y Fisioterapia (Junio 02), Cardiología (Junio 02), Urología (Junio 02) y Alergología (Septiembre 02).

Los recursos humanos han ido aumentando progresivamente al ritmo impuesto por la entrada en funcionamiento de nuevos servicios asistenciales. En la actualidad la plantilla se reparte así:

Personal Directivo : 4

Personal Facultativo: 43

Personal de Enfermería : 198

Personal no Sanitario: 53

Total: 298.

Por último, os aportamos algunos datos sobre la actividad asistencial de nuestra Unidad de Urología referida al año 2003, puesto que es el único que tenemos con datos completos.

Intervenciones programadas: 395

Intervenciones urgentes: 8

Total: 403

Primeras consultas: 1546

Revisiones: 2404

Total: 3950

Atenciones en Urgencias: 53

Como sabéis, de momento, no disponemos de guardias localizadas, por lo que las urgencias intentamos cubrir desde las 8,30 de la mañana hasta las 14,30, procurando que el número de pacientes que tengan que ser atendidos por nuestros compañeros de otro hospital sea el menor posible.

Respecto a la actividad quirúrgica, teníamos que limitar el tipo de intervención "máxima" a realizar en nuestro Centro, teniendo en cuenta que no disponemos de Servicio de UCI. Decidimos poner el límite en la Prostatectomía radical retropúbica, dejando para Hospital con UCI las Derivaciones Urinarias tipo Bricker.

Ya hemos realizado dos nefroureterectomías laparoscópicas asistidas, contando con la inestimable colaboración del Servicio de Urología del HUV Arrixaca en las personas de los Dres: G. Gómez, A. Prieto y P. López Cubillana, aportándonos su conocimiento y experiencia en este campo y abriendo la posibilidad de futuras colaboraciones.

Con motivo de la celebración en nuestro Hospital de las X Jornadas Urológicas de la Asociación Murciana os queremos dar la bienvenida e invitaros a conocer nuestro hospital, para aquellos que aún no lo habéis hecho.

Como ya sabéis, las fechas de nuestra reunión son 19 y 20 de Noviembre del presente año. Decidimos, de acuerdo con la Junta Directiva de nuestra Asociación, que el tema para este año fuese: Tumores de Parénquima renal: Actualización y controversias.

El formato de las jornadas se ha mantenido, como en años anteriores, considerando que ha funcionado hasta ahora de forma excelente, dedicando la tarde del Viernes a sesiones de comunicaciones y pósters. La mañana del Sábado contaremos con dos mesas redondas referentes al diagnóstico y tratamiento de los tumores renales. Para finalizar las sesiones científicas contamos este año con la presencia de la Dra. Maria José Requena, Jefa de Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, a la cual queremos agradecerle desde estas líneas su amabilidad por su presencia entre nosotros.

Como ya es costumbre, tras la comida trabajo del Sábado, se convocará la Asamblea Ordinaria de nuestra Asociación, en una sala aledaña al comedor preparada para la ocasión, lo que supondrá una mayor comodidad para todos.

Finalizaremos las Jornadas con la Cena de Clausura y entrega de premios, como ya es habitual.

Esperamos contar con todos vosotros, así como con todo el personal sanitario de vuestros Hospitales, interesado en el tema, y que las Jornadas sean un éxito, tanto en el campo científico como en el humano, ya que no tenemos muchas oportunidades a lo largo del año, de reunirnos todos en conjunto.

Esperando vuestra visita recibid un cordial saludo.

LUCAS ASENSIO
DIEGO CASTILLO

ENDOMETRIOSIS DE APARATO URINARIO

Maluff Torres A., Cao Avellaneda E., López López A.I., López Cubillana P., Server Pastor G., Tornero Ruiz J.I., Nicolás Torralba J.A., Rigabert Montiel M., Prieto González A., García Hernández J.A., Martínez Pertusa P., Gómez Gómez G., Guardiola Mas A., Pérez Albacete M.

H.G.U. Virgen de La Arrixaca.

La endometriosis pélvica tiene una incidencia de un 3% a 10% entre mujeres fértiles y de un 25% a un 35% entre infértiles. La localización urinaria supone un 24% de total de los casos, de los cuales de un 80% a un 90% incluyen afectación vesical y un 10% afectación ureteral. Presentamos dos casos que debutan como síndrome irritativo miccional y un tercero como uropatía obstructiva. Las tres pacientes han sido diagnosticadas, tratadas y seguidas en nuestro Servicio en el último año.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO GENITAL. NUESTRA EXPERIENCIA

Sempere Gutiérrez A, Rico Galiano JL, Tomás Ros M, Morga Egea JP, Fontana Compiano LO
Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

El prolapso genital es el descenso de órganos pélvicos de la mujer a través del hiato genital. Es una patología más frecuente a partir de los 40 años y tras múltiples partos. Revisamos de forma retrospectiva las mujeres intervenidas en nuestro servicio con esta patología en el periodo comprendido entre 2000-2004. Analizamos el tipo de cirugía realizada así como las complicaciones postoperatorias y el grado de satisfacción obtenida con el resultado de dichas cirugías tanto por parte de la paciente como desde el punto de vista del urólogo que la realizó.

CABESTRILLO SUBURETRAL LIBRE DE TENSIÓN COMO TRATAMIENTO DE LA IUE EN LA MUJER. REVISIÓN DE NUESTROS PRIMEROS 100 CASOS.

J.L.Rico Galiano, J.P.Morga Egea, A.Sempere Gutierrez, M.Tomás Ros, L.O.Fontana Compiano
Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCIÓN: La utilización de mallas libres de tensión es la técnica actual más utilizada en el tratamiento de la IUE. Su evolución ha llevado a la aplicación de técnicas más simples y fisiológicas como la colocación de la malla vía transobturatriz (TOT).

MATERIAL Y MÉTODO.- Entre noviembre/01 y noviembre/04 se han colocado en nuestro Servicio 100 mallas suburetrales libres de tensión consecutivas, en pacientes con edades entre 27 y 78 años (media 54.2 años) diagnosticadas de IUE. 74 correspondieron a implantes retropúbicos (36 TVT, 40 IVS) y 24 implantes transobturatriz (19 Porges, 5 Monarc).

RESULTADOS: La utilización de la vía transobturatriz (TOT) frente a la vía retropúbica (TVT-IVS) reduce en un tercio el tiempo quirúrgico, los días de sonda vesical postcirugía (1.4 d. TVT-IVS/ 1 d. TOT), los días de estancia hospitalaria (2.06 d. TVT-IVS/ 1 d. TOT), el riesgo de perforación vesical (7.1% TVT-IVS/ 0% TOT), la retención postoperatoria (2.8% TVT-IVS/ 0% TOT), la urgencia de novo (8.4% TVT-IVS/ 0% TOT). Con un seguimiento entre 6-36 m para TVT-IVS y entre 1-6 m para TOT, la continencia total se logró en un 88% y un 100% respectivamente.

CONCLUSIONES: La colocación de malla suburetral transobturatriz es una técnica más en el tratamiento de la IUE. Su poca morbilidad, fácil aprendizaje y excelentes resultados a corto plazo hace que la consideremos como la primera técnica a aplicar en el tratamiento de la IUE en la mujer. Serían necesarios seguimientos a largo plazo para validarla como electiva en el tratamiento de la IUE.

REPARACION DE LA HERNIA LUMBAR POSTQUIRURGICA VIA LAPAROSCOPICA

A. Rodríguez Tardido, A. Moreno-Egea*, P. Guzmán Martínez-Valls, G. Hita Villaplana, A. Rosino Sánchez, B. Miñana López, T. Fernández Aparicio, J.A. Torralba Martínez*, J.L. Aguayo Albasini*

Servicio de Urología. *Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario «Morales Meseguer». Murcia

La hernia lumbar es un defecto infrecuente de la pared abdominal posterior que puede ser 1º o más comunmente 2º a un traumatismo o una intervención quirúrgica. La elección entre la cirugía abierta y la vía laparoscópica para su reparación es un tema que ocasiona discusión entre los profesionales. MATERIAL Y METODOS: Presentamos una serie de nueve casos de hernia lumbar postquirúrgica reparados por vía laparoscópica. Exponemos la técnica quirúrgica así como los resultados obtenidos tras su aplicación. Analizamos los artículos relacionados y la experiencia existente fuera de nuestro hospital. CONCLUSION: La vía laparoscópica es una técnica que en nuestra experiencia ha resultado de gran utilidad en la reparación de este tipo de hernia de la pared abdominal.

ADENOMA METANÉFRICO: APORTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Cao Avellaneda E, López López AI, Maluf Torres A, Escudero Bregante JF, Prieto González A, Nicolás Torralba JA, Server Pastor G, García Hernández JA, Martínez Pertusa P, Pérez Albacete M.

Servicio de Urología. Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca». Murcia

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un paciente de 57 remitido a nuestro Servicio por masa renal. Se trata de nódulo de 4 cm. en el polo superior derecho de similar ecogenicidad que parénquima renal. Se diagnosticó de forma casual en protocolo de dolor abdominal inespecífico. El TAC confirma los hallazgos y no encuentra afectación a distancia. Se somete a nefrectomía radical asistida por la mano, sin incidencias. En el estudio de pieza se tipifica un adenoma metanéfrico.

DISCUSIÓN: Este raro tipo de neoplasia renal, establecido por Davis en 1995, se caracteriza por los hallazgos anatomopatológicos y su comportamiento benigno. Microscópicamente, este tumor se caracteriza por células pequeñas y agrupadas, generalmente basofílicas, formando acinis y con estroma acelular. En muchos de ellos, se observan procesos de necrosis y calcificación concomitantes. Su origen está todavía en discusión, englobando desde teorías que lo asocian a malformaciones renales hasta ser formas bien diferenciadas de adenocarcinoma renal. Así, por lo incierto y reciente de su identidad y por la ausencia de pruebas diagnósticas concluyentes se aboga por la excisión quirúrgica del mismo para su correcta tipificación y tratamiento oncológico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS NEOPLASIAS RENALES. NUESTRA EXPERIENCIA

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

Servicio de Urología. Hospital General Reina Sofía. Murcia

INTRODUCCION: Las neoplasias renales suponen uno de los caballos de batalla en el quehacer cotidiano de los urólogos. El carcinoma de células renales supone el 90% de ellas, correspondiendo al 2% de los carcinomas en general. Su diagnóstico ha aumentado con las nuevas técnicas de imagen, pero su tratamiento sigue siendo eminentemente quirúrgico, habiendo variado en el nivel de conservación del parénquima renal o en la vía de abordaje.

MATERIAL Y METODOS: Hemos realizado una revisión de todas las intervenciones quirúrgicas por neoplasia renal desde 1986 hasta junio del 2004. Nos hemos basado en los Informes de Alta hospitalarios y en los del servicio de Anatomía Patológica de nuestro hospital, habiendo recopilado información sobre 88 unidades renales.

RESULTADOS: Durante un periodo que abarca los últimos 18 años se han intervenido en nuestro hospital un total de 88 unidades renales por neoplasia. Si bien al comienzo de nuestra andadura, y en años puntuales, el número de intervenciones ha sido bajo, la media de intervenciones por año se ha mantenido estable exceptuando una tendencia al alza en los últimos años. La edad media de los pacientes es de 60 años (rango entre 21 y 86 años), con una proporción hombre/mujer de 3 a 1. No ha habido una predominancia significativa en su ubicación, ya sea en el lado como en la polaridad renal. En cuanto a la histología, el 82,35% correspondían a carcinomas de células renales, el 7,06% a oncocitomas, otro 7,06% a angiomiolipomas, un 2,35% a displasia quística y un 1,18% a tumor metastásico (pulmonar). En cuanto al estadiaje T, el más frecuente ha sido el pT2 (27,54%), seguido por el pT1a (24,64%). La proporción del resto de estadios son: pT1b (18,84%), pT3a (17,39%), pT4 5,8%, pT3b (4,34%) y pT3c (1,45%). La estancia media de ingreso ha sido de 8,69 días, con un rango de 3 a 18 días. No ha habido muertes perioperatorias y las complicaciones relacionadas han sido 2 episodios de hemorragia digestiva alta, otros dos pacientes con descompensación hepática, un hematoma subcutáneo (no precisó reintervención), un episodio de insuficiencia renal aguda, un episodio de neumonía, un hidrotorax, una linforrea persistente y un seroma de herida, suponiendo un total de 11% de complicaciones.

CIRUGÍA AHORRADORA DE PARENQUIMA EN TUMORES RENALES.

L.O. Fontana Compiano, J.L. Rico Galiano, A. Sempere Gutierrez, J.P. Morga Egea Y M. Tomas Ros.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: En los últimos años la cirugía conservadora de nefronas se ha considerado como un método efectivo en el tratamiento de pacientes con tumores renales localizados, tanto en aquellos pacientes con riñón contralateral indemne, como en los que la conservación del parénquima renal funcionante constituye una consideración clínica importante. La tasa de éxito técnico con la cirugía conservadora de nefronas es elevada, y en el caso de carcinoma de células renales, la supervivencia cáncer específica a largo plazo en tumores de estadio bajo, (T1N0 M0 < 4cms) es comparable a la obtenida con la nefrectomía radical.

MATERIAL Y METODO: Revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos de tumor renal mediante cirugía conservadora de nefronas en el período comprendido entre marzo de 1986 y junio de 2004. Se recogió información sobre edad, sexo, forma de presentación clínica, antecedentes neoplásicos, diagnóstico y estadiage, abordaje y técnica quirúrgica (nefrectomía parcial, tumorectomía / convencional, laparoscópica), histopatología y seguimiento.

RESULTADOS: En los 18 años que abarca el estudio y sobre un total de 88 unidades renales operadas por neoplasia se han intervenido mediante técnica conservadora de nefronas 11 unidades renales en 10 pacientes.

CONCLUSIONES: Del análisis de los parámetros antes mencionados se desprende que este tipo de cirugía tiene una baja tasa de complicaciones y un resultado desde el punto de vista oncológico similar a la cirugía radical en casos seleccionados. Con la progresiva realización del abordaje laparoscópico en esta patología, descenderá la morbilidad postoperatoria inmediata y la estancia hospitalaria.

NEFRECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA MANO ASISTIDA: NUESTRA EXPERIENCIA.

La Iglesia Cabrerizo, R.; Moreno Santurino, A.; Montes Díaz, M^a José.; Bitsunov Bitsunova, A.
HOSPITAL RAFAEL MÉNDEZ. LORCA. (MURCIA).

OBJETIVOS: El objetivo de nuestro estudio es describir los resultados obtenidos en las nefrectomías radicales laparoscópicas mano asistidas realizadas en nuestro servicio, así como valorar la existencia de posibles ventajas respecto a la técnica abierta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes sometidos a nefrectomía radical laparoscópica mano asistida en nuestro servicio desde Noviembre-2003 a Agosto de 2004. Se ha elaborado una ficha de recolección de datos basada en las siguientes variables: Edad, Sexo, Indicación quirúrgica, Localización, Peso de la pieza, Tiempo quirúrgico, Complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, Necesidad de transfusión, Estancia media hospitalaria. Se excluyeron aquellos pacientes que por su tipo de enfermedad (causa infecciosa con riesgo de peritonitis), estadio tumoral (presencia de adenopatías en el hilio renal o trombos) no eran candidatos a la vía laparoscópica. La constitución anatómica de los pacientes y la cirugía previa abdominal no ha sido un impedimento para el uso de esta vía.

La vía de entrada utilizada ha sido transperitoneal con tres puertos, el Handport periumbilical derecho o izquierdo y dos puertos accesorios con trocares de 10 mm que fueron colocados, en zona supraumbilical y en la línea mamilar cuando se trataba del lado derecho y en la zona umbilical e infraumbilical en el caso de Nefrectomías izquierdas, procurando que los puertos no estuvieran demasiado próximos. Un puerto se ha utilizado para la cámara y otro para el instrumental endourológico. Hemos utilizado una Tijera endoscópica, un Endoclip, una Endoguía y un Aspirador-irrigador.

RESULTADOS: Durante estos 9 meses se realizaron 11 procesos. Los pacientes han presentado una edad media de 60 años (28-80) ; el 73% han sido varones y el 27 % mujeres; en el 54% de los casos el riñón extraído ha sido el riñón derecho: en 9 procedimientos se realizó Nefrectomía Radical (una de ellas con colocación de Doble J contra lateral) y en 2 casos se realizó Nefroureterectomía con Desinserción Endoscópica previa. El diagnóstico previo a la intervención fue de 4 Tumores renales , 2 Tumores de vías, 4 Riñones atróficos no funcionantes (3 patologías litiasicas y 1 tumor indiferenciado en el seno de un riñón atrófico no funcionante diagnosticado en la pieza quirúrgica por Anatomía patológica), y 1 Riñón poliquístico. Ningún paciente presentó complicaciones intraoperatorias, ni se ha tenido que reconvertir la técnica, ni se ha precisado transfusión. El tiempo de intervención desde la Inducción de la anestesia hasta la finalización de la misma fue de 1h 15 minutos a 3h dependiendo del tipo de complejidad de la intervención, y el tiempo medio de estancia en la REA fue de 1h30 minutos. Ningun paciente ha precisado ingreso en UCI. En el postoperatorio inmediato se observó un caso de diarrea secundaria a toma de fármacos; un caso realizó un cuadro febril y FRA secundario a obstrucción del Doble J contralateral que precisó su recambio, y otro caso (paciente con importante patología pulmonar de base) realizó un derrame pleural bilateral, que precisó consulta al Servicio de Medicina Interna. Los pacientes comenzaron con tolerancia oral al día siguiente en la mayoría de los casos (1º-3º día), deposiciones a los dos días y medio (1º-5º día). La estancia media fue de 4 días. La estancia del paciente con mayor complicación broncopulmonar fue de 14 días. El tamaño medio de la pieza (incluyendo grasa perirrenal) fue de 644 gr (192gr-1354gr). No hemos utilizado ninguna bolsa

para la extracción de la pieza quirúrgica y nos estamos planteando el usarla a fin de evitar posibles siembras intraabdominales, y en la herida de la pared, sin bien por otra parte creemos que la misma bolsa del Handport puede evitarlas, si la extracción de la pieza se hace sin quitar la misma, y sin necesidad de ampliar la incisión abdominal. La analgesia utilizada han sido analgésicos menores de forma pautada. Los pacientes están siendo seguidos en nuestra consulta con buenos resultados, excepto un paciente que falleció 15 días después del alta, en el Servicio de Urgencia Externa donde acudió por dolor precordial agudo.

CONCLUSIONES: La nefrectomía radical laparoscópica mano asistida es una técnica asumible en cualquier Servicio de Urología, necesitando un entrenamiento limitado en el tiempo, que ofrece los beneficios de la cirugía abierta, pero con menor morbilidad al tratarse de una cirugía de menor invasión, ofrece menor estancia media y coste hospitalario, el paciente este deambulando al día siguiente de la intervención, precisa una analgesia mínima y la reincorporación a sus tareas habituales se puede producir en un corto periodo de tiempo. Aún nos faltan datos de seguimiento a medio y largo plazo, no obstante y en nuestra corta experiencia apostamos por esta vía de actuación debido a que ofrece mas ventajas que la cirugía convencional siempre que se utilice bien su indicación.

VIDEO. NEFRECTOMIA PARCIAL EN EL CARCINOMA DE CELULAS RENALES

L.O. Fontana Compiano, A. Sempere Gutierrez, J.L. Rico Galiano, J.P. Morga Egea Y M. Tomas Ros.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Presentamos el video de un paciente, al que se realizó cirugía ahorradora de nefronas por carcinoma de células renales de polo inferior de riñón derecho mediante nefrectomía parcial.

VIDEO TUMORECTOMÍA RENAL LAPAROSCÓPICA

L.O. Fontana Compiano, M. Tomas Ros, J.L. Rico Galiano. J.P. Morga Egea Y A. Sempere Gutierrez.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Presentamos un video de técnica quirúrgica de un paciente al que se descubrió accidentalmente una masa sólida de 2,5 cm que resultó ser un carcinoma de células renales y al que se se realizó tumorectomía laparoscópica.

POSTER ICONOGRAFICOS

DESCUBRIMOS UN QUISTE HIDATIDICO RENAL. ¿QUE HACER?

P.Guzmán Martínez-Valls, A.Rodríguez Tardido, G.Hita Villaplana, A.Rosino Sánchez, B.Miñana López,

T.Fernández Aparicio, F.V.Cuesta Climent, P.Peñaranda Gil de Pareja, F.Meseguer Carpe

Servicio de Urología. Hospital General Universitario «Morales Meseguer». MURCIA. ESPAÑA

La hidatidosis renal está causada por el *Echinococcus granulosus* y es extremadamente infrecuente, constituyendo aproximadamente el 3-4% de los casos, siendo la tercera localización tras el hígado y pulmones. Habitualmente permanece asintomático durante años y los síntomas mas comunes son dolor, sensación de pesadez en flanco y disuria. Ante un hallazgo compatible nos planteamos qué hacer y buscar un algoritmo terapéutico. **MATERIAL Y METODOS:** Realizamos una estrategia de búsqueda con criterios MBE en fuentes secundarias y primarias (EQUINOCOCCOSIS(MESH) AND KIDNEY DISEASES (MESH), límites humanos) así como artículos relacionados y analizamos los resultados tanto en lo referente a datos clínicos, radiológicos, analíticos y tratamiento. **RESULTADOS:** la hidatidosis renal simula otras enfermedades y es la combinación de historia clínica, estudios de imagen y determinaciones serológicas las que nos aproximan al presunto diagnóstico hasta en un 75%. **CONCLUSIONES:** el diagnóstico exige combinación de pruebas y es posible en muchos casos la cirugía conservadora pero se debe esterilizar previamente la enfermedad mediante tratamiento antiparasitario con Albendazol.

TRAUMATISMO PÉLVICO POSTERIOR PENETRANTE

Cao Avellaneda E, López López AI, Mahuf Torres A, Escudero Bregante JF, Alarcón Martínez H⁽²⁾, López Cubillana P, Rigabert Montiel M, Tornero Ruiz JJ, Guardiola Mas, A, Gómez Gómez G, Pérez Albacete M.

Servicio de Urología. ⁽²⁾Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «Virgen de la Arrixaca». Murcia

Varón de 10 años que acude de forma urgente por traumatismo penetrante accidental por lápiz escolar por zona sacrococcígea. Avisan a nuestro servicio desde Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por aparición de hematuria. Se presenta iconografía representativa de hallazgos y evolución del caso.

ESTALLIDO TESTICULAR TRAUMÁTICO

Pedro Valdelvira Nadal; Vicente Bañón Pérez; Francisco José Jiménez Pénick; Juan Moreno Avilés; Juan Soler Fernández; Jose María Cervell Ferrón; Luis Olmos García; Ricardo García Pérez.

Servicio de Urología. Hospital Santa María del Rosell.

Varón de 17 años que, tras accidente de moto, sufre traumatismo testicular izquierdo al chocar contra el depósito de combustible. Tras valoración clínica y ecográfica es diagnosticado de estallido testicular y se procede a tratamiento quirúrgico.

TUMOR URETRAL PRIMARIO

Francisco José Jiménez Pénick; Pedro Valdelvira Nadal; Vicente Bañón Pérez; Juan Moreno Avilés; Juan Soler Fernández; Luis Olmos García; Jose María Cervell Ferrón; Ricardo García Pérez.

Servicio Urología. Hospital Santa María del Rosell.

Varón de 42 años, que desde hace un año, presenta bultoma en base de escroto con aumento progresivo de tamaño. Como síntomas presenta dolor y episodios intermitentes de polaquiuria, hematuria y disuria. En la uretrografía se observa gran defecto de replección redondeado en uretra bulbar, zona suprabulbar estenótica y anfractuosa y con paso filiforme de contraste a vejiga. Se practica Uretroscopia-RTU donde se observa una lesión papilar tosca que impresiona de tumor infiltrante; tras resección de la misma y acceso endoscópico a vejiga, no se aprecian lesiones macroscópicas. El diagnóstico anatomopatológico informa de carcinoma urotelial invasor de alto grado que afecta capa muscular, con focos sarcomatoides y con invasión vascular (GIII, al menos T2).

TUMORES RENALES: ICONOGRAFIA

Vicente Bañón Pérez; Francisco José Jiménez Pénick; Pedro Valdelvira Nadal; Juan Moreno Avilés; Juan Soler Fernández; Luis Olmos García; Jose María Cervell Ferrón; Ricardo García Pérez.

Servicio Urología. Hospital Santa María del Rosell.

Presentamos diversas iconografías sobre el estudio de las masas renales

FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO RENAL Y HEMANGIOMA HEPÁTICO, UN DILEMA DIAGNÓSTICO

M. Tomás Ros, M. Fuster Quiñonero, J.P. Morga Egea, J.L. Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez, L.O. Fontana Compiano

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Presentamos el caso de una paciente de 39 años de edad, que debutó con una masa renal derecha de gran tamaño, que resultó ser un fibrohistiocitoma maligno renal, y en la TC inicial se apreció una lesión hepática voluminosa que planteó el diagnóstico diferencial de metástasis o hemangioma, una TC en fase vascular y una gammagrafía con hematíes marcados aclararon la naturaleza benigna de la misma. Tras quimioterapia y radioterapia adyuvante, en el seguimiento a los ocho meses de la intervención se aprecia una masa de partes blandas en celda renal, que sugiere recidiva local. La PET resulta negativa, se realiza RMN cuya secuencia T1SG y T2 confirman su dependencia del hemangioma hepático que se ha descolgado tras los tratamientos recibidos. Un año después de la cirugía la paciente se encuentra asintomática.

PERFORACIÓN DE RECTO TRAS SONDAJE VESICAL: UN CASO EXCEPCIONAL

A. Rodríguez Tardido, P. Guzmán Martínez-Valls, G. Hita Villaplana, A. Rosino Sánchez, B. Miñana López, T. Fernández Aparicio, F.V. Cuesta Climent, P. Peñaranda Gil de Pareja, F. Meseguer Carpe.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario «Morales Meseguer». MURCIA.

La perforación de recto iatrogénica debido a sondaje vesical es algo hasta ahora no descrito en la literatura médica. Debido a su carácter excepcional nos disponemos a mostrar un caso que fue atendido en urgencias de nuestro hospital: varón de 89 años remitido desde la residencia de ancianos donde tiene su domicilio por hematuria tras un cambio de sonda vesical. En puerta de urgencias se evidencia la salida de heces por la sonda y tras ecografía pélvica se confirma entrada de la misma en recto. MATERIAL Y METODOS: Exponemos el caso así como el manejo y posterior seguimiento. Realizamos una búsqueda bibliográfica de los posibles casos publicados y/o artículos relacionados. CONCLUSIÓN: el caso expuesto se trata de una complicación hasta ahora no evidenciada en nuestro medio ni en la bibliografía disponible.

Actividades Científicas realizadas y auspiciadas por la AMU en el año 2004

XXXVIII Congreso de la Asociación Murciana de Urología y de la Sociedad de Urología de la Comunidad Valenciana.

Valencia, 27 y 28 de Febrero de 2.004.

Tema: «Patología de la pelvis renal y del uréter»

**Taller de Estadística Básica en Urología
Impartido por el Dr. Félix Millán**

Patrocinado por MSD

Murcia, 23 y 24 de Abril de 2004

**XVI Reunión de Residentes de Urología
de las Comunidades de Valencia y Murcia.**

Tema: «Andrología»

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca.
Murcia, 15 de Mayo de 2004.

Los residentes de urología de las comunidades de Valencia y Murcia realizaron el pasado 15 de mayo el decimosexto encuentro semestral en el que se trató la patología andrológica.

En esta ocasión participaron los residentes de la totalidad de hospitales que cuentan en la actualidad con programas de formación, así como un importante número de urólogos, quienes aceptaron de esta forma la invitación cursada por los organizadores. Esta presencia es considerada por el colectivo de los residentes como interesante, ya que respalda el interés que le dan a la comunicación de la experiencia vivida

La importante participación en este evento, con casi treinta profesionales, supuso el lleno de la sala de reuniones del Colegio de Médicos de Murcia, lugar elegido por la organización para su realización, coordinación esta que recayó en esta decimosexta edición en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca".

A lo largo de la jornada se desarrollaron tres mesas de trabajo, iniciadas con la exposición teórica realizada por residentes de los diferentes hospitales a la que siguió un tiempo de discusión. Entre los temas los temas tratados se encontraron la disfunción eréctil, las alteraciones del estado eréctil, los aspectos médico-legales de la realización de vasectomías, el varicocele y la patología de la eyaculación y el orgasmo. Los organizadores destacaron el alto nivel con que últimamente se exponen los diversos temas y la gran participación tanto de urólogos como de residentes.

Para finalizar esta reunión de residentes el Dr. D. Manuel Gil Salom, eminente especialista en infertilidad tanto dentro como fuera de España, realizó una clase magistral.

La reunión acabó con una comida en el restaurante "El Churra", donde se estrecharon aún más los lazos entre los distintos hospitales.

Los organizadores quieren agradecer especialmente al Dr. Juan Vidal, coordinador de las reuniones y al Dr. Mariano Pérez Albacete el interés mostrado en la preparación y participación en esta reunión.

I Curso de Urología Basada en la Evidencia

(Nivel básico de iniciación)

Murcia, 4, 5 y 6 de Noviembre de 2004

Sede:
AC Hotel. Murcia

Directores:

Carlos Tello Royloa

Coordinador del Grupo de Trabajo en Urología Basada en Pruebas
de la Asociación Murciana de Urología.

Mariano Tomás Ros

Presidente de la Asociación Murciana de Urología.

Organiza:



Grupo de Trabajo en Urología
Basada en Pruebas de la
Asociación Murciana de Urología.



Asociación Murciana
de Urología

Con el auspicio de la Asociación Española de Urología



AEU

Actividades Científicas previstas por la AMU durante el año 2005

**XXXIX Congreso de la Asociación Murciana de Urología y
de la Sociedad de Urología de la Comunidad Valenciana**

Tema: Urología Geriátrica

Organizado por el Servicio de Urología del Hospital Marina Baixa
Benidorm 25 y 26 de Febrero de 2005
(posible retraso al primer fin de semana de marzo)

CURSO DE DOCTORADO: "Avances en Urología"

Organizado por el Departamento de Cirugía, Ginecología y Pediatría de
la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Dirigido por el Dr. Pérez Albacete

Jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
Aulario del Pabellón Docente del Hospital Virgen de la Arrixaca
Mayo 2005

**CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA
DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS**

"Urología en preguntas para Atención Primaria"

Organizado por la Asociación Murciana de Urología
Marzo y Abril 2005

**XI JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN
MURCIANA DE UROLOGÍA**



**XXXVIII CONGRESO
ASOCIACION DE UROLOGIA
COMUNIDAD VALENCIANA
ASOCIACION MURCIANA DE UROLOGIA**

Valencia, 27 y 28 de febrero de 2004

**Sede Congreso
Hotel Meliá Valencia Palace**

PATOLOGIA DE LA PELVIS RENAL Y DEL URETER

**Declarado de interés científico-sanitario por la Consellería de Sanitat
de la Generalitat Valenciana**

Organizado por el servicio de Urología del hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, presidido por el Dr. D. Carlos San Juan De Laorden y auspiciado por la Asociación Española de Urología, tuvo lugar el Congreso anual conjunto de las Asociaciones de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia.

Participaron nueve centros hospitalarios de la provincia de Valencia, uno de la de Alicante y dos de Murcia además del grupo de Medicina Basada en Pruebas de la asociación murciana. Se presentaron cuarenta comunicaciones y siete póster, por parte murciana los siguientes:

FACTORES HISTOPATOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS COMO VARIABLES PRONOSTICO-EVOLUTIVAS DE LOS TUMORES DE UROTELIO SUPERIOR SOMETIDOS A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

L. O. Fontana, F. Martínez¹, F. García, M. Tomás, J. L. Rico, A. Sempere, J. P. Morga.
Servicio de Urología y Servicio de Anatomía Patológica¹, Hospital General Universitario de Murcia

Los T.U.S. (tumores de urotelio superior) aunque relativamente infrecuentes su incidencia está en franco aumento en los países occidentales. El creciente número registrado en los últimos años está relacionado con el aumento del tiempo de supervivencia de los enfermos. Ennos con tumores vesicales.

OBJETIVO: Valorar las características e influencia de los (actores histopatológicos y la sobreexpresión inmunohistoquímica de P53, Ki67 y C-erb-2 en la evolución de los T.U.S.

MÉTODO: Estudio retrospectivo de historias clínicas y estudios anatomopatológicos e inmunohistoquímicos de 61 pacientes sometidos a cirugía por T.U.S. El estudio inmunohistoquímico se realizó con la técnica

STREPTAVIDINA-BITINA-PEROXIDASA mediante Kit LASAY (DAKO), El análisis de los resultados y la significación estadística se realizó mediante tablas de contingencia 2x2 con χ^2 de Pearson y análisis de residuos para variables cualitativas. Para la interrelación de variables se utilizó análisis multivariante de Cox y curvas de supervivencia de Kaplan-Meyer.

CONCLUSIONES: En nuestra serie existe una correlación significativa (menor de 0,05) entre grado citológico y sobreexpresión de P53 y M 67. estando estos relacionados con la proliferación. Progresión y muerte tumor dependiente incidiendo negativamente en la supervivencia a largo plazo de estos pacientes ($p < 0.01$), La sobreexpresión C-erb-2 no guarda relación significativa con la evolución tumoral

COMPARACION DE LA SOBREPRESION DE LOS MARCADORES INMUNOHISTOQUÍMICOS P-53 Y Ki-67 EN LOS TUMORES DE VÍAS URINARIAS ALTAS SINCRONICOS CON TUMORES VESICALES INFILTRANTES

J.P. Morga Egea, L. O. Fontana Compiano, M. Tomás Ros, A. Sempere Gutiérrez J.L. Rico Galiana F. Martínez Díaz
Servicio de Urología Hospital General Universitario Murcia

INTRODUCCIÓN: La proteína P53 tiene, entre otras, la función de bloquear la mitosis celular o inducir la apoptosis en células que han sufrido un daño genético irreparable El Ki-67 es un anticuerpo monoclonal (Ig G1) cuya expresión es un marcador directo de proliferación celular tanto en tejido tumoral como sano, Se ha comprobado en ambos que su sobreexpresión es un indicador pronóstico-evolutivo de los tumores uroteliales.

OBJETIVOS: Correlacionar la expresión de ambos marcadores en los tumores vesicales sincrónicos con los de vías urinarias, altas para comprobar si se trata de la misma enfermedad con diferentes localización anatómica, o por contrario se trata de enfermedades con diferentes caracte-

rísticas y aparición sincrónica debida al azar.

MATERIAL Y METODOS: De las 73 intervenciones realizadas en nuestro Servicio para tratamiento de tumores de urotelio superior, en 61 se realizaron estudios histopatológicos e inmunohistoquímicos. 12 presentaban tumor vesical sincrónico. Se ha cuantificado y correlacionado la expresión de P-53 y Ki-67 en las piezas de anatomía patológica vesicales y uroteliales de estos pacientes.

CONCLUSIONES: El P-53 el Ki-67 y el grado histopatológico son adecuados marcadores pronóstico evolutivos en tumores uroteliales de vías sincrónicos con los vesicales.

VALVULA URETERAL VERDADERA EN LA INFANCIA. UN NUEVO CASO

Dres. Nortés L., Zambudio G., Guirao M. J.

Sección de Urología Pediátrica Arrixaca. Murcia.

La válvula ureteral verdadera es una rara formación congénita responsable de uropatía obstructiva del tracto urinario superior de la que han sido comunicados más de 50 casos en la literatura mundial.

Puede tener la configuración de un diafragma o de una copa y se encuentra con preferencia en los dos tercios superiores del uréter, donde se constituye un obstáculo al tránsito anterogrado, de evacuación de la orina.

Histológicamente constituida por mucosa y muscular de carácter permanente es fácilmente distinguible de las pseudoválvulas del recién nacido que desaparecieron al desarrollo.

La clínica, infección urinaria del tracto superior, hematuria, dolor, hipertensión y raramente tumoración abdominal dependiente de una hidronefrosis es la de la uropatía obstructiva del tracto superior.

El diagnóstico, en la actualidad se hace antenatalmente o en período postnatal precoz gracias a la estandarización y generalización de los cuidados del embarazo, aunque el

diagnóstico de la entidad es efectuado durante el procedimiento quirúrgico en la mayoría de ellos.

Muchos de los casos han sido catalogados, antes de una intervención correctora, como estenosis de la unión pieloureteral.

El tratamiento de la entidad es la resección valvular y la uretero-ureterostomía.

Presentamos el caso, de una recién nacida diagnosticada prenatalmente de displasia multiquistica renal Izda. y estenosis de la unión ureteropielica estadio IV del riñón derecho.

Durante la intervención se descubrió que la causa de su uropatía obstructiva era una válvula ureteral situada en la unión del tercio superior y el medio del uréter.

Una uretero-ureterostomía ha solucionado dicha obstrucción.

La concomitancia con una displasia multiquistica contralateral refuerza la opinión generalizada del carácter congénito de esta malformación.

PÓLIPOS FIBROEPITELIALES EN URÉTER

Cao E.¹, Crego M., De la Peña E, Caffaratti J., Arce Y., Algaba F., Garat J.M., Villavicencio H., Pérez Albacete M.¹

(1) Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". Murcia

Servicio de Urología y Anatomía Patológica. Fundació Puigvert. Barcelona

INTRODUCCIÓN: Los pólipos fibroepiteliales son una entidad rara, generalmente diagnosticados por hematuria o síntomas obstructivos y de carácter benigno. Son importantes el diagnóstico diferencial frente a neoplasias malignas. Revisamos la experiencia de la Fundació Puigvert desde la fecha de su creación en 1934 hasta Diciembre del 2003 para la totalidad del tracto genitourinario, focalizando el estudio en los de localización ureteral y piélica. Posteriormente realizamos una puesta al día de la literatura existente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos revisión en el archivo de la Fundació Puigvert, seleccionando todos los pólipos fibroepiteliales entre las fechas referidas. Para la revisión bibliográfica se ha realizado una búsqueda automatizada en la base de datos "Pubmed", Se recoge: edad, sexo, presentación clínica, localización, tratamiento y evolución posterior.

RESULTADOS: Se han hallado un total de 12 casos de pólipo fibroepitelial. Entre ellos, 9 son de localización ureteral

(75% del total). La edad media al diagnóstico para los casos ureterales fue 45,3 años (intervalo entre 26 y 71 años). Se encontraron 5 hombres frente a 4 mujeres afectas. La distribución dentro del uréter fue: 5 de localización lumbar, 2 de localización intramural y 2 en pélvis. Siete se localizaron en el lado izquierdo frente a dos en el lado derecho. Hematuria y dolor cólico fueron las presentaciones más frecuentes, apareciendo en 4 casos cada una. Otro caso fue diagnosticado en el estudio de una lumbalgia. Se realizaron en su tratamiento 5 ureterectomías segmentarias, asociando, en los casos intramurales a reimplante vesical, 3 nefroureterectomías y un caso de exéresis endoscópica. Todos los casos están libres de recidiva.

CONCLUSIÓN: Los pólipos fibroepiteliales en el tracto urinario son una patología excepcional. Se localizan mayoritariamente en tracto urinario alto y su comportamiento siempre es benigno.

TRATAMIENTO DE TUMORES DE UROTELIO ALTO MEDIANTE URETERECTOMÍA SEGMENTARIA Y ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL

G. Gómez, A. I. López, E. Cao, A. Maluff, P. López, A. Guardiola, P. Martínez, J.A. García, G. Server, A. Prieto, M. Migabert, J. Tornero, J.A. Nicolás, M. Pérez Albacete.

Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

COMUNICACIÓN: Resumen: Presentamos nuestra serie de tumores de urotelio alto en los que por diferentes motivos no fue posible la realización de nefroureterectomía ni reimplante uretero – vesical, por lo que fue preciso reali-

zar exéresis segmentaria ureteral con posterior anastomosis término – terminal. Se exponen resultados oncológicos y funcionales a corto plazo.

LITIASIS DE URETER PELVIANO ¿URETEROSCOPIA O LEOCH?, ALGUNOS ASPECTOS DE LA UROLOGÍA BASADA EN PRUEBAS

Romero Hoyuela A., Tello Royloa C., Guzmán Martínez Vals P., Prieto Sánchez, A., Tomás Ros M., Sempere A., y Grupo de Trabajo en Urología Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología,

OBJETIVOS: Comparar la eficacia y seguridad de la ureteroscopia frente a la litotricia extracorpórea por ondas de choque en el tratamiento de la litiasis de uréter pelviano, utilizando la metodología de la Medicina Basada en Pruebas.

MATERIAL y MÉTODOS: Búsqueda bibliográfica en el Registro Central Cochrane de ensayos Clínicos Controlados y en la base de datos Medline, a través de PubMed de ensayos clínicos Controlados y aleatorios que comparen la eficacia y seguridad de 11 L.E.O.CH. y la ureteroscopia en el tratamiento de las litiasis de uréter pelviano.

Valorar críticamente la validez; importancia y aplicabilidad de los estudios encontrados, siguiendo las guías para usuarios de la literatura médica del Grupo de Trabajo de Medicina Basada en la Evidencia de la Universidad de Mc Master.

RESULTADOS: Se ha identificado tres ensayos clínicos controlados aleatorios que responden a la pregunta clínica de interés.

Los tres estudios presentan deficiencias metodológicas e información incompleta, o incluso uno de ellos, con defectos en la aleatorización.

Los tres estudios muestran que tanto la L.E.O.CH. como la ureteroscopia son eficaces en el tratamiento de las litiasis de uréter pelviano. La ureteroscopia ofrece una resolución más rápida y un menor número de re-tratamientos. Ambas técnicas son muy seguras, sin complicaciones mayores. La L.E.O.CH. presenta un menor índice de complicaciones menores.

La heterogeneidad de los datos publicados en los distintos estudios, hace imposible realizar un meta-análisis de los mismos.

La aplicación de los resultados a la práctica clínica se ve dificultada por la gran variabilidad técnica tanto de la L.E.O.CH. (diferentes tipos de litotriptores), como de la ureteroscopia (diferentes ureteroscopios y sistemas de litofragmentación)

CONCLUSIONES: Tanto la L.E.O.CH. como la ureteroscopia son eficaces en el

tratamiento de las litiasis de uréter pelviano. La ureteroscopia ofrece mejores resultados a corto plazo y un menor número de re-tratamientos. La L.E.O.CH. presenta una mayor seguridad con menor índice de complicaciones menores.

NEFROURETERECTOMIA CON DESINSERCIÓN ENDOSCÓPICA. EXPERIENCIA EN LA COMUNIDAD UROLÓGICA MURCIANA

M. Tomás Ros, P. Valdevira Nadal, A. López López, R. La Iglesia Cabrerizo, P. Guzmán Martínez-Valls, C. Tello Royloa, F. García García, C. García Espona, L. Asensio Egea

Asociación Murciana de Urología

INTRODUCCIÓN: El tratamiento clásico del Tumor de Urotelio Superior (TUS) fue estandarizado en 1934 por Kimball mediante Nefroureterectomía (NU) con una gran incisión lumboabdominal o dos incisiones, una lumbar y otra abdominal baja. La NU con Desinserción Endoscópica (NUDE) ha sido progresivamente adoptada en nuestros Hospitales para tratar los TUS, Debido a la baja incidencia de los TUS, la casuística personal es escasa, lo que favorece la variabilidad en los tratamientos.

OBJETIVOS: Unificar criterios en la Asociación Murciana de Urología (AMU), como paso previo a la confección de una Guía Práctica de Tratamiento del TUS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos revisado en 8 Hospitales los datos de pacientes intervenidos de TUS a los que se realizó NUDE, en un periodo de 10 años (1994-2003), Hacemos un estudio descriptivo multiinstitucional.

RESULTADOS: En ese periodo a 210 pacientes se les ha realizado nefroureterectomía por TUS, 175 hombres, 35 mujeres (relación 6/1) de edades entre 37 y 87 (media

64), de ellos 85 fueron intervenidos con NUDE (40%) y son el objeto de la revisión. Ocho de las NUDE ha sido realizadas con técnica laparoscópica asistida por mano. No han aparecido complicaciones relacionadas con la técnica endoscópica. No hemos encontrado una uniformidad en la ejecución técnica. El tiempo de sondapermanencia ha oscilado entre 4 y 12 días (mediana 6 días). La estancia hospitalaria entre 3 y 12 (media de 6 días).

CONCLUSIONES: En nuestro medio la NUDE se ha convertido en la técnica habitual de tratamiento de los TUS proximales. Hemos encontrado gran variación en la técnica de resección empleada y días de sondapermanencia. La Nefroureterectomía con Desinserción endoscópica realizada por laparoscopia «manoasistida» va a convertirse en la técnica de elección. Esta revisión supone un punto de partida de nuestra Asociación (AMU). Para unificar un protocolo que evite la variabilidad de la práctica terapéutica de los TUS.

CIRUGIA DEL REIMPLANTE EN LAS ESTENOSIS URETEROINTESTINALES DE PACIENTES DERIVADOS

M. Tomás Ros, A. Sempere Gutiérrez, J.L. Rico Gálikano, J.P. Morga Egea, L.O. Fontana Compiano

Servicio de Urología Hospital General Universitario Murcia

INTRODUCCION: La estenosis no neoplásicas de las uniones ureterointestinales (EUI) se presentan en un 8-14% de los pacientes derivados. Las causas pueden ser intrínsecas, consecuencia de la técnica anatómica, por devascularización, por fístula urinaria, por fibrosis retroperitoneal, etc. Para su resolución inicialmente suelen ser utilizadas técnicas endourológicas con intención diagnóstica o curativa.

OBJETIVOS: Valorar la experiencia en nuestro Servicio, para resolver EUI con reimplante quirúrgico.

MATERIAL Y METODOS: Hemos revisado 200 pacientes consecutivos intervenidos de cistectomía radical y derivación urinaria (conductos o sustituciones), periodo Enero de 1987 a Diciembre de 2003. Se han obtenido datos sobre edad, sexo, forma de derivación, lado de EUI, técnicas endourológicas previas y resultados, tipo de cirugía realizada, complicaciones, tiempo de seguimiento y evolución a largo plazo (un año o fallecimiento). Se comparan las dos opciones.

RESULTADOS: Las edades han sido de 29 a 86 (media 66 a), relación H/M 13/1, a 149 se les realizó derivación tipo Bricker, a 43 neovejigas (41 ortotópicas,

2 heterotópicas), conductos colónicos y a 5 ureterocolostomías. Un total de 26 pacientes (13%) presentaron EUI, suponen 29 unidades renoureterales. Se ha practicado técnicas endourológicas con intención curativa en 21 casos, de los cuales solamente han presentado buenos resultados definitivos 7 (33%). Hemos efectuado un total de 24 reimplantes UI (20 pacientes). A cuatro con sustitución ureteral completa por ileón, 3 pacientes con una nueva ureteroileostomía y una reconversión de neovejiga a Bricker por coincidir con tumor recidivado en vejiga ileal, No han existido complicaciones postoperatorias significativas, los resultados se consideran buenos y duraderos, con un seguimiento mínimo de 12 meses en 17 pacientes (85%)

CONCLUSIONES: La vigilancia de pacientes con EUI tratados con técnicas endourológicas demuestra éxito definitivo en un número limitado de casos, y por lo tanto deben ser empleadas en pacientes debilitados o con mal pronóstico que no sean candidatos; a la cirugía. El reimplante UI quirúrgico es seguro y presenta buenos resultados a largo plazo por lo que se encuentra indicado de entrada en aquellos con buen porvenir oncológico.

TUMOR DE UROTELIO ALTO SOMETIDO A EXÉRESIS SUBMUCOSA

G. Gómez, A. I. López, E. Cao, A. Maluff, P. López, A. Guardiola, P. Martínez, J.A. García, G. Server, A. Prieto. M. Rigabert, J. Tornero, J.A. Nicolás, M. Pérez Albacete

Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

POSTER

Resumen: Se presenta un caso de tumor urotelial alto en paciente monorreno con exéresis segmentaria ureteral previa y poliposis intestinal, en el que no fue posible la realización de ureterostomia segmentaria y sustitución intestinal. Resultados a corto plazo.

CARCINOSARCOMA DE PELVIS RENAL

G. Gómez, A. I. López, E. Cao, A. Maluff, P. López, A. Guardiola, P. Martínez, J.A. García, G. Server, A. Prieto. M. Rigabert, J. Tornero, J.A. Nicolás, M. Pérez Albacete

Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

POSTER

Resumen: Se presenta un caso de tumor de pelvis renal que presentaba como particularidad diferenciación cartilaginosa de características malignas además de diferenciación a adenocarcinoma.

POSTER GANADOR DEL PREMIO SERVER FALGÁS DE LAS VIII JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS NOVIEMBRE DE 2002



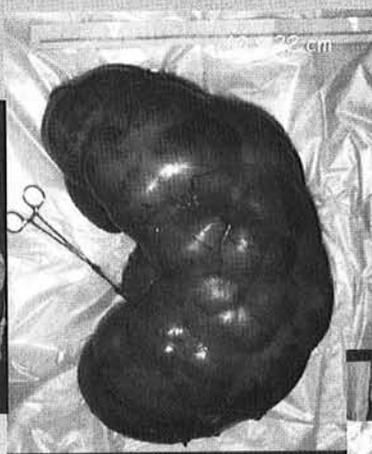
Masa Renal Quística Gigante

G. Hita, P. Guzmán, T. Fernández, B. Miñana, J. Lorca, F.V. Cuesta
Servicio de Urología, Hospital Universitario "Morales Meseguer", MURCIA



Varón de 52 años con aumento de perímetro abdominal progresivo de meses de evolución, que acudió repetidamente a Medicina General, etiquetándose de aumento abdominal por exceso de peso.

TAC: presencia de tumoración Quística que ocupa casi todo el abdomen, ocupando ambos hipocondrios. Ausencia de riñón izquierdo.



Masa renal quística gigante de 40 x 22 cm y 32 kg de peso.

Posible diagnóstico: hidronefrosis gigante vs nefroma multiquístico del adulto

EL PREMIO "SALVADOR PASCUAL" 2004
HA QUEDADO DESIERTO

La Urología en los próximos diez años

Todos miramos hacia el futuro y estamos interesados en él, pero...
¿es posible predecir el futuro de la Urología?

Lo primero que se intuye cuando analizamos lo que aparece el horizonte, es una disparidad entre las preferencias tanto clínicas como experimentales de los urólogos con las necesidades de la población, y que esto junto con el impacto de la información puede hacer cambiar las relaciones médico/enfermo.

Es cierto que algunos aspectos clínicos han variado en los últimos años. La disminución de la mortalidad en el cáncer de testículo por el abordaje multimodal ha descendido a menos del 5 %, pero en contraste la mortalidad del cáncer de próstata y vejiga está en un 20% y la del renal en casi un 40%, con lo cual los urólogos seguirán siendo reclamados por los pacientes en los próximos años para tratar estadios finales de la enfermedad, mientras los clínicos investigadores quizás se preocupen más por el diagnóstico precoz y los estadios iniciales.

Pero el diagnóstico precoz de las neoplasias urológicas, aún presenta muchas incógnitas y es difícil por ejemplo, explicarle al paciente que el método del cual ha oído, o ha leído, o ha buscado la red para detectar cáncer de próstata ("un simple análisis de sangre, el PSA"), pierde fuerza y cada vez más son los científicos que dudan de su utilidad y sin embargo está llevando al quirófano a miles de varones, ¿innecesariamente?, muchos urólogos piensan que sí, pero también, que si detectan un cáncer y no hay manera de predecir su capacidad letal no pueden negar un tratamiento. Resolver el dilema del tratamiento del cáncer de próstata es un logro que habrá que definir en la próxima década, hasta entonces parecerá razonable atacar al tumor, aún con la carga de secuelas que llevará implícita.

La litiasis ha incrementado progresivamente su incidencia, pero también la efectividad de los tratamientos, la cirugía abierta ha quedado relegada a casos anecdóticos por una LEOC cada vez más efectiva y por el resurgir de la Nefrolitotomía percutánea asociado al despegue definitivo de la Laparoscopia. Pero la presentación de litiasis residual hará investigar nuevos tratamientos médicos y nuevas tecnologías.

La litiasis y el cáncer presentan gran demanda asistencial, sin embargo hay otras parcelas de la urología donde no se percibe la demanda social aunque se conoce por los estudios epidemiológicos que hay gran incidencia de ellas. Los síntomas relacionados con el aparato urinario bajo, la disfunción eréctil y la incontinencia urinaria son claros ejemplos de ello. Así, se sabe que este último aspecto el número de pacientes que utilizan catéter uretral por incontinencia supera al de pacientes que se intervienen quirúrgicamente y son cinco veces más aquellos pacientes que usan fármacos para tratamiento, pero es que el número de pacientes que utilizan compresas puede llegar a ser hasta 15 veces mayor que el de que se medican.

Los urólogos deberán en los próximos años empezar a definir sus prioridades académicas y asistenciales para

asegurarse de lo que necesita la población y ayudar a los gobierno a decidir en lo que van a invertir sus presupuestos.

Otro paradigma del cambio lo condicionarán las nuevas tecnologías tanto diagnósticas (TC3D, PET, RMN/Espectrometría, etc), como la terapias ablativas (crioterapia, radioterapia, braquiterapia e HIFU), asistidas por nuevas vías de abordaje menos invasivas (esterotaxia, laparoscopia, etc), las nuevas drogas quimioterápicas, los tratamientos biológicos (modificadores biológicos de la respuesta inmune, vectores/anticuerpos monoclonales), el diagnóstico genético molecular, la manipulación y terapia génica.

Es difícil predecir que pueden aportar estos cambios y otros más futuristas como la utilización de vejigas biológicas artificiales, nuevos test en sangre y orina para monitorizar neoplasias, la terapia fotodinámica del cáncer vesical, etc.

Puede que los cambios no sean altruistas, obligarán a nuevas formas de financiación del sistema, tendrán implicaciones médico-legales, se perderá la relación paternalista médico-enfermo tan arraigada en nuestro medio, los sistema de formación, los cursos y congresos no se ajustará a los actuales modelos y condicionará nuevas formas de relación entre la industria farmacéutica y de electro o biomedicina a las que la los gestores sanitarios no podrán ser ajenos.

Pero para que la urología avance en todos los terrenos al ritmo de las otras especialidades, es necesario que los urólogos estemos dispuestos a impulsar la nueva revolución que no es solamente la de la tecnología.

Hay que adaptarse a la explosión de la información y conocer las herramientas de las que disponemos en Internet, y a las cuales el paciente también tiene acceso.

En los próximos años la Urología moderna, dinámica, coste-eficaz, y de calidad nos obligará a disponer de consultas de alta resolución, a imponer la cirugía ambulatoria y para ello será necesario será descompartimentar las instituciones sanitarias para permitir el libre trasiego de los pacientes y especialistas entre Servicios que tendrán sobreespecialización, porque las nuevas tecnologías y los costes de las mismas exigirán un rendimientos más adecuado.

Habrán muchos nuevos procedimientos, los pacientes buscarán aquel más apropiado a ellos según su información, el nuevo procedimiento será muy específico y probablemente caro, solo lo podrá llevar a la práctica un reducido número de especialistas y por lo tanto los usuarios acudirán al lugar donde haya sido dispuesta la tecnología y el equipo humano para realizarlo.

Nuestra Región reúne condiciones para adoptar fácilmente estas tendencias cambiantes, los urólogos debemos propiciarlas ante las autoridades sanitarias si no corremos el riesgo de no llegar o de llegar tarde a este futuro tan apasionante que nos espera.

MARIANO TOMÁS ROS

RADIOTERAPIA EN EL SEMINOMA TESTICULAR

Jesús Fernández Pérez

Servicio de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Con ocasión de las IX Jornadas Urológicas Murcianas, hemos querido conocer los tratamientos realizados y los resultados obtenidos en nuestro Hospital, con los pacientes diagnosticados de tumores testiculares, especialmente seminomas puros.

Hemos procedido a la revisión de los tumores testiculares atendidos en el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca", entre los años 1.980 y 2.003. Han colaborado en la identificación y en la recogida de datos los servicios de Urología, Oncología Médica, Anatomía Patológica, Documentación Clínica y el Registro de Cáncer de Murcia.

El número de casos registrado ha sido:

| | |
|-------------------------------------|------------|
| Seminomas | 59 (42%) |
| No seminomas | 82 |
| Tumores testiculares, no germinales | 3 |
| TOTAL | 144 |

Esta casuística representa aproximadamente un 63% de todos los casos de la Región, según los datos del Registro de Cáncer de Murcia.

SEMINOMA TESTICULAR

Los pacientes con seminoma testicular presentaban en el momento de su diagnóstico, su enfermedad en los siguientes estadios:

| ESTADIOS | Nº de pacientes |
|-----------------------|------------------------|
| I | 39 (70%) |
| II | 14 (25%) |
| III | 3 (5%) |
| sin datos suficientes | 3 |
| TOTAL | 59 |

TRATAMIENTO

SEMINOMA, ESTADIO I

La mayoría de los pacientes, se encuentran curados una vez realizada la orquiectomía, por lo que es suficiente realizar una vigilancia clínica, durante unos años. Pero hay un 15-20% de pacientes, con enfermedad inaparente y que sin un tratamiento adicional, recidivarán posteriormente. La radioterapia postoperatoria reduce las recaídas de la enfermedad a un 3-5%.

En nuestro Hospital, de los 39 pacientes con seminoma testiculares estadio I, 12 han sido seguidos sin tratamiento y los 27 restantes han sido sometidos a radioterapia. Se han considerado factores de riesgo de recaída: el tamaño del tumor testicular igual o superior a 3 cm, la invasión vascular o linfática, la invasión de la rete testis o el abordaje escrotal para la orquiectomía. Los pacientes sometidos a seguimiento, presentaban un promedio de 0,66 factores de riesgo, mientras que en los sometidos a radioterapia el promedio de factores de riesgo era de 1,24.

El tratamiento con radioterapia se realizó con una unidad de cobaltoterapia hasta 1.995 y a partir de entonces mediante acelerador lineal. Fueron irradiados siempre los ganglios retroperitoneales, incluyendo además los ganglios iliacos homolaterales en el 74% de los pacientes, los ganglios inguinales en el 15%, y el hemiescrotos en el 11%. Se utilizó una dosis diaria de 1,5 - 2 Gy, con un fraccionamiento de 5 sesiones por semana, hasta totalizar una dosis de 25-30 Gy. Un 42% de los pacientes mostró toxicidad gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarrea) grado I. No hubo casos de toxicidad grados II a IV.

RESULTADOS:

ESTADIO I TRAS SEGUIMIENTO

Fueron seguidos 12 pacientes. Al cierre de la revisión no se conocía la situación de tres pacientes, los cuales no presentaban enfermedad en su última visita. La pérdida se produjo a los 2 meses, 2 meses y medio y 45 meses. Apareció

recidiva de su enfermedad en 3 pacientes que fueron rescatados, con radioterapia en dos de los casos y con quimioterapia en el otro, encontrándose libres de enfermedad en la última revisión. Los otros seis pacientes sometidos a seguimiento se encontraban libres de recaída de su enfermedad.

ESTADIO I TRAS RADIOTERAPIA.

Fueron tratados 27 pacientes. El seguimiento realizado ha sido de 4 meses a 13,1 años, con una mediana de 4,9 años. Cuatro pacientes, que se encontraban bien, a los 5, 23, 54 y 61 meses del tratamiento, no volvieron a revisión. En los 23 pacientes restantes no se han producido recaídas de su enfermedad.

SEMINOMA ESTADIO II

Los pacientes se han clasificado según la existencia o no de enfermedad ganglionar voluminosa, y los tratamientos realizados han sido:

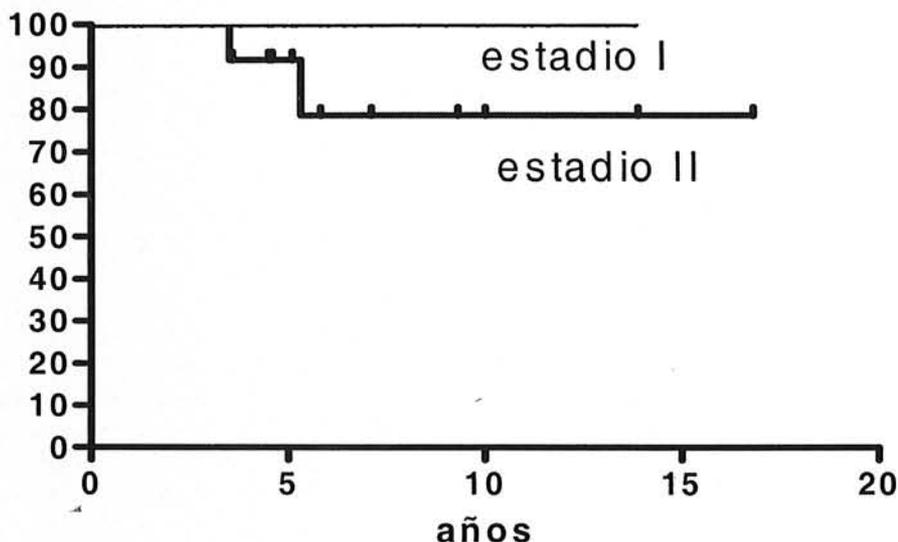
| VOLUMEN TUMORAL | RT | QT | QT+RT | TOTAL |
|-----------------|----|----|-------|-------|
| <5 cm | 5 | 1 | 2 | 8 |
| >5 cm | 0 | 3 | 3 | 6 |

En los pacientes sometidos a radioterapia han sido tratados los ganglios retroperitoneales e iliacos, y según la extensión de la enfermedad se han incluido o no, los ganglios inguinales. La dosis diaria y el fraccionamiento han sido similares a los utilizados en el estadio I, y la dosis total ha oscilado entre los 30-40 Gy.

De los 14 pacientes en estadio II, se perdió el seguimiento de dos pacientes a los 33 y 54 meses, encontrándose previamente bien, dos fallecieron por su enfermedad y diez viven libres de enfermedad.

La supervivencia global a los 14 años es del 100% en el estadio I y del 84% en el estadio II.

SEMINOMA: SUPERVIVENCIA GLOBAL



INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA

SEMINOMA

Consideramos indicada la irradiación postorquiectomía en los pacientes con seminoma, estadio I y en los pacientes con estadio II, con volúmen de enfermedad inferior a 5 cm.

En el estadio I, se administran 25-30 Gy, en fracciones de 1,8 a 2 Gy, mediante campos anterior y posterior, tratando diariamente cada campo. Los campos incluirán desde disco intervertebral D10-D11 hasta L5-S1, incluyendo las apófisis transversas lumbares, asegurando la cobertura de los ganglios del hilio renal.

En el estadio II, deben incluirse los campos anteriores, asegurando la cobertura de toda la enfermedad ganglionar conocida. Deben administrarse al menos 30 Gy, con campos amplios y con una posible sobreimpresión sobre enfermedad inicial, hasta alcanzar 36 Gy.

También se encuentra indicada la radioterapia en caso de testículo único, con carcinoma in situ. En este caso se administran, 20 Gy a lo largo de dos semanas.

CURSOS DE NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA CON LA MANO EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO "VIRGEN DE LA ARRIXACA". MURCIA.

Guillermo Gómez Gómez.

Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen Arrixaca". Murcia

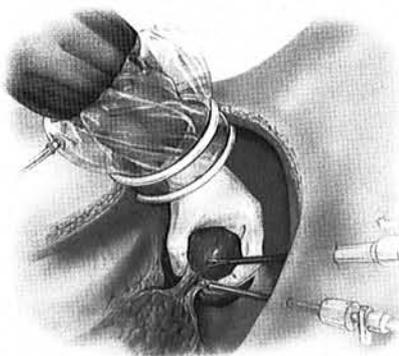
El uso de la laparoscopia por el urólogo tuvo lugar al final de la década de los 80, concretamente para el tratamiento del varicocele o para el estadiaje del cáncer de próstata, pero no eclosionó definitivamente hasta el Congreso de la Asociación Americana de Urología (AUA) de 1992.

Si nos ceñimos a la técnica de la nefrectomía laparoscópica asistida con la mano y no a la laparoscopia pura, el comienzo fue algo más tardío pues en 1993 Ono y col. (J. Urol, 150: 1.222) describieron dos casos de nefrectomía por carcinoma renal, extrayendo la pieza completa sin triturar mediante una incisión abdominal, por tanto comenzaron a combinar la cirugía a vía abierta y la laparoscopia.

Boland y col. (Min. Inv. The. 1993. 2: 63-67), Thierney y col. (Min. Inv. The. 1994, 3: 303-305), publicaron los resultados de sendas nefrectomías laparoscópicas asistidas con la mano, es decir, que aprovechan la minilaparotomía para introducir la mano y usarla como instrumento quirúrgico, más tarde, Gill y col. (J. Endourol. 1994. 8:143-148) efectuaron una serie de nefrectomías laparoscópicas ayudadas con la mano en donante vivo, con animales de experimentación. Nakada y cols. (Urology 1996. 49:612-613) describieron los principios de la técnica de la nefrectomía laparoscópica asistida por la mano en el hombre. Schulam y col (J. Urol, 1996. 155:1857) publican la primera serie de nefrectomías laparoscópicas asistidas con la mano de donante renal vivo humano. Ratner y col (Trasplantación

IV CURSO DE ADIESTRAMIENTO PRÁCTICO EN NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR LA MANO

Murcia, 5 y 6 de marzo de 2004



Organizado por:
Servicio de Urología del Hospital Universitario
Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Sede del curso:
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Coordinadores del curso:
Dr. G. Gómez Gómez Dr. M. Pérez Albacete
Dr. P. López Cubillana Dr. A. Prieto González

Arrixaca
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Servicio
Murciano
de Salud



1995, 60:1047-1049) protocolizan la técnica de nefrectomía laparoscópica asistida con la mano de donante vivo humano. Los trabajos de Wolf y col. (Urology, 1998, 52:885) muestran las ventajas de la nefrectomía asistida con la mano en donantes vivos humanos, en detrimento de la laparoscopia pura, señalan la disminución del tiempo quirúrgico y el menor tiempo de isquemia. En el mismo sentido se expresa Slakey y cols. (Transplantation, 1998, 68:581) resaltando que la curva de aprendizaje también es menor, con la primera opción.

Las diferentes publicaciones muestran, la posibilidad de extraer un riñón de donante vivo con laparoscopia y que la laparoscopia asistida con la mano posé los mismos resultados prácticos que la laparoscopia pura, pero con una curva de aprendizaje más rápida, y el tiempo de isquemia y el quirúrgico menor, todo este conjunto de propiedades, nos movió a interesarnos por dicha técnica, para ello, dos de los miembros de nuestro servicio los Drs. Prieto González y López Cubillana se desplazaron a la Fundación Clínica Mayo de Rochester, en Minnesota, para aprender la técnica de nefrectomía laparoscópica mano asistida en donantes vivos humanos con el Dr. Mikel Prieto, uno de los profesionales con más casuística de EEUU.

A la vuelta y para curtirnos en la técnica, comenzamos a practicar una serie de nefrectomías laparoscópicas asistida con la mano en cerdos para seguir posteriormente en humanos, iniciándonos en riñones pequeños y fáciles de extirpar. Más tarde y basándonos en los trabajos de Wolf y col. (J. Urol. 1998, 160: 22-27) que describen ciertas ventajas con ésta técnica en contra de la laparoscopia pura, para la exéresis de riñones tumorales, comenzamos a realizar nefrectomías y nefroureterectomías en patología tumoral, tanto parenquimatosa como de urotelio alto, así se llegó a la exéresis de riñones de hasta 1500 grs. de peso.

Con todo éste bagaje y una vez que nos convencimos que el ciclo de aprendizaje iba madurando, nos decidimos a realizar nefrectomías laparoscópicas ayudadas con la mano en riñones de donante vivo, con la intención de reconvertir, en los primeros casos si era preciso. El objetivo primordial de nuestro aprendizaje se estaba cumpliendo, estábamos extrayendo riñones de donantes vivos.

Después llegaron nuestras primeras comunicaciones en congresos y publicaciones en revistas especializadas, despertando el interés en numerosos urólogos, pues los resultados de morbilidad y mortalidad así como el pronóstico en los pacientes con patología tumoral eran superponibles a la nefrectomía laparoscópica pura, con la ventaja del aprendizaje más rápido.

A la vista de ello, algunos urólogos acudieron a nuestro hospital para ver "in situ" dicha técnica, otros en cambio, nos invitaron a sus respectivos hospitales, para efectuarla allí, generándose un trasiego de personas, instrumental, preguntas etc. que precisaban de una unificación y protocolización, es decir, algo premedita-

do y programado, algo parecido a un curso de laparoscopia.

Todas estas premisas, junto a la iniciativa de algunas casas comerciales que podían prestarnos su apoyo, nos animaron a que montáramos dicho curso demostrativo de nefrectomía laparoscópica mano-asistida. Así pues, concretamos una estructura tal que no solamente se hiciese una demostración quirúrgica (pasiva para los alumnos) sino que en el propio curso, cada alumno pudiera realizar una nefrectomía laparoscópica mano-asistida en animales de experimentación.

Este conjunto de actividades conllevaría a la introducción del alumno en el campo de la laparoscopia, familiarizándose con el instrumental laparoscópico, y comenzando otro mundo quirúrgico, pero también serviría (gracias a la facilidad de aprendizaje) a no caer en el desánimo, ya que la mayoría de alumnos probablemente podrían ser capaces de efectuar una nefrectomía en el primer intento sin necesidad de reconvertir, algo impensable si se hubiese tratado de una nefrectomía mediante laparoscopia pura.

Al principio, se pensó en hacer un curso anual, basado en una parte teórica y otra parte práctica, donde los alumnos practicasen una nefrectomía laparoscópica mano asistida en animales de experimentación.

El primer curso con dicho formato tuvo lugar en el año 2002, interviniendo 5 alumnos, sobre tres cerdos. El primer riñón era extraído por uno de los coordinadores del curso sirviendo de muestra docente y los cinco restantes por los alumnos, todo él se desarrolló en el Hospital de la facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia.

En los cursos siguientes se establecieron tres fases, una primera en donde se explicaron las bases teóricas de la laparoscopia asistida con la mano, publicaciones, estadísticas, etc. Una segunda fase de nefrectomías laparoscópicas mano-asistidas en humanos, realizadas por los coordinadores del curso, y una tercera fase, fue eminentemente práctica pues los alumnos realizaban una nefrectomía laparoscópica mano-asistida con animales de experimentación. En este curso se pudo utilizar el quirófano de cirugía experimental del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por tanto las tres fases se efectuaron en un solo edificio.

Ante la petición de los compañeros urólogos el año siguiente se realizaron dos cursos con 8 alumnos y actualmente estamos efectuando ya tres cursos anuales.

Nuestra gran satisfacción llegó cuando supimos que en los hospitales que contaban con infraestructura en material laparoscópico, casi la mitad de los urólogos que asistieron a los cursos, fueron capaces de realizar una nefrectomía en humano, poco tiempo después.

La intención que tenemos ahora es seguir avanzando en calidad contenido y prestigio a los cursos venideros, pues no solamente queremos que el alumno efectúe una nefrectomía en cerdos, sino que se aproveche más la oportunidad de tener ante las manos un animal de

experimentación y se desarrollen otras técnicas, necesarias para ir completando una formación laparoscópica, así pues, queremos que se realicen cistorrafias, reimplantes, anastomosis de uretra previamente disecada y seccionada, diferentes tipos de nudos manuales y automáticos etc. Todo con vistas a la incorporación del resto de técnicas a los diferentes servicios de urología del país.

Solo nos resta agradecer a las diferentes casas co-

merciales el apoyo económico y moral que nos han prestado, al equipo de dirección, al resto del Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, a nuestra secretaria M^o José, al personal del quirófano de Urología, al de cirugía experimental, a nuestros anestesiastas Carlos y Olga, al celador de cirugía experimental, Antonio, etc. y como no, agradecer la confianza que han depositado en nosotros, nuestros compañeros urólogos que han asistido a los diferentes cursos

Antonio Salinas Sánchez. Hospital General de Albacete.
Esther Martínez Cuenca. Hospital Fundación Alcira. Valencia
Enrique Broseta Rico. Hospital La FE. Valencia
Alberto Budía Alba. Hospital La Fe. Valencia.
Juan Casanova. Instituto Valenciano de Oncología. Valencia.
Santiago Bucar Terrades. Hospital G. Trias i Puyol. Badalona. Barcelona
José Antonio Gallego. Hospital Galdácano. Bilbao.
Juan José Gómez. Hospital Txagorritxu. Vitoria.
Carlos Alcalá-Santaella. Hospital de Sagunto. Valencia.
Carlos Garro. Hospital de Elche. Alicante.
Pablo Guzmán Martínez-Valls. Hospital Morales Meseguer. Murcia.
Emilio López Alcina. Hospital General. Valencia.
Ramón Laiglesia Cabrerizo. Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.
José A. Queipo Zaragoza. Hospital de Sagunto. Valencia.
Maria José Requena Tapia. Hospital Reina Sofía. Córdoba.
Héctor Fernández Aljubita. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. Canarias.
Víctor Escobar Tamayo. H. Mendaro. Guipúzcoa.
Mercedes Montes Pérez. H. Divino Vallés. Burgos.
Jon Madina Albisua. Hospital N. S. Aranzazu. Guipúzcoa.
Vicente Grasa Lanau. Hospital de Navarra. Pamplona.
Oscar Fontana Compiano. Hospital General Universitario. Murcia.
Luis Pérez Llorca. Hospital General. Alicante.
M^a Dolores Montoya Lirola. Hospital de Elche. Alicante.
Guillermo Conte Santos. Hospital Txagorritxu. Vitoria.
Ana Loyzaga Iriarte. Hospital de Basurto. Bilbao.
Mikel Gamarra Quintanilla. Hospital de Galdácano. Bilbao.
Adolfo Cátedra García. Hospital de Irún. Guipúzcoa.
Gonzalo Sanz Pérez. Hospital Aranda de Duero. Burgos.
Pedro Valdevira Nadal. Hospital St^a M^a del Rosell. Cartagena. Murcia.
Macarena Ramos. Hospital General. Valencia.
Alfonso Polo Peris. Hospital de Xátiva. Valencia.
Stephan Günter. Hospital Clínico. Valencia.
Andoni Albizo. Hospital de Cruces. Vizcaya.
Eugenio Hita Rosino. Hospital La Inmaculada. Huerca Overa. Almería.
Federico Rodríguez Rubio. Hospital Santa María del Puerto. Cadiz.
Juan Moreno Avilés. Hospital St^a. María del Rosell. Cartagena. Murcia.
Jaime Bachiller Burgos. Hospital S. Juan de Aljarafe. Sevilla.

Esperamos que los cursos venideros también sean bien acogidos y sirvan para poner nuestro granito de arena en el campo de la laparoscopia urológica.

HOMENAJE AL DR. D. JOSÉ LORCA GARCÍA

El pasado día 19 de diciembre de 2003 el Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer rindió un merecido homenaje al Dr. José Lorca García con motivo de su reciente jubilación en un acto celebrado en el salón de actos del hospital.

Los últimos nueve años de su trayectoria profesional, en el ámbito público, los ejerció en nuestro servicio y, durante estos, ha sido para todos sus compañeros un modelo de profesionalidad y caballerosidad. Afortunadamente, creo que esta es una opinión generalizada de todos aquellos que lo conocen y ello legitima mis palabras.



Una respuesta moral adecuada a un valor, como es el caso del compañerismo, en su sentido más estricto, exige rendirle los honores que merece y esta fue la motivación de este evento.

Deseábamos que fuera un acto a la par sencillo y emotivo pero no exento de la categoría que merecía nuestro compañero y amigo. Al fin y al cabo, uno se jubila de una vez para siempre dejando detrás de sí una estela de entrega y recuerdos que merecen un reconocimiento explícito.

Una serie de amigos, entrañables y distinguidos, glosaron en unas breves conferencias aspectos relacionados, de forma directa o indirecta, con el que ha sido su periplo profesional. Así, participaron en el mismo los Dres. Mariano Pérez Albacete, Jefe del Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca, que fue Presidente de nuestra Asociación Murciana de Urología con José Lorca como Secretario durante 8 años; José Canovas Martínez, compañero y amigo que ha compartido gran parte de su trayectoria profesional en el ámbito privado; Anastasio Montesinos Vaillo, urólogo del hospital Valle de Hebrón de Barcelona con el que estableció una relación de mutuo aprecio desde que se conocieron a finales de 1995; y los profesores Pablo Carretero González, Catedrático Emérito de urología de la Universidad Central de Barcelona, antiguo compañero de estudios en Granada y Oscar Leiva Galvis, actual Presidente de la Asociación Española de Urología. A todos ellos nuestro personal agradecimiento porque nos demostraron, al margen de su valía profesional contrastada, algunas características que sólo 'adornan' a los 'grandes': la generosidad y el 'saber estar allí donde hay que estar', curiosamente, dos de las cualidades que podríamos destacar en nuestro querido Pepe Lorca.

Fue, por tanto, un evento en el que se abordó, desde una perspectiva temporal y personal, el pasado y presente de la urología vivida por José Lorca y el futuro porvenir de nuestra especialidad.

Con Salón de Actos repleto de familiares y amigos, representantes institucionales sanitarios, de la sociedad murciana y urólogos, tanto de nuestra comunidad autónoma como de fuera de ella, el evento transcurrió en un ambiente de emotividad y cordialidad que superó nuestras expectativas.

Para Pepe Lorca fue una jornada inolvidable, un broche de oro merecido a toda una trayectoria.

Para nosotros la sensación del deber cumplido que, hoy en día, considerándolo fríamente, no es poco.

BERNARDINO MIÑANA LÓPEZ

Queridos compañeros, familiares y amigos

Sinceramente, creo que no soy merecedor de tantos elogios como he oído. He llegado a pensar, que estabais hablando de otra persona, aunque en realidad me he visto retratado en algunas de vuestras opiniones.

En primer lugar, os tengo que decir, que me siento feliz al mirar atrás, y que en los tramos finales de la vida, he hecho realidad parte de mis deseos juveniles, ya que si en mi formación hubiese encontrado otras personas, o hubiese tenido la iniciativa de buscarlas, creo que me hubiese realizado al nivel de mis aspiraciones. De todas formas, he sido, lo que he querido ser.

Y le debo mucho ya muchas personas...

En primer lugar, a mi padre. Mi padre era practicante, pero de los de antes, un poco médico y un mucho consejero de infinidad de familias murcianas. El Hospital Provincial, hoy General fue su segunda casa, y ahí dejó amigos y la impronta de hombre de bien. Yo fui, la realización, de lo que él, no pudo ser. Era un hombre bueno, y a sus esfuerzos le debo gran parte de lo que soy. Yo era siendo ya médico, "el hijo de Pepe Lorca", y eso era, para mí, un orgullo.

Mi segundo padre (pues hasta en esto he sido afortunado), se llamaba Leopoldo Navarro Mínguez, y fue el urólogo con quien yo empecé a trabajar en Murcia. De él aprendí, sabiduría médica, saber estar, prudencia, y me dio las oportunidades que todo cirujano que empieza desea: operar, operar y operar.

Convivimos diez años, que fueron fértiles para mí. A veces algún enfermo me preguntaba al suplirle en alguna baja, que "como estaba mi padre". Y lo le contestaba que no era mi padre pero como si lo fuera.

Los amigos no se buscan, se encuentran. Yo nací con uno, aunque lo conocí ya mayorcito, y siendo los dos médicos. No tengo muchos amigos, pero éste Dr. Cánovas, es el nº 1.

Hemos nacido a la cirugía juntos, hemos luchado a tope, nos hemos apoyado en momentos difíciles, tanto profesionales como personales, ¡Hasta hemos llorado juntos!

Somos "compadres", pero tenemos el trauma de no haber emparentado. Nuestros hijos que son como hermanas, nos prefieren así.

Pepe Cánovas, mi Doctor Fuguillas particular, es especial, pero le quiero entrañablemente, aunque seamos "la extraña pareja".

Existe otra persona en mi vida, llamada aunque sabia, que siempre ha estado a mi lado... Ramón Botía. El y yo, tal vez, seamos las personas, que aparte de nuestras esposas, más tiempo han estado juntas. Hasta en el momento de estar yo sufriendo la cirugía de un accidente fuera de Murcia, Ramón y Pepe Cánovas estaban a mi lado.

Mi agradecimiento siempre a ésta gran y fiel persona.

Ya más adelante aparecen otros compañeros que me aportaron cosas positivas.

Mariano Pérez Albacete, nuestro antiguo Presidente de la AMU, a quién a través de estas circunstancias he conocido más a fondo.

Y sobre todo, con las vivencias de nuestro Congreso

Nacional de Urología, conectamos casi en todo, y en casi todos los campos. Os tengo que decir de Mariano, gran persona y gran trabajador, que cuando domine la mano izquierda, y ya veis que está en ello, le apreciareis todos en lo que vale.

Hoy, y desde aquí, públicamente, le quiero dar las gracias por su gesto en la cena de nuestro último congreso. Eso le honró, cumplió un petición, que yo le hice por la mañana, e ignorando, que no solo no se tomaran el café de espaldas, sino que ni se lo tomaron. A Gregorio y a Mariano, gracias y mi abrazo más entrañable.

Y luego mis "Chicos del Morales"...

Mis últimos años en éste ambiente, han sido enriquecedores. He seguido aprendiendo. Os digo en serio, que va a ser lo único que vaya a echar de menos en mi futuro. He tenido el honor, de formar parte de un Servicio, con gente capaz, joven, con ilusión, y preparada para las cotas más altas.

Los que llegaron de puntillas, ya están afianzados y con raíces murcianas, y los que llegaron después, llenan las expectativas más optimistas.

Mi agradecimiento a ellos, por su estima, respeto y confianza.

Bernardino: que os podría decir que no sepáis. Hombre de palabra fácil y brillante. Sus caricias occipitales en momentos de euforia son conocidas por todo. Siempre preocupado por los cambios, para optimizar el Servicio Capitán de un barco imaginario, pero que todavía no sabe su destino que espero sea a buen puerto.

Y nuestro Tomás? aparentemente frío y calculador. Con prontos temperamentos y escasos. Hombre de brillante formación y caligrafía, fichado por la superioridad, para llegar más alto, aunque se muere por volver a operar una radical de vez en cuando.

Gregorio, el manitas del grupo, rebelde a veces. Nuestro zurdo de oro, pero que usa ordenador para escribir, pues con la izquierda no se le entiende nada. Avanzado en tecnología personal, rompiendo piedras, corazones, etc...creo que el único aparato que no tiene es un Regiscan...lo tendrá?

Y mi Pablito?, mi hijo pequeño, mi Palomo, el hombre de la cartera abultada, donde te encuentra el nº del BOE que justo estabas buscando. Gran persona y tan trabajador, que por él, últimamente el arroz lo comía a su hora.

Lo de Paco Cuesta, ha sido espectacular. Nuestros inicios fueron distantes, pero poco a poco a demostrado a todo el Servicio, que es un tipo de ley, y que sabe de ellas todo. Es nuestro maestro de ceremonias, Gran Maestro y sabio en materias extrañas por su gran experiencia, que no todos dominamos. Solo me preocupa una cosa, ¡Aun no he conseguido saber, que lleva en su bolsi, y es que además, con Pablo, está creando escuela, eso si, no tan chic como el de Paco.

A Fulgencio, le puse falta una noche, pero ya le he perdonado, con la penitencia de no beber cerveza en un mes por lo menos...

De Pedro, mi compañero molinense, que espero seguir todavía con él, un tiempo. Por cierto, ¿alguien le ha pedido un favor que no se lo haya echo?

Del Dr. Rosino, nuevo en la plaza, solo os quiero decir, que viene de buena escuela y que completa un buen cartel. Tiene labia, oratoria y fácil exposición.

Prometo seguir sin dormirme nunca en sus brillantes charlas en el Servicio.

A Juani, nuestra indispensable, sufrida y siempre servicial en las consultas.

Antonia María, constructiva, atractiva, eficiente, a veces radical, a quien le gusta más un piropo por su trabajo hecho, que uno de los otros, que le enrojecen la cara.

También M^ªDolores, Lidia dulce e ingenua, las enfermeras de quirófano, Charo, Sol, M^ªJose, Cari, de la planta. Y las auxiliares del ambulatorio que día a día ayudaban a las agotadoras consultas, Toñi en el Carmen, y Rosa y María en Molina. Para todas ellas y otras a quien no haya nombrado mi saludo agradecido.

No quiero terminar, sin dedicarle mi agradecimiento, a una persona, que ha llenado mi vida, que es mi presente y será mi futuro.



Mi mujer, Mila, mi querida esposa, cincuenta años a su lado. Toda una vida junto a una mujer a la que adoro, y de la que sigo estando enamorado. Ella es el núcleo de toda la familia pues con mis hijos y mis nietos, es nuestro patrimonio, y se que harán más llevadera mi vejez... (cuando ésta llegue claro).

Con ellos, y con vosotros mis amigos, espero seguir siendo feliz.

P.D. Pasados unos días, me di cuenta lo poco elocuente que estuve. La sorpresa del acto y la emoción, me hicieron olvidar dar las gracias y reconocer el esfuerzo realizado por el Servicio con Bernardino a la cabeza, para reunir a tantas personas importantes y queridas por mi entrañablemente. Quiero que sepáis todos como calasteis de hondo en mis sentimientos. Gracias.

JOSÉ LORCA GARCÍA



En esta reunión de ilustres doctores de familiares y amigos queridos se rinde un homenaje sentido a un urólogo que merece estos honores

Es José Lorca, médico de vocación desde niño quedaba fascinado cuando su padre ponía una inyección observándole como alumno aplicado

Ser un experto galeno soñaba en los maristas en aquel bachillerato bueno que al terminarlo sabías algo

En Granada la pensión fría mitigada en las bodegas Espadafor tras estudiar la dura anatomía en clase o con algún efímero amor

Ya doctorado fue a Valencia después de que una rubia con ojos claros le manejara con tal sapiencia que cuando se dio cuenta estaba casado

Seis hijos atestiguan sus amores las guapetonas de ojos claros y cuatro robusto zagalones después de traer a Murcia los baúles

Patriarca de sus descendientes ha velado por su bienestar al igual que a sus pacientes de la consulta y el hospital

Pepe, la misión está cumplida pero un médico nunca se jubila que Dios te dé larga vida y tus pacientes te bendigan

MANUEL DOCAVO ALBERTI

LA UROLOGÍA EN MURCIA (1940 - 1975)

Mariano Pérez Albacete

En los años cuarenta, tras la guerra civil española, Murcia era una pequeña ciudad de provincias, centro de una extensa comarca rural con una población de unos 60.000 habitantes, distribuidos casi por igual entre el núcleo urbano y los residentes en las pedanías de la huerta, y con un bajo nivel económico, como corresponde a una zona eminentemente agrícola; en cuanto a la atención sanitaria se continuaba prestando al modo tradicional, con una intensa relación médico-enfermo, los especialistas eran escasos y la patología urológica se encontraba aún en manos de cirujanos generales, ampliamente curtidos en la cirugía de guerra.

De los urólogos que antes del enfrentamiento civil ejercían en Murcia, el Dr. D. Fulgencio Cano Soria fue inhabilitado para el ejercicio por haber sido el director del Hospital de la Cruz Roja durante la contienda; el Dr. D. Leopoldo Navarro Mínguez es el único con formación urológica y que, como tal, atiende a la población de la Beneficencia Municipal desde 1939; es el primero en ocupar una plaza de la organización "Obra Sindical 18 de Julio", en 1946, y, además, está adscrito al Servicio de Cirugía General y Urología del Hospital General de San Juan de Dios, todavía en su primitiva ubicación, en el lugar en el que hoy día se sitúa el edificio de la Comunidad Autónoma y el Gobierno Civil, en la avenida del teniente Flomesta, frente al río Segura, y en el que, como Jefe de Servicio, figura el Dr. D. Ramón Sánchez-Parra García, gran cirujano general, que domina todos los campos de la cirugía y que atiende también la urológica. El Dr. D. Juan Martínez García, murciano, formado como urólogo en el Hospital de San José y Santa Adela, en Madrid, junto al Dr. D. Salvador Pascual Ríos, es nombrado en 1946 responsable de la Urología en el Hospital de la Cruz Roja de Murcia, según las normas de provisión de plazas vacantes de médicos dictadas por el Ministerio de la Gobernación en 1939.

Las actuaciones urológicas, en esa época, quedan limitadas a operaciones sobre procesos genitales, hidroceles, varicoceles, orquiectomías, amputaciones de pene, alguna uretrotomía externa, corrección de padecimientos por fístulas vésico vaginales, extracción de litiasis vesical mediante cistostomía, desbridamiento de abscesos por cuadros sépticos graves con pionefrosis y, quizás, alguna nefrectomía, nefropexia o la extracción de algún cálculo renal o del uréter, junto a alguna prostatectomía y electrocoagulación de pólipos vesicales así como, posiblemente, alguna cistectomía

parcial, aunque no hemos encontrado constancia de ésta última.

Como centros quirúrgicos se encontraban el Hospital Provincial de San Juan de Dios, dependiente de la Diputación Provincial, y el de la Cruz Roja, regido por este organismo, en los que se atendía a los pobres o a gentes de economía modesta; durante el periodo bélico se establecieron los llamados "Hospital de Sangre" y en Murcia funcionaron dos, uno en el edificio que ocupa actualmente la Universidad y otro en el del colegio de los Hermanos Maristas de la Merced, en el paseo del Malecón, éste último se mantuvo como Hospital Militar durante toda la década. Aún, en ocasiones, se efectúan algunas intervenciones quirúrgicas en el domicilio del paciente, sobre una mesa de comedor, mal alumbrada y con el instrumental hervido en la cocina. Existen sanatorios quirúrgicos privados, el primitivo de San Carlos, ubicado en la casa madre de las religiosas que lo atendían, cercano a la iglesia de la Merced, fundado a instancias del gran cirujano murciano Dr. D. Antonio Hernández-Ros Codorniú hacia 1932, el de los Drs. Sánchez-Parra, en la calle que actualmente lleva su nombre, y la clínica del Dr. D. José Hernández, en los bajos de su domicilio, en la calle de Saavedra Fajardo; surge, también, el sanatorio de la Fuensanta, hacia 1945, enclavado en el lugar donde hoy se encuentra la plaza que en su recuerdo se llama igual, entonces extramuros de la población, construido por los Drs. D. Manuel Clavel Nolla, traumatólogo, y D. José Luis Pérez Villanueva, cirujano de aparato digestivo, y en el que la Urología atiende el Dr. D. Juan Martínez García y que fue derruido a comienzos de los años sesenta y sustituido por el actual de Virgen de la Vega; por último el del Dr. D. Antonio Mesa del Castillo, abierto en 1949 y recientemente derruido por su cambio de ubicación a la Ronda Sur, éste junto al nuevo de San Carlos y el de la Cruz Roja son los únicos que hoy día persisten, todos los demás han desaparecido, incluso la mayoría de los antiguos edificios que ocupaban.

El decreto de reorganización del Instituto Nacional de Previsión data del 15 de junio de 1938 y la Ley de Bases de la Sanidad del 25 de julio de 1944, con ésta el Estado asume el desarrollo de la sanidad pública, se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), dependiente del Instituto Nacional de Previsión, que comprende las prestaciones sanitarias, la asistencia completa médico quirúrgica y la hospitalización, el uno de septiembre de

1944 y comienza la inscripción obligatoria. La obra sindical "18 de Julio" constituida en un principio para atender a los afiliados al sindicato vertical franquista, posteriormente amplió su cobertura para incluir a los jubilados; el régimen de Retiro Obrero Obligatorio de 1919 para la atención de los trabajadores retirados fue sustituido por el de Subsidio de Vejez, en 1940, y quedó cubierto por la organización sindical.

Se inicia, con ello, un lento resurgir en la atención sanitaria de la población, la implantación del Seguro fue lenta dado el escaso número inicial de afiliados y con grandes limitaciones en cuanto a prestaciones y cobertura; son los médicos jóvenes los primeros que aceptan dar la asistencia a estos pacientes del seguro en sus consultas privadas, con lo que se garantizan una retribución fija mensual. Los especialistas tardan más en admitir este tipo de sanidad y los que la admiten se inscriben en el Colegio Oficial de Médicos en la rama que desean practicar, en las denominadas "Escalas de facultativos del SOE", que no fueron más que un escalafón de antigüedad en una especialidad determinada.

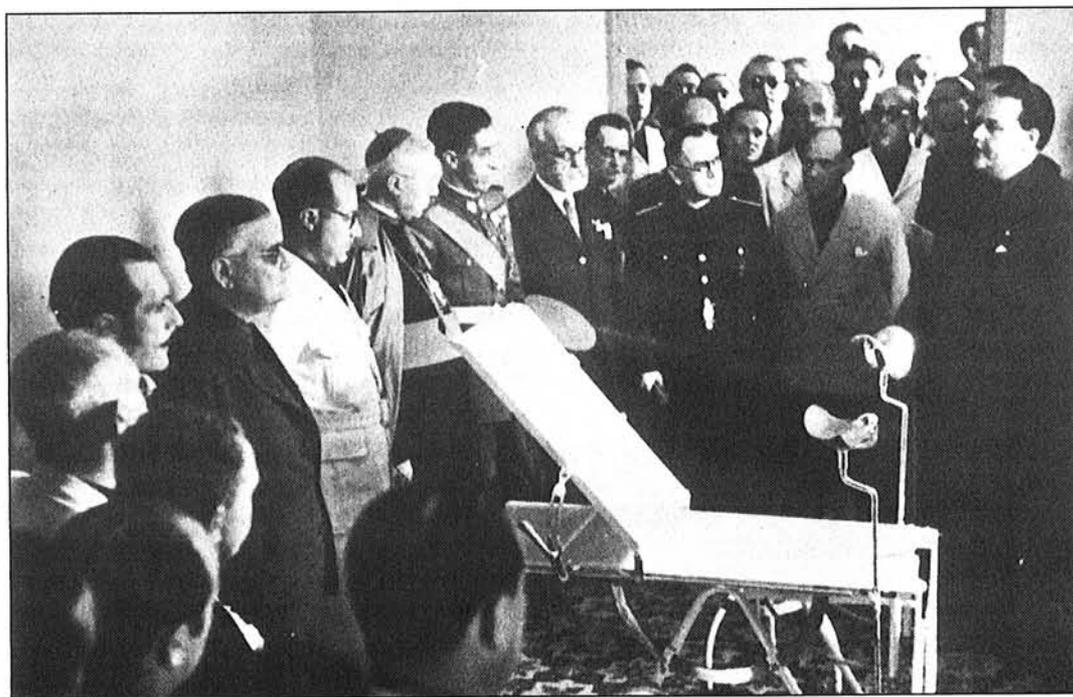
El Plan Nacional de Instalaciones del seguro data de enero de 1945 y es aprobado en febrero de 1947, propugna la creación de una red de ambulatorios y de residencias hospitalarias propias en aquellas poblaciones donde no hubiese, así como la adaptación de las existentes con los criterios quirúrgicos del SOE; en dicho plan y para la provincia de Murcia se incluye un hospital de 500 camas en la capital y otro de 150 en

Cartagena, además de la red de ambulatorios.

El Dr. D. Jesús Quesada Sanz, diputado a Cortes en representación de la Organización Médica Colegial, logró para Murcia la instalación de una Clínica quirúrgica, regida por la obra sindical "18 de Julio", en la calle Corbalán, cercana al jardín de Floridablanca, en el barrio del Carmen, donde se intervienen a todos los pacientes jubilados y del seguro, antes de levantarse la residencia hospitalaria (fig. 1).

En la década de los años cincuenta, Murcia inicia el desarrollo como ciudad con grandes obras urbanísticas, el número de habitantes asciende a 70.000 habitantes, el SOE cubre ya el 35% de la población y principia la creación de una red de instalaciones propias de dispensarios para la prestación sanitaria llevada a cabo por sus médicos, que atienden a los pacientes por áreas de población; en Murcia los primeros ambulatorios funcionaron en locales alquilados que se encontraban ubicados, uno en la "Casa de los Nueve Pisos" y otro en la plaza de Cetina, en éste último se centralizó el núcleo de las especialidades. La cirugía se realiza en clínicas concertadas y, para los cirujanos, se crean equipos formados por un jefe y un ayudante aunque, como no había suficientes especialistas, por lo general estas últimas plazas eran cubiertas por médicos generales, aunque incluidos en las escalas.

A mediados de la década el Hospital Provincial es derribado y trasladado su emplazamiento, en la misma margen del río, al principio del barrio de Vistabella, que a su vez se estaba urbanizando, al lugar que ocupa actualmente,



(Fig. 1) La gran máquina de la previsión sanitaria socializada comienza su marcha en los años 40. Instantánea de la inauguración de la Policlínica de la Obra Sindical "18 de Julio"

SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MURCIA

JEFE DEL SERVICIO: DR. R. SÁNCHEZ-PARRA GARCÍA

Sugerencias ante doscientas prostatectomías Resultados post-operatorios

POR LOS

DRES. RAMON SANCHEZ-PARRA JAEN
Y LEOPOLDO NAVARRO MINGÜEZ

(Fig. 2)

el nuevo nosocomio fue inaugurado en 1956 y en él se establece concierto para que sus médicos intervengan a los pacientes del SOE; tras cuarenta años ha vuelto a ser derruido y se ha levantando el moderno Hospital General Reina Sofía, de inmediata inauguración.

En 1951 se realiza la primera oposición para cubrir plaza de médicos especialistas del Seguro Obligatorio de Enfermedad; en Murcia la adjudicación de las de Urología se resuelve en 1955, las ocupan, como Jefes de Equipo Quirúrgico, los Drs. Navarro Mínguez y Martínez García y, al año siguiente, el Dr. D. Vicente Font Lledó, natural de Rayén (Alicante), formado en el Hospital de la Princesa con el Dr. D. Pedro Cifuentes y que se establece por ello en Murcia. En 1958 viene el Dr. D. Gerardo Server Falgás, con una excelente preparación urológica adquirida en Madrid junto al Dr. D. Luis Cifuentes Delatte, monta su consulta particular y ocupa plaza como ayudante de equipo quirúrgico en el SOE con el Dr. Navarro Mínguez, con quien colabora también en realizar la cirugía de los pensionistas en el sanatorio "18 de julio" y que, a modo de anécdota, como cirujano joven con ganas de operar, en un corto periodo acabó con la acumulada lista de espera de pacientes prostáticos; fue quien introdujo en Murcia la técnica de la resección transuretral para el tratamiento tanto de los tumores vesicales como el de la próstata; al año siguiente llegaría el Dr. D. José Luis Prefasi Martínez, que se suma a los urólogos murcianos formados en Madrid en la escuela que dejara el Dr. D. Salvador Pascual, en el Hospital Central de la Cruz Roja de San José y Santa Adela, dirigida por el también murciano Dr. D. Joaquín Páez Ríos, y que se haría cargo de la ayudantía quirúrgica del Dr.

Martínez García. En 1959, y por un corto período de tiempo, ocupa plaza de ayudante el Dr. Martínez Mena, trasladado en 1960 a Elche al obtener una plaza de Jefe de Equipo Quirúrgico en dicha ciudad.

Encontramos en esta década el inicio de trabajos urológicos y la presentación de comunicaciones a las reuniones y congresos médicos, como antecedente previo únicamente hemos localizado el discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, en 1944, del Dr. D. Ramón Sánchez-Parra García sobre «Estado actual de la urografía». El Dr. D. Juan Martínez García lleva en 1951 una comunicación al "III Congreso de Urología del Mediterráneo Latino", celebrado en Palma de Mallorca, sobre «Quistes Pararrenales. Un nuevo caso».

Se celebró en Murcia, en abril de 1954, la "II Reunión Médica de Levante" que recoge el mayor número de comunicaciones presentadas por los urólogos murcianos; los Drs. Sánchez-Parra Jaén y Navarro Mínguez con su trabajo «Sugerencias ante doscientas prostatectomías. Resultados postoperatorios» (Fig. 2), el más importante de éste periodo, en el que desglosan la técnica realizada junto a la evolución que han tenido los pacientes, aunque no señalan el periodo de tiempo que comprende la estadística: en 83 casos utilizan la vía hipogástrica en dos tiempos con buena evolución y un fallecimiento; 32 enfermos son intervenidos por el mismo procedimiento pero en un solo acto, con cuatro defunciones; en 60 ocasiones abordan la próstata por acceso retropúbico con excelentes resultados y en 17 ocasiones se sirven de la técnica combinada retropúbica y transvesical, con tres fallecimientos, en otros cinco los operan por el

ALTERACIONES HIDRO - ELECTROLITICAS EN MEDICINA

Con la colaboración de los Profesores
ORTIZ DE LANDÁZURI
Y ALBERCA LORENTE

MURCIA
SUCESORES DE NOGUES
1963

(Fig. 3)

área perineal con un exitus letalis. Otras comunicaciones son la del Dr. Sánchez-Parra, «Actitud del cirujano urólogo ante el paciente prostático», y la del Dr. Navarro Mínguez, «Quistes de riñón». El Dr. D. Vicente Font Lledó presenta en este congreso «Importancia del diagnóstico de las hematurias» y «Aspectos clínicos de la ptosis renal». El Dr. D. Ramón Sánchez-Parra García en la reunión nacional de la Asociación Española de Urología, celebrada en Madrid en 1957, expone un trabajo sobre «Riñón en herradura» y el Dr. Martínez García en la «IV Reunión Médica de Levante», celebrada en Albacete, en junio de 1958, presenta la comunicación «Sobre fisiología y patología renal».

La década de los sesenta va a constituir ya el desarrollo y despliegue de la Medicina y Cirugía en el país; se establece la Ley de Especialidades y, en 1964, se normaliza la concesión del título de especialista por el Ministerio de Educación y Ciencia a cuantos ostentan el cargo por oposición y a los que cumplen los requisitos establecidos para obtenerlo, dictados en 1958 por el Ministerio de Educación; podían ser por aprobar la oposición a Jefe de Equipo Quirúrgico, por seguir los cursos en las escuelas de especialización de postgrado, por ser médico becario del SOE, por asistir de modo continuado a un centro hospitalario con un

Servicio de Urología reconocido por espacio de dos o tres años, tras trabajar como ayudante de cupo quirúrgico en el SOE, por figurar como especialista en el Colegio de Médicos o bien por encontrarse incluido en las escala de especialidad durante un determinado período de tiempo.

En 1962 se crea otra plaza de jefe de equipo en Murcia que ocupa, tras aprobar la oposición, el Dr. D. Ernesto Canoa Galiano que, posteriormente, en 1964, se traslada a su ciudad natal, Vigo. El madrileño Dr. D. Santiago Lescure García viene a Murcia en 1963 y se incorpora como ayudante del Dr. Martínez García quien se retira al año siguiente, por enfermedad, como jefe de Servicio del Hospital Cruz Roja, aunque mantendrá su plaza en el SOE hasta 1968; su labor urológica fue importante, le dio a Murcia nuevamente la categoría de contar con un especialista urólogo bien formado teóricamente y con un bagaje quirúrgico aceptable para el desarrollo de la época. Llega a Murcia en 1964 y se hace cargo de la atención urológica en la Cruz Roja el Dr. D. José Lorca García, murciano especializado en Valencia junto al Dr. Tramoyeres Cases, ocupa, además, el puesto de ayudante de equipo quirúrgico del Dr. Font Lledó. En 1966 viene el Dr. D. José Gil Franco, murciano de nacimiento, procedente de Córdoba, donde se especializó en Urología con el Dr. D. Jacinto Navas, destinado como médico del cuerpo de la policía armada. El Dr. D. Antonio Gras Richart, de origen alicantino y formado en Bilbao junto al Dr. Pérez Irezábal, obtiene en 1967 la plaza de Jefe de Equipo Quirúrgico de Urología, y se hace

cargo de su ayudantía quirúrgica el Dr. Gil Franco. En 1968 se establece el Dr. D. Jerónimo Salmerón López-Rúa, especializado en Madrid en el Hospital Clínico con el Dr. D. Alfonso de la Peña y, que, tras varios años de ejercicio profesional como ayudante en la cátedra, inicialmente trabaja en su consulta privada para incorporarse después como ayudante de cupo quirúrgico.

La red hospitalaria propia del SOE va haciéndose realidad con el nombre de Residencias Sanitarias, la de Murcia, la antigua Residencia de la Seguridad Social «Virgen de la Arrixaca» ubicada en lo que hoy constituye el hospital «Moraless Meseguer», inició su andadura en 1967, fue el segundo hospital propio del SOE construido bajo el concepto de «Centro de Asistencia Cerrada» del país tras el de Tarragona e inaugurado antes que el de «La Paz», de Madrid, y cuya apertura marca un antes y un después en la atención sanitaria en Murcia. Creada bajo el régimen de jornada continua de trabajo, los facultativos realizan a lo largo de ocho horas diarias, incluidos los sábados, su labor profesional y lo que actualmente constituye el trabajo hospitalario normal en aquella época representó un cambio sustancial en el concepto de asistencia médica a la población.

La ocupación de las plazas de médicos se realizó

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS PAPILOMAS VESICALES

Por S. LESCURE Y G. SERVER

*Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Virgen de la Arrixaca», Murcia.
Servicio de Urología: Dr. D. Gerardo Server Fargas.*

(Fig. 4)

mediante ofrecimiento directo a los profesionales de mayor prestigio en cada especialidad; en Urología, el Dr. Martínez García lo declinó debido a su enfermedad, al Dr. Lorca García no le interesó y sí aceptaron los Drs. Server Falgás y Lescure del Río, el primero en calidad de jefe y el segundo como adjunto; en enero de 1968 se inició la prestación urológica, pronto se vio que el trabajo era ingente y que se precisaba de más personal, así que, en octubre de 1969, se incorpora como adjunto el Dr. Pérez Albacete, recién llegado a Murcia tras especializarse en la escuela profesional de la Fundación Puigvert de Barcelona; en 1971 lo hará el Dr. Salmerón López-Rúa y con él se completó la plantilla de urólogos en la vieja Residencia Virgen de la Arrixaca, en la que incluimos al practicante Sr. D. José Valverde Torres y a la enfermera Dña. María del Mar Reinlein.

La jornada de trabajo se iniciaba con una sesión clínica a primera hora de la mañana, seguida diariamente del paso de visita a los enfermos hospitalizados, a las diez se atendía en la consulta a los pacientes externos mientras en la planta realizábamos las exploraciones endoscópicas, cateterismos, instilaciones de citostáticos intravesicales y cistomanometrías con el aparato de Lewis y, en radiología, las pielografías, uretrografías, angiografías etc; tres días por semana había sesión quirúrgica en la que rotábamos como cirujanos los urólogos de plantilla, ayudados siempre por el practicante, Sr. Valverde. Como se mantenía todavía el criterio de la asistencia en centros concertados o de régimen abierto, todas las tardes se pasaba visita a los operados y se valoraba a los enfermos que acudían de urgencia, además de los avisos nocturnos, todo ello sin reconocimiento de guardias o de otros conceptos de renumeración.

Las comunicaciones científicas y los trabajos publicados por los urólogos murcianos paulatinamente se van incrementando, destacan unas Jornadas realizadas en el Colegio de Médicos de Murcia, en octubre 1961, en las que se plantea desarrollar el estudio del equilibrio electrolítico y cuyo contenido fue publicado como libro en 1963 con el título de «Alteraciones electrolíticas en Medicina» (fig. 3) y en el que participan los Drs. Server Fargas, Font

Lledó, Martínez García y Navarro Mínguez, en los capítulos «Bases fisiopatológicas del equilibrio hidro-electrolítico en el Organismo», «Concepto y regulación del equilibrio ácido-base. Fisiopatología» y «Trastornos hidro-electrolíticos en Nefrología». En la publicación Revista Clínica Española, en 1962, los Drs. Navarro Mínguez y Server presentan el trabajo «Enfermedad quística de las pirámides renales», en 1964, el Dr. Salmerón lleva al Congreso Nacional de Urología «Adenomitis tuberculosa» y publica en Archivos Españoles de Urología, en 1967, un estudio acerca del «Tumor vesical en la infancia. Sarcoma boitroides y rhabdomyosarcoma», así como el Dr. Server, en la misma publicación y año, «Fosfatasas ácidas en el tejido prostático», además de la comunicación a la «VII Reunión Médica de Levante», desarrollada en Albacete, «La exploración del riñón con isótopos radioactivos», junto al Dr. Nuño de la Rosa y, con el Dr. Rodríguez Bermejo, «Nuestra experiencia en papilomas de vejiga. Clínica e histopatología». En 1966 el Dr. D. Juan Martínez García es elegido Académico de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia y lee su memoria de ingreso sobre «Trasplante renal».

En 1964 inicia su andadura la Seccional Regional de Levante de la Asociación Española de Urología, que engloba a las provincias de Valencia y Murcia (que al principio incluía también a la de Albacete), y se celebra una reunión anual en la cual sus miembros presentan sus trabajos; encontramos en la de 1966, en la segunda reunión, en Alicante, de los Drs. Juan Martínez y Santiago Lescure la comunicación «Teratoma de Riñón»; en 1968, en la tercera, en la Manga del Mar Menor y organizada por el Dr. Server, la de los Drs. Server y Lescure, «Un caso de ureterocele» y «Consideraciones a dos casos de tumor renal», y, en 1969, en la tercera, llevada a cabo en Albacete, los Drs. Lorca García, «Riñón en Herradura. Litiasis. Pielotomía y sinfisiotomía», Server Falgás, «Ureterocistorrafias antirreflujo», y Pérez Albacete, «Adenomectomía hemostática»; en la IX Reunión Médica

de Levante, desarrollada en Murcia, en mayo de 1969, los Drs. Lescure y Server, como miembros ya del servicio de Urología del hospital Virgen de la Arrixaca, presentan sus estudios «Consideraciones sobre el carcinoma de próstata» y «Experiencia en el tratamiento de los tumores vesicales» (fig. 4), este último también lo llevan en ese año al Congreso Nacional de Urología celebrado en Oporto.

Con ello la Urología murciana inicia una trayectoria científica de compromiso en el estudio y análisis de su trabajo anual, realizado en equipo, con la exposición de sus resultados, además de recoger las metodologías y las innovaciones introducidas en la labor diaria, así como de los trabajos de investigación que poco a poco comienzan a realizarse.

El principio de la década de los setenta representa el punto de inflexión entre la medicina vocacional de pobres recursos y escasos medios, que favorecía principalmente a la clase de posición elevada, y la de la medicina social con medios y extendida a todos sus estamentos, fundamentalmente por la llegada a Murcia de especialistas bien formados en las técnicas de diagnóstico y de tratamiento y con un buen bagaje quirúrgico, lo que hizo que la calidad de la Medicina que se prestaba en la Residencia Sanitaria recalase pronto en una población que, por lo general, había estado de siempre bastante desasistida y que, unida al incremento continuo de afiliados a la Seguridad Social, que alcanza ya al

85% de la población trabajadora, hizo que la demanda de atención en el centro sanitario desbordara en seguida las posibilidades del nosocomio, que había sido proyectado en 1947 con los criterios iniciales del SOE, sin modificar cuando se construyó veinte años después, por lo que se planteó elevar un nuevo hospital de mayor capacidad y con un concepto más acorde con la evolución de la Medicina; el nuevo centro, con el pomposo nombre de Ciudad Sanitaria y al que se le mantuvo el nombre de Virgen de la Arrixaca, fue inaugurado en mayo de 1975 con el traslado de todos los enfermos y personal al nuevo centro, cerrándose el antiguo.

Se crea también la Facultad de Medicina en la Universidad de Murcia, la Urología queda englobada en la asignatura de Patología Quirúrgica y se imparte al principio en el cuarto año de la carrera, el Dr. Server es designado profesor para impartir la docencia y el Dr. Pérez Albacete nombrado profesor ayudante de clases prácticas.

El número de trabajos y comunicaciones presentadas en Reuniones y Congresos urológicos se mantiene constante, la asistencia a cursos de formación se impone para estar al día con el continuo progreso y avance de la especialidad urológica, de este modo comenzaba ya otra etapa en la Medicina murciana y, por tanto, en la Urología de nuestra Comunidad, que, por lo reciente, se mantiene aún en la memoria de todos.

Fuentes y Bibliografía:

- «Alteraciones hidroelectrolíticas en Medicina», (1963): Ed. Colegio Oficial de Médicos, Suc. Nogués, Murcia.
- «II Reunión Médica de Levante», (1969): Edt. Monografías médicas Liade.
- «IX Reunión Médica de Levante», (1969): Suc. de Nogués Murcia.
- «Los seguros sociales en España, de 1936 a 1950», (1953): Ministerio de Trabajo, Madrid.
- HERNÁNDEZ ROS, A. (1982): «Notas sobre la Medicina en la Murcia de los años 1918 a 1935. Memorias de un médico de entonces y de ahora», en «De Historia Médica Murciana. III Los especialistas». Ed. Academia Alfonso X el Sabio, Murcia.
- LESCURE DEL RÍO, S.; SERVER FALGAS, G. (1969): «Experiencia en el tratamiento de los tumores vesicales», IX Reunión Médica de Levante, Monografías médicas Liade: pág. 347.
- MARTÍNEZ GARCÍA, J. (1958): «Sobre fisiología y patología renal», IV Reunión Médica de Levante, pág. 17.
- MARTÍNEZ GARCÍA, J. (1966): «Trasplante renal», Real Academia de Medicina y de Cirugía de Murcia.
- NAVARRO MÍNGUEZ, L.; SERVER FALGÁS, G. (1962): «Enfermedad quística de las pirámides», Rev. Clínica Española, LXXXII (5): 289-292. Madrid.
- PÉREZ ALBACETE, M. (2003): «Las reuniones de los urólogos de Levante en el siglo XX», Tip. San Francisco, Murcia.
- PREFASI MARTÍNEZ, J. L. (1997): «Sanatorios de Murcia», Bol. Asoc. Mur. Uro. II (2): 36.
- SALMERÓN LÓPEZ-RÚA, G. (1967): «Tumor vesical en la infancia. Sarcoma boitroides. Rbdomiosarcoma», Arch. Esp. Uro. XX (1): 55.
- SÁNCHEZ-PARRA GARCÍA, R. (1944): «Estado Actual de la Urografía», Real Academia de Medicina y de Cirugía de Murcia.
- SERVER FALGÁS, G.; (1967): «Fosfatasas ácidas en el tejido prostático», Arch. Esp. Uro. XX (1): 47-55.
- SERVER FALGÁS, G.; LESCURE DEL RÍO, S.; RODRÍGUEZ BERMEJO, M. (1969): «Consideraciones sobre el carcinoma de la próstata», IX Reunión Médica de Levante, Monografías médicas Liade: pág. 343.

GALERÍA DE URÓLOGOS MURCIANOS

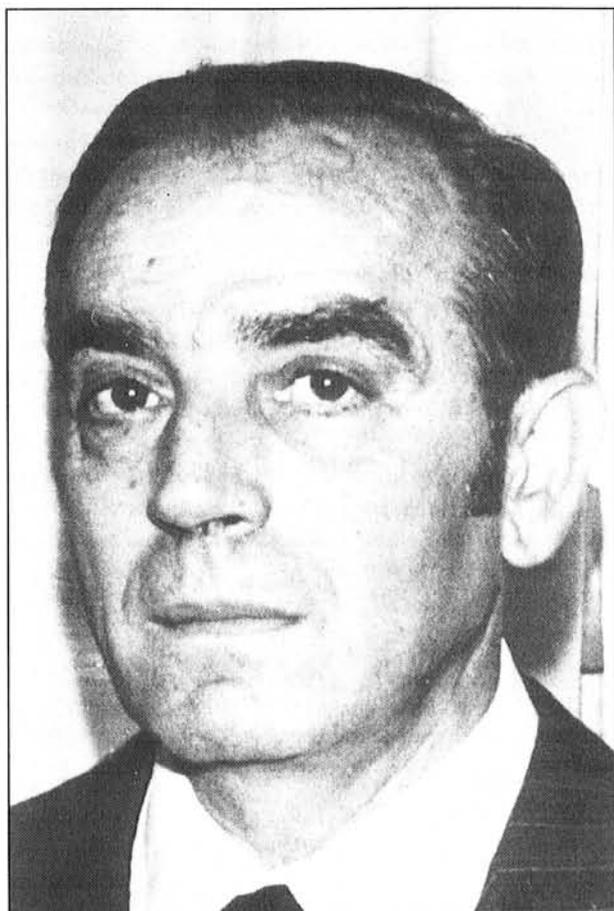
Dr. D. ANTONIO HERNÁNDEZ ARMERO

(1925-1991)

M. Pérez Albacete

Murciano de origen, aunque desarrolló toda su actividad profesional en Madrid, gran conocedor de la patología urológica, con dominio de las técnicas diagnósticas y fina habilidad quirúrgica; persona trabajadora y responsable e independiente en su modo de vivir; como soltero que era se cuidaba mucho, le gustaba viajar y el buen yantar, era un gourmet que poseía una excelente enoteca vigilada con mimo. Su relación con Murcia era constante ya que aquí residían sus padres y aquí veraneaba todos los años, en la casa familiar de Los Alcázares, en donde disfrutaba jugando al dominó, que era su fuerte, y a donde invitaba a algunos de sus compañeros urólogos con los que compartía navegación por el Mar Menor, las partidas de cartas y las charlas en los tambalillos de la playa, gracias a lo que lograba difundir el conocimiento de la región.

Nacido en la pedanía murciana del El Cabezo de Torres, en 1925, en el seno de una familia de conserveros, estudió el bachillerato en el Colegio de los HH. Maristas de Murcia, la licenciatura de Medicina la realizó en la Facultad de San Carlos de la Universidad de Madrid y la finalizó en 1950. Se especializa en Urología junto al Dr. Pérez Castro en el hospital General de Madrid, entre los años 1952 y 1955; coincide en esta etapa de formación con el Dr. Martínez Piñero con quien le unirá una gran amistad el resto de su vida y con quien compartirá la actividad quirúrgica, se ayudaban mutuamente en sus operaciones privadas. Tras una breve estancia en las localidades de Puerto Llano y Tudela, como jefe de equipo de urología de la Seguridad Social, en 1967 obtiene plaza de adjunto en el recién inaugurado hospital La Paz de Madrid, en el servicio de Urología dirigido por el Dr. Martínez Piñero, donde permanecería el resto de su vida profesional; obtuvo la plaza de Jefe de Sección del mismo en 1973, que ocupó hasta su fallecimiento, ocurrido en mayo de 1991, a los 66 años.



Fue profesor ayudante de clases prácticas de la Universidad Autónoma de Madrid, participó como docente en todos los cursos urológicos de postgrado impartidos en hospital La Paz, en el que desempeñó el puesto de tutor de residentes de Urología a los que atendía con sumo celo y a los que, en ocasiones, invitaba a cenar en su propio domicilio, por lo que era conocido y apreciado por todos los urólogos tanto por los que discurrieron por el centro a lo largo de sus años de especialización como por los asistentes a los cursos organizados por el Servicio; destacó en la cirugía reconstructiva renal y uretral y fue autor y coautor de un gran número de comunicaciones científicas.

CUESTIONES QUE AFECTAN AL INTERCAMBIO DE PERSONAL SANITARIO EN LA COLABORACIÓN EN PROYECTOS DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO

Andrés Sempere Gutiérrez

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

Introducción:

Una de las maneras más efectivas de llevar a cabo la cooperación al desarrollo en el ámbito sanitario es formando, o incrementando la formación, del personal sanitario de los países en vías de desarrollo. Para que esta formación pueda llevarse a cabo la mejor manera es fomentar el intercambio de profesionales norte-sur y sur-norte.

Encontramos que, pese a la motivación que se detecta en el personal sanitario especializado que lleva a cabo sus funciones en España, resulta todavía difícil que se desplace a los países en vías de desarrollo para participar en proyectos de cooperación al desarrollo, especialmente en períodos de tiempo relativamente prolongados.

De igual forma encontramos que para los profesionales sanitarios de países del sur existen inconvenientes que dificultan su estancia en régimen de formación en España.

Dificultades para el intercambio de profesionales sanitarios

Los hechos relatados nos están indicando ya cuáles pueden ser algunas de las razones que dificultan la colaboración del personal sanitario:

1) En los profesionales sanitarios españoles:

-Dificultad para aquellos que carecen de un puesto de trabajo fijo:

Aquellos que no desempeñan su puesto de trabajo en propiedad (personal interino) suelen ser los más jóvenes, los más motivados hacia la cooperación y, sin embargo, son los que pueden tener mayores dificultades debido a la falta de seguridad laboral.

-Problemas a la hora de obtención de permisos y autorizaciones en el lugar de trabajo.

-Escasa o nula valoración de los méritos adquiridos a través de los proyectos de cooperación sanitarios:

Cuando un profesional sanitario decide dedicar parte de su vida profesional a la cooperación al desarrollo prácticamente "quema sus naves" ya que en ningún baremo de méritos está contemplado este tiempo de dedicación profesional.

-Diferente consideración según el régimen jurídico:

En alguna de estas categorías (estatutarios) existen fórmulas que permiten la colaboración de manera par-

cial y breve o más prolongada.

-Falta de formación específica sobre cooperación al desarrollo, adquirida durante el período formativo

No existe, durante el período formativo de los profesionales sanitarios, ninguna dedicación hacia la cooperación al desarrollo, más que en forma de créditos de libre configuración. Pero incluso así, en escasas ocasiones va dirigida específicamente al ámbito sanitario.

-Carencia de profesionales en España en algunas especialidades:

En algunas especialidades existe, incluso en nuestro país, una falta de personal (por ejemplo en anestesia), en otras son pocos los profesionales capacitados y/o están muy solicitados (por ejemplo en cirugía pediátrica, o personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos). Ello origina dificultades prácticas cuando son estos los profesionales solicitados por los países en vías de desarrollo.

-Otras:

Las cargas familiares, los problemas derivados de la vivienda, etc... también son razones aducidas en general por los profesionales sanitarios como uno de los principales impedimentos para su estancia en países en vías de desarrollo.

2) En el personal sanitario de países del sur:

-Dificultades previas a la formación:

El personal sanitario de otras localizaciones puede provenir de una amplia variedad de países donde se hablen distintas lenguas. Ello hace que, parte del período formativo, se consuma en superar las dificultades idiomáticas. El nivel previo de formación puede ser diferente al de nuestro país por lo que, en ocasiones, también es necesario dedicar parte del período formativo a "poner a punto" al expatriado al mismo nivel de otros compañeros de formación. Estos dos hechos originan una disminución real del tiempo efectivo de formación.

-Dificultades burocráticas:

A los profesionales médicos no españoles se les exige, para poder recibir formación en la que se incluya contacto con enfermos, la homologación previa de su título, procedimiento laborioso, que se prolonga en el tiempo y que puede resultar incluso costoso económicamente

-Obtención de permisos para la realización de estancias



c.i.c

Consejo
Interhospitalario
de Cooperación

Mozambique: Balance de la situación sanitaria tras la emergencia

Dr. Dario Abdul Sacur - Director Provincial de Salud de Gaza (Mozambique)

Es necesario obtener un permiso del centro en el que se va a recibir la formación y ello depende exclusivamente de la buena voluntad de los responsables del centro. Sería necesario que este procedimiento pudiera estar articulado de una forma reglada, y amparado por una instancia oficial.

-Dificultades para la salida de sus países:

Algunos países dificultan la salida de profesionales ante la perspectiva de que estos, una vez recibida la formación, no retornen.

-Dificultades económicas:

El diferente nivel de vida hace que aún cuando se esté disfrutando de una beca, esta siempre sea escasa para sus necesidades, dado que debe hacerse frente a numerosos gastos que no han previsto antes de salir.

Soluciones necesarias

Las soluciones necesarias deben adoptarse en las dos facetas del problema: para los sanitarios españoles y para los no españoles.

1) Para los profesionales sanitarios españoles:

- Incluir en los baremos de valoración de méritos la estancia en países en vías de desarrollo en programas o proyectos de cooperación.

- Disponer de una fórmula que permita garantizar mínimamente el retorno a un puesto de trabajo al personal interino.

- Regular que la solicitud y obtención de permisos para realizar proyectos de cooperación al desarrollo dependa de una instancia única con unos criterios y objetivos claros.

- Igualar la consideración de los profesionales sanitarios, independientemente de su régimen jurídico, para permitir su colaboración en proyectos de cooperación.

- Fomentar la inclusión en los planes de estudio

universitarios de la cooperación al desarrollo en el ámbito sanitario.

- Crear una base de datos de profesionales con disposición a colaborar en proyectos de cooperación al desarrollo.

- Articular un sistema de ayudas sociales para aquellos profesionales que se desplacen temporalmente a países en vías de desarrollo.

2) Para el personal sanitario de países del sur:

- Disponer de la previsión de un período previo en la formación, incluido en la dotación de la ayuda o beca, destinado a subsanar las carencias idiomáticas y de formación sanitaria.

- Articular un mecanismo rápido de homologación de títulos para los profesionales en formación. - - - Agilizar la concesión de visados para los profesionales sanitarios en formación.

- Regular que la solicitud y obtención de permisos para realizar estancias en régimen de formación de sanitarios de países en vías de desarrollo dependa de una instancia única con unos criterios y objetivos claros.

- Incrementar la dotación de la cuantía económica de las becas y ayudas de formación. Agilizar su cobro.

- Proporcionar un sistema de alojamiento gratuito o de bajo coste destinado a personal sanitario de países en vías de desarrollo en formación.

Conclusión

El intercambio de profesionales sanitarios entre países del norte y países del sur se vería favorecido con la adopción de las medidas propuestas. Algunas de ellas no implican coste económico alguno y son de alta efectividad. Serían además bien vistas por la ciudadanía y favorablemente aceptadas por los profesionales.

DONACIÓN DE LIBROS DEL DR. D. PASCUAL NAVARRO CABALLERO

El Dr. D. Pascual Navarro Caballero, urólogo valenciano y primer presidente de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana, tras su retiro profesional, conecedor de que la Asociación Murciana de Urología, conserva con la finalidad de crear una biblioteca urológica con obras de la especialidad para aprovechamiento de todos sus miembros y de los estudiosos que lo requieran, ha tenido a bien donar una parte de su biblioteca a la AMU, dada la tradicional buena relación y amistad entre ambas Asociaciones urológicas.

Los libros han quedado depositados para su custodia en el domicilio del Dr. Pérez Albacete, en donde pueden ser vistos y consultados, junto con el resto de obras que forman la colección de la AMU, hasta que se disponga de un lugar idóneo de conservación y donde se pueda acudir para su lectura.

Relación de las obras entregadas por orden cronológico

- 1.- DELBET, Paul, «Anatomie chirurgicale de la vessie», (1895): 322 págs. Librairie Ballière, París. Encuadernación en rústica, en mal estado.
- 2.- POUSSON, Alfred, «Affections chirurgicales des organes genito-urinaires», (1897): 366 págs. Octave Doin, París. Encuadernación en rústica, en mal estado.
- 3.- FREYER, P. J. «Hypertrophie de la prostate», (1908): edit. G. Steinhel, París. Encuadernado en plástico.
- 4.- GUYON, Felix, «Recueil de mémoires d' Urologie», (1911): 186 págs. Mason y Cie París, encuadernado cartón con lomo de piel. Supplement aux annales des maladies des organes genito-urinaires (1882-1911).
- 5.- LEGUE ET MICHON «Maladies de la vessie et du pénis», (1912): 324 págs. Librairie Ballière, París. Encuadernación en rústica, sin abrir.
- 6.- MARION, G. «Technique chirurgicale», (1912): tomo II, 1110 págs, 1327 fig. A. Maloina et fils editeur, París, encuadernado en tela.
- 7.- ARCELIN, F. «Exploration radiologique des voies urinaires» (1917): 175 págs. Mason y Cie París. Encuadernado en rústica.
- 8.- CATELHIN, F. «Chirurgie urinaire de guerre», (1919): 324 págs. París. encuadernado en piel.
- 9.- LECENE, P. ET WOLFROMM, G. «Cancers du rein», (1923): 206 págs. 32 fig., Gastón Doin Editeurs. Encuadernación en rústica, en mal estado.
- 10.- LUYS, George, «Maladies des vesicules seminales», (1930): 300 págs, 113 fig. G. Doin et Cie editeurs, París
- 11.- CHABANIER, H. Et LOBO-ONELL, C. «Exploration fonctionnelle des reins», (1930): 569 págs, París, Encuadernación en rústica, en mal estado.
- 12.- MILLIN, Terence, «Cirugía retropúbica urinaria», (1949): 245 págs. 185 ilustraciones, Traducción del Dr. Alfonso de la Peña. Encuadernado en cartón. Saturnino Calleja, Madrid.
- 13.- DENIS, R. «Adénomectomie endourétrale», (1959): 194 págs, 100 figs. Mason y Cie París. Encuadernado en rústica.
- 14.- CIBERT, J. RIGONDET, G. CIBERT, J. «Tumeurs de l'uretère abouchement ectópiques de l'uretère. Le uretérocele», (1960): 215 págs. Mason y Cie París, encuadernación en rústica.
- 15.- BEDÓS, F.; VALLS SERRA, J.; G. DEL RÍO; PALACIOS, J. M. CRUZ AUÑÓN, J. «Progreso en enfermedades renales e hipertensión», (1962): 189 págs. Ed. Sociedad Española de Medicina Interna, encuadernado en rústica, Madrid.
- 16.- VOELKER, G. et CYR, J. «Maladies chirurgicales du penis», 594 págs., en mal estado desencuadernado en rústica y faltan las portadas.

CONVOCATORIA 2005 DE BECA Y PREMIOS DE LA AMU

La junta directiva de la Asociación Murciana de Urología, consciente de la necesidad de colaborar en la investigación científica y de estimular el trabajo de todos los urólogos de su Asociación, establece una beca de estudios y una convocatoria de premios para sus miembros.

Beca de investigación «Meseguer Huertos».

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

Para optar a la misma se presentará una memoria detallada y justificativa del proyecto, con el visado de su director, que incluya un estudio del periodo de tiempo y del económico preciso para su realización y para el de desplazamiento, además, el certificado de admisión del centro elegido. La cuantía monetaria se cifra en 2. 000 euros; se entregará el 50 % a la aprobación del proyecto y el resto a su finalización. Se concede el plazo de un año natural para el desplazamiento y, el que el tribunal considere, según la documentación aportada por el solicitante, para el de investigación, con obligación en ambos casos de presentar una memoria anual de los estudios realizados, o del periodo de estancia en el centro solicitado, debidamente rubricado por el responsable del servicio en el que se ha realizado la estancia..

El incumplimiento de este apartado, o la no realización del proyecto de investigación, según los plazos previstos para el desarrollo del mismo, anulará las condiciones de la Beca, llegándose incluso a exigir la devolución de la misma si la junta directiva así lo considerara.

Premio «Salvador Pascual».

Para el mejor trabajo urológico original presentado en el congreso de la AMU. o en cualquiera de sus reuniones científicas, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU, por parte de los urólogos miembros de la AMU.

Se entregará el trabajo por escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía.

La cantidad establecida es de 700 euros junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.

El jurado que otorgará el premio estará formado por la junta directiva de la AMU, que previamente a la reunión anual de la asociación se reunirá para efectuar la votación oportuna. En caso de que dos trabajos tenga el mismo número de votos, será el voto del Presidente el que determine el trabajo ganador del premio.

Este premio puede quedar desierto, si la junta directiva considera por mayoría que ninguno de los trabajos presentados reúnen las exigencias mínimas para ser merecedor del mismo.

Los trabajos han de presentarse en la sede de la AMU, al menos 45 días antes de la celebración de la reunión anual, por escrito y dirigidos al secretario de la misma.

Premio «Gerardo Server».

Se concederá al mejor caso clínico o a la mejor fotografía comentada, presentado en formato de póster en la reunión anual de la AMU. Dicho trabajo puede haber sido presentado en cualquiera de los eventos en los que participe la AMU, así como en los de la Asociación Española de Urología, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU,

Los trabajos que quieran optar a recibir el premio, deberán estar expuestos en la sede de celebración de la reunión anual de la asociación desde el momento de la inauguración de la misma para poder ser valorados correctamente.

Los trabajos se numerarán según orden de colocación en la zona de la exposición designada para este fin.

El jurado que otorgará este premio estará compuesto por todos los miembros de la AMU, los cuales emitirán su voto, de manera anónima, en una papeleta diseñada para tal efecto, donde figurará en una columna el número del trabajo y en otra la puntuación otorgada.

Cada uno de los trabajos se puntuará numéricamente de 1 a 5.

Para recoger los votos se dispondrá una urna o similar que estará expuesta a todos los miembros de la AMU desde el inicio de la reunión hasta la finalización de la última sesión científica previa a la asamblea ordinaria de la asociación.

Se contabilizará como nulo aquel voto que no valore a la totalidad de los trabajos presentados para optar al premio.

La asignación establecida es de 450 euros junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.

Bases generales:

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

2- Todos los trabajos que quieran optar a cualquiera de los premios, y aquellos que quieran ser presentados en la reunión anual de la asociación, deberán ser facilitados en formato digital al vocal de actividades científicas antes de la finalización de la misma para su publicación en la página web de la AMU.

Se remitirá obligatoriamente el original con una copia en papel además de presentarlo en soporte de CD o disquete, dirigidos al Sr. Secretario de la AMU, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Tanto para optar a la beca como para el premio «Salvador Pascual», se deberán presentar los proyectos o trabajos, 45 días naturales antes de la celebración de la Jornada anual de la Asociación.

3- El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo, el cual debe ser miembro de la Asociación Murciana de Urología, y estar al corriente del pago de la cuota.

4- La designación de los ganadores y la entrega de los premios, se realizará durante el transcurso de la reunión anual preceptiva de la AMU.

5- El jurado estará formado por los miembros de la junta directiva de la AMU en la Beca "Mesguer Huertos" y en el premio "Salvador Pascual" y sus decisiones serán inapelables; sus componentes no podrán ser receptores de la beca ni de dicho premio., los cuales podrán ser declarados desiertos. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.

En el caso del premio "Gerardo Server", el jurado estará formado por todos los miembros de la AMU. El receptor de dicho premio podrá ser cualquier asociado incluidos los miembros de la junta directiva.

NOTICIAS

Felicitemos por la consecución del grado de doctor a D. Felipe García García con la memoria «Tumores uroteliales de vías urinarias superiores: estudio clínico-patológico y relación con los factores pronóstico-evolutivos (Ki-67, p53, C-erb-B2 y pRb). Dirigida por los Drs. Óscar Fontana Compiano y Francisco Martínez Díaz y leída en el salón de Grados de la Facultad de Medicina de Murcia el 6 de febrero de 2004.

Al equipo de Medicina Basada en Pruebas de la Asociación Murciana de Urología por la obtención del premio al mejor póster presentado en la 16ª reunión del grupo de «Trabajo de Litiasis, Endourología y Laparoscopia Urológica» de la Asociación Española de Urología, celebrado en Mas Palomas, Las Palmas de Gran Canaria, del 21 al 24 de enero de 2004, por su trabajo «Ureteroscopia versus litotricia extracorpórea por ondas de choque en el tratamiento de la litiasis de uréter pelviano» realizado por los Drs. Pablo Guzmán Martínez Valls, Carlos Tello Royloa, Antonio Romero Hoyuela, Antonio Prieto Sánchez, Mariano Tomás Rós, Andrés Sempere Gutiérrez y presentado por el Dr. D. Pedro López Cubillana.

Al Dr. D. Enrique Cao Avellaneda, residente de quinto año del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, por la obtención del premio nacional a la mejor comunicación, presentada en la XXX Reunión anual de la Asociación Española de Neuropediatría celebrado en Sabadell, en el mes de junio de 2004, titulada «Litiasis por topiramato»

Al Dr. D. Jesús Tornero Ruiz, médico adjunto del Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca, por el «Premio a la Mejor Fotografía» de la XXVI Edición de los Premios Pérez Castro de *Archivos Españoles de Urología*, por la fotografía publicada en la portada del número cinco, de junio de 2003 «Cavernomatosis vesical».

Al Dr. D. Tomás Fernández por su nombramiento, en mayo de este año 2004, como director médico del Hospital Universitario Morales Meseguer.

Al Equipo de Trasplantes del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca por la concesión del premio otorgado por el diario EL Faro a la mejor labor social del año 2004, con motivo de la celebración de su IV aniversario.