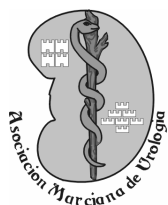


EDITORIAL



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Mariano Pérez Albacete

VICEPRESIDENTE:

Oscar Fontana Compiano

SECRETARIO:

Bernardino Miñana López

TESORERO:

Alberto Murcia Valcárcel

VOCALES:

Mariano Rigabert Montiel

Carlos Tello Royloa

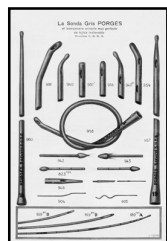
Juan Manuel Soler Fernández

SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda Juan Carlos I - Murcia

e-mail: asomur.int@wanadoo.es



PORTADA:

Catálogo de sondas
y bujías de la casa
Porges de 1928.

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Imprime: Gráficas TEMPLADO

Dep. Legal: MU-1906-98

Dos hechos jalonan la actividad de la AMU durante este año, la próxima celebración del LXXVII Congreso Nacional de Urología organizado por nosotros en Murcia ciudad y la modificación de los estatutos de la Asociación.

Del primero, decir que la presentación del stand de Murcia, en Granada, fue un completo éxito por lo que hemos recibido reiterados parabienes. La junta directiva local tiene perfilada la agenda de eventos para intentar lograr un buen desarrollo, la agencia oficial de viajes ultima los aspectos lúdicos y los de restauración, ya que los hoteleros y los del centro de congresos hace tiempo que quedaron resueltos puesto que eran un imperativo para sernos adjudicada la organización. Se ha iniciado la negociación con las casas comerciales y la distribución de los espacios para la exposición comercial marcha adelante con muy buenas perspectivas.

El programa científico y el calendario de trabajo se debaten activamente por la directiva nacional; como sabéis, la AEU inicia en este congreso la renovación de los mismos, son un cambio completo a su estructura, diseñado por la junta permanente y a lo que nosotros hemos aportado sugerencias; nuestra participación en esta parte se limitará a la distribución de los espacios y a la posterior colaboración durante su desarrollo.

En relación con los nuevos estatutos, hay que señalar que se ha aprovechado la experiencia acumulada para limar aspectos poco útiles o farragosos en su interpretación, nos hemos centrado en clarificar el contenido y en darles una estructura en la que fuese ágil la consulta; como novedad, la creación de la vocalía científica ya que se había visto que era necesario poder contar con una persona con conocimientos informáticos suficientes para organizar, distribuir y mantener nuestra página web, además de coordinar las aportaciones de trabajos a nuestras reuniones; gracias a ello, a partir de ahora será inexcusable remitir con la suficiente antelación el resumen de las comunicaciones para que aparezca publicado antes de su desarrollo, como es habitual en todos los congresos, y que ya en este boletín recogemos. Un punto polémico del nuevo reglamento lo ha constituido la consideración de socio correspondiente, que tanta discusión ha suscitado en el aspecto concerniente a los urólogos en formación, lo que ha vuelto a dejar constancia de la existencia de dos grupos de opinión opuestos y bastante equilibrados en fuerzas.

La junta directiva, consciente de la necesidad de ayuda a sus miembros para la ejecución de trabajos científicos de investigación, la realización de tesis doctorales o los desplazamientos para estancias en otros centros, instaura una beca de ayuda económica, a la que se le asigna el nombre de Meseguer Huertos en reconocimiento al primer y más importante urólogo murciano del siglo XIX.

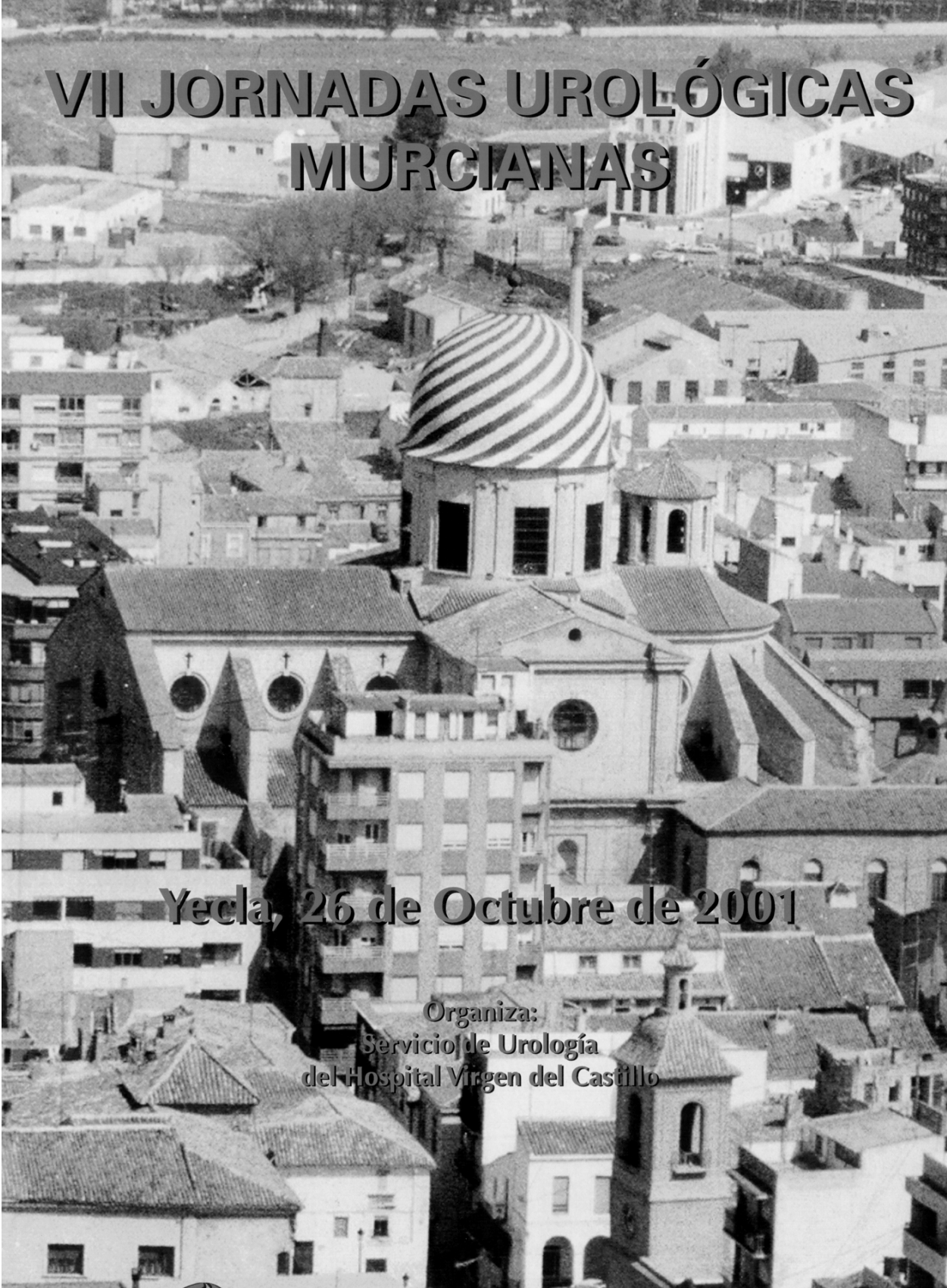
Por último, queremos también que el boletín sea una tribuna de opinión para los miembros de la AMU, por lo que os reiteramos, una vez más, que sus páginas están abiertas a todos aquellos que deseéis colaborar con vuestras aportaciones.

Queremos también que el boletín sea una tribuna de opinión para los miembros de la AMU por lo que reiteramos una vez más que sus páginas se encuentran abiertas a todo aquellos que deseen colaborar y nos remitan sus escritos.

La junta directiva

Sumario

Editorial	1
Trabajos de las VII Jornadas Urológicas Murcianas. Yecla, octubre de 2001	
Actos científicos realizados y auspiciados por la A.M.U. en el año 2001	
Actividades científicas previstas para el año 2002	
VI Jornadas Urológicas Murcianas, Murcia, octubre de 2000	
Adenocarcinoma renal. Nuestra experiencia	
XXXV Congreso de las Asociaciones Murciana de Urología y de la Comunidad Valenciana. Castellón de la Plana, febrero de 2001	
Trabajo ganador del Premio Salvador Pascual del año 2001	
Análisis bibliométrico de las aportaciones científicas a los Congresos de la AEU	
Póster ganador del premio Server Falgás del año 2000	
La Asociación Murciana de Urología en Internet	
Las Reuniones de Urólogos de Levante en el siglo XX	
En recuerdo de Pepe Gil	
Dr. D. José Gil Franco	
Figuras de la Urología Murciana. Dr. D. Fulgencio Roca Martínez	
Noticias	
Convocatoria de la beca <i>Meseguer Huertos</i> y de los premios: <i>Salvador Pascual</i> y <i>Server Falgás</i> y de la AMU. para el año 2002	



VII JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS

Yecla, 26 de Octubre de 2001

Organiza:
Servicio de Urología
del Hospital Virgen del Castillo

CORRELACIÓN ENTRE PUNTUACIÓN GLEASON DE BIOPSIA POR PUNCIÓN CON AGUJA 18G Y PUNTUACIÓN GLEASON DE PIEZA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Gómez Gómez, G.; Valdevira Nadal, P.; Cao Avellaneda, E.; Nicolás Torralba, J. A.; García Hernández, J. A.; Prieto González, A.; Server Pastor G.; López Cubillana, P.; Martínez Pertusa, P.; Guardiola Mas, A.
Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: El índice de Gleason es muy útil como marcador pronóstico así como indicador de decisión terapéutica en pacientes con ADC de próstata. Junto con el tacto rectal y el nivel de PSA constituye el grupo de datos esenciales para obtener el estadiaje clínico de la enfermedad y, consecuentemente, establecer pautas terapéuticas (básicamente, saber si es razonable o no proponer al paciente tratamientos de intención curativa).

Material y Métodos: Hemos recogido los datos correspondientes a las últimas 35 prostatectomías radicales practicadas en nuestro servicio en pacientes diagnosticados de ADC de próstata clínicamente órgano-confinado. Ninguno de estos pacientes recibió tratamiento neo-adyuvante. El diagnóstico fue establecido a través de biopsia transrectal de próstata con aguja de 18G. Se compara la puntuación de Gleason obtenida con el material de biopsia prostática con la obtenida en la pieza de prostatectomía radical.

Resultados: En 18 casos la puntuación Gleason fue mayor en la pieza que en la biopsia. En 6 casos fue mayor el Gleason de la biopsia prostática. En los restantes 12 casos el resultado fue el mismo.

Conclusiones: En el 50% de los casos el Gleason asignado sobre el material de biopsia prostática estaba "infragraduado" respecto al de la pieza de prostatectomía radical. El interés de este hallazgo, observado por otros autores, radica en, al menos, dos aspectos. El primero corresponderla al error en la aplicación de las tablas de probabilidad de afectación de vesículas seminales, afectación capsular y afectación ganglionar. El segundo se refiere al sesgo que introduce en la comparación directa entre los tratamientos quirúrgicos y no quirúrgicos, supuestamente favoreciendo a los resultados ofrecidos por la cirugía frente a los demás.

CARCINOMA TRANSICIONAL DE PRÓSTATA: NUESTRA EXPERIENCIA Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Cao Avellaneda, E.; Valdevira Nadal, P.; Ferri Níguez, B.; Gómez Gómez, G. A.; Bañón, V.; Nicolás Torralba J.A.; López Cubillana, P.; Prieto González A.; Server Pastor, G.; Guardiola Mas, A.; Martínez Pertusa, P.; García Hernández, J. A.; Pérez Albacete, M. - Hospital "Virgen de la Arrixaca" (Murcia)

El carcinoma transicional de próstata es un tipo infrecuente de neoplasia maligna alrededor del 2% del total). Todavía se ignora mucho sobre su historia natural, características analíticas, siendo la mayoría de lo publicado pequeñas series y casos clínicos.

OBJETIVO: conocer cual es la importancia en nuestra práctica clínica e intentar conocer su comportamiento.

MATERIAL Y MÉTODO: revisamos todos los informes de Anatomía Patológica existentes en nuestro hospital (desde principios de 1970 aproximadamente), comprobando las muestra por patólogo posteriormente. Realizamos un estudio retrospectivo de los casos.

RESULTADOS: encontramos 5 casos registrados: tres casos localizados en uretra prostática y dos casos en ductus o acini.

CONCLUSIONES:

- Es un tumor infrecuente, diagnosticado habitualmente en estadio avanzado..
- El único factor pronóstico actualmente consensuado es la invasión o no del estroma, medido por la infiltración o no de la membrana basal de acini, ductus o uretra prostática.
- No existe un tratamiento consensuado, siendo múltiples los descritos.

EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO: ANÁLISIS DE CALIDAD EN NUESTRO SERVICIO

Cao Avellaneda, E.; Valdevira Nadal, R.; Gómez Gómez, G. A.; Bañón, V.; Server Pastor, G.; Prieto, A.; López Cubillana, P.; Nicolás, J. A.; García Hernández, J. A.; Guardiola, A.; Martínez Pertusa, P.; Pérez Albacete, M.
Hospital "Virgen de la Arrixaca" (Murcia)

El documento de consentimiento informado es el soporte escrito de la nueva relación médico-paciente. Debe ser realizada ante cualquier técnica diagnóstico- terapéutica que conlleve un riesgo importante para el paciente. Es posterior a una adecuada información sobre la misma. Estudiamos su realización en nuestro servicio mediante un muestreo aleatorio realizado en Noviembre del 2000 donde se analizó su presencia en la historia clínica, la firma por el paciente y por el facultativo en las RTU de próstata y vesicales. Realizamos también una pequeña exposición sobre los puntos más importantes a tener en cuenta para su realización.

NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR LA MANO. EXPERIENCIA PRELIMINAR

López Cubillana, P.; Prieto González,; Valdevira Nadal, P.; Cao Avellaneda, E.; Nicolás Torralba, J. A.; Martínez Pertusa, P. García Hernández, J.A.; Guardiola Mas, A.; Gómez Gómez, G.; Pérez Albacete, M.

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

Introducción: Desde que se describiera por primera vez, de forma experimental, por Gill la técnica de cirugía mínimamente invasiva para la extracción de riñones de donantes vivos, han sido numerosos los grupos que han presentado su experiencia con diferentes abordajes quirúrgicos. Los primeros grupos practicaron laparoscopia según técnica convencional, seguida de la extracción un riñón a través de una incisión, ampliando una de los puertos laparoscópicos, a la finalización del procedimiento. La excelente visualización proporcionado por la video laparoscopia y el generoso campo quirúrgico proporcionado por el procedimiento transperitoneal son ventajas de esta técnica, pero requieren una considerable experiencia laparoscópica. Dado este problema, y la necesidad de realizar una incisión de 5-6 cm para extraer el riñón parece lógico intentar aprovechar esta incisión para facilitar el procedimiento. Esta es la base para el desarrollo de la laparoscopia asistida por la mano, en la que la cirugía se realiza bajo visión laparoscópica. El uso de la mano facilita el procedimiento y reduce el tiempo operatorio. La identificación de estructuras ayudada por la palpación, el uso selectivo de la mano para retracción y disección de los tejidos, así como la mejoría de la sensación estereotáctica constituyen notables ventajas de la laparoscopia asistida frente a la laparoscopia convencional.

Material y métodos: En los últimos 3 meses hemos obtenido una experiencia preliminar con la realización de esta técnica en dos pacientes, diagnosticados de tumor renal.

Resultados: El tiempo quirúrgico medio ha sido de 180 minutos (165-195). Ninguno de los pacientes presentó complicaciones derivadas de la cirugía, con una estancia media de 3.5 días.

Conclusiones: La laparoscopia ayudada por la mano proporciona ventajas en comodidad y eficacia equivalentes a las que proporciona la cirugía abierta, a lo que se suma la disminución de dolor postoperatorio y del tiempo de convalecencia respecto a esta. A esto se añade la relativamente corta curva de aprendizaje.

MASA ABDOMINAL A ESTUDIO

Bañón Pérez, V.; Asensio Egea, L.; Moreno Avilés, J.; Cervell Ferrón, J. M.; Soler Fernández, J.M.; Olmos García, L.; García Pérez, R. - Hospital Santa María del Rosell, Cartagena.

Se presenta el caso de un varón de 30 años, sin antecedentes de interés que consulta por la presencia de masa abdominal que ocupa todo el hemiabdomen izquierdo.

Se realiza una presentación de las posibles etiologías así como de las Pruebas diagnósticas empleadas.

PUNCIÓN BIOPSIA RENAL ECODIRIGIDA: EXPERIENCIA INICIAL

Cao Avellaneda, E.; Valdevira Nadal, P.; Nicolás, J. A.; García Hernández, J. A.; Prieto González, A.; Server Pastor, G.; López Cubillana, P.; Martínez Pertusa, P.; Guardiola Mas, A.; Gómez Gómez, G.; Pérez Albacete, M.

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

Introducción. La biopsia renal es una prueba fundamental en el diagnóstico de numerosos procesos renal primarios o secundarios a patología sistémica.

Material y Métodos. Desde enero de 2000 se han practicado en nuestro servicio un total de 121 biopsias renales percutáneas ecodirigidas (en un paciente remitido para biopsia no se pudo practicar por imposibilidad técnica). Hemos recuperado toda la información de 98 de los 121 pacientes. La indicación de la biopsia fue sospecha de enfermedad renal primaria (58 pacientes), sospecha de enfermedad renal secundaria a procesos sistémico (13 pacientes) y estudio evolutivo de trasplante renal (27 pacientes). Todos los pacientes presentaban estudio de coagulación normal y PA previa a la punción dentro de límites normales. Todos los pacientes fueron ingresados durante, al menos 24 horas, para control de la evolución inmediata.

Resultados. El material renal obtenido permitió un correcto estudio histológico en el 100% de los. Trece pacientes sufrieron las siguientes complicaciones: 5 pacientes presentaron hematomos perirrenales (todos los cuales se resolvieron espontáneamente, precisando transfusión de menos de 2 UI de concentrado de hemotíes en todos los casos), en 4 casos apareció hematuria no anemizante, autolimitada en todos los casos en menos de 24 horas; 3 pacientes presentaron hematomas que precisaron embolización selectiva de arteria distal en un paciente y drenaje quirúrgico en 2 pacientes.

Conclusiones. La biopsia renal eco-dirigida con el uso de pistola automática se ha convertido en el procedimiento estándar para la biopsia renal debido a su eficacia y seguridad. El procedimiento debe realizarse en el contexto de una hospitalización corta, con el fin de monitorizar la evolución U enfermo para valorar posibles complicaciones precoces.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA CON EL SISTEMA TVT (TENSION-FREE VAGINAL TAPE)

Valdelvira Nadal, P.; Cao Avellaneda, E.; Nicolás, J. A.; García Hernández, J. A.; Prieto González, A.; Server Pastor, G.; López Cubillana, P.; Martínez Pertusa, P.; Guardiola Mas, A.; Gómez Gómez, G.; Pérez Albacete, M.
Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción. El sistema TVT (tension-free vaginal tape) es una nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. El sistema TVT se basa en el implante de una banda de polipropileno sobre la uretra mediante una mínima incisión en pared vaginal anterior. El objetivo de este trabajo es presentar una revisión de nuestra experiencia inicial con esta técnica, así como nuestros resultados y complicaciones a corto plazo.

Material y Métodos. Desde Junio de 2000 hasta Agosto de 2001, catorce mujeres con diagnóstico urodinámico de IUE fueron sometidas a tratamiento quirúrgico corrector de su patología mediante la técnica TVT. El tiempo medio de seguimiento es de 6.92 meses (1-15 meses). La intervención se realizó bajo anestesia raquídea en todas las pacientes. El seguimiento posterior se basa en estudio clínico y urodinámico.

Resultados. La estancia postoperatoria fue 2.07 días (1-3 días) con retirada de sonda vesical y taponamiento vaginal a las 24 horas (en un caso se produjo una mínima lesión vesical intraoperatoria que precisó sondaje vesical durante 5 días). De las 14 pacientes, 11 (78.6%) tuvieron una clara mejoría de su clínica, sin necesidad de usar pañales de incontinencia. En el estudio urodinámico posterior no se logró reproducir la IUE, ninguna paciente presentaba residuo postmiccional significativo, y en ningún caso se observó la existencia de inestabilidad vesical.

Conclusiones. Consideramos que el sistema TVT es una técnica quirúrgica segura y eficaz para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. Supone una técnica de rápida ejecución, fácil de aprender y con pocas complicaciones. Hasta ahora se consideraban dos tipos de IUE en función de la técnica quirúrgica a emplear (suspensión uretral -Marshall- si hipermovilidad vesical vs. cabestrillo o esfínter artificial si incompetencia esfinteriana intrínseca). Ahora, esta técnica podría significar, debido a su sencillez y excelentes resultados, el patrón terapéutico estándar para tratamiento de la IUE, tanto la secundaria a hipermovilidad uretral como la secundaria a disfunción esfinteriana intrínseca.

VIA CLINICA PARA LA RESECCION ENDOSCOPICA. DESARROLLO Y ANALISIS DE LA FASE DE PILOTAJE

Fernández Aparicio T., Miñana López B., Hita Villaplana G., Guzmán Martínez-Valls P., Cortés C., Moreno E., Motos Lajara G.
Hospital Universitario J.Mª Morales Meseguer. - Servicios de Urología, Anestesiología y Unidad de Enfermería

Las vías clínicas son herramientas para el diseño de la calidad que protocolizan procesos completos o una parte amplia de los mismos, e integran **las mejores decisiones** clínicas, organizativas y educativas, **de la mejor manera conocida** para lograr una atención lo más efectiva, satisfactoria y eficiente posible. El presente estudio analiza la fase de pilotaje de la vía clínica para la resección endoscópica, fase previa a su aplicación definitiva.

MATERIAL Y METODO. De Enero a Junio del presente año un grupo de trabajo multidisciplinar ha desarrollado en nuestro Servicio la vía clínica para la resección endoscópica, que contempla los procedimientos de RTUp, RTUv, TCP. Dicho proyecto ha sido sometido a pilotaje durante los meses de Junio y Julio en 15 pacientes consecutivos.

Se han analizado los errores en la aplicación de la vía clínica como paso previo a su implantación definitiva, considerando los siguientes items: cumplimentación por parte del personal de enfermería (en los apartados de REA y hospitalización), cumplimentación por parte de los FEA (en los apartados de quirófano y hospitalización), aplicación del protocolo de tratamiento consensuado, cumplimentación de las incidencias y salidas de la vía. Los resultados de este estudio prospectivo y descriptivo se detallan a continuación.

RESULTADOS. De los 15 pacientes participantes 6 fueron sometidos a RTUv, 7 a RTUp y 2 a TCP. Tan sólo en tres casos la vía fue seguida correctamente en todos sus apartados. En los restantes, fueron encontrados los siguientes defectos de aplicación:

- Siete pacientes salieron de la vía clínica, todos ellos por estancia prolongada (>5 días).
- En 8 casos se detectaron errores en la cumplimentación de la vía clínica atribuibles al personal de enfermería: 5 dependientes del personal de Reanimación y 3 del personal de Hospitalización.
- En 15 casos los errores correspondieron al personal facultativo: 6 en el área quirúrgica y 9 en el de hospitalización.
- En 7 casos se apreciaron errores en la aplicación del protocolo terapéutico, todos ellos debidos al incumplimiento del plan de profilaxis tromboembólica.
- En 5 vías clínicas fue empleado de modo incorrecto el apartado de incidencias.

REFLEXIONES.

- El desarrollo y aplicación de una vía clínica es un proceso asumible a medio plazo por una Unidad Clínica siempre que se cuente con la colaboración explícita y activa de todos los estamentos involucrados.
- El pilotaje de la vía clínica es un paso necesario y de gran utilidad antes de su empleo definitivo para evitar los errores en su aplicación.

DISPLASIAS CUTÁNEAS DEL PENE

J.L.Rico, J.García Ligerio, F. García, M.Tomás, A.Sempere, L.O.Fontana. - Hospital General Universitario. MURCIA

Una proporción importante de neoplasias del pene tienen su origen en la transformación maligna de lesiones displásicas preexistentes.

Las displasias pueden adoptar una apariencia clínica – patológica variable, que abarca desde lesiones premalignas graves (ca.in situ) a otras alteraciones cutáneas que potencialmente pueden evolucionar hacia la malignidad (liquen esclero-atrófico, balanitis micácea, leucoplasia e infecciones por papilomavirus humanos).

Revisamos estas lesiones desde el punto de vista del diagnóstico histológico y clínico, con el objetivo de lograr identificarlas y prevenir su evolución maligna.

HEMANGIOMA RENAL COMO CAUSA DE HEMATOMA RETROPERITONEAL ESPONTÁNEO

A. Sempere Gutiérrez, A. Chaves Benito, J. García Ligerio, F. GarcíaGarcía , M. Tomás Ros, J.L. Rico Galiano, L.O. Fontana Compiano. - Serv. de Urología, H. General Universitario. - Serv. de Anatomía Patológica, H. Morales Meseguer. MURCIA*

Introducción. Los hemangiomas son tumores vasculares que pueden encontrarse en cualquier parte del tracto urinario, pero la localización más frecuente es el riñón. Pueden estar aislados o asociados a síndromes generales (Klippel-Trenaunay, Sturge-Weber). La sintomatología puede ser hematuria, cuando está en comunicación con la pelvis renal, o hemorragia retroperitoneal grave si es más periférico.

Caso Clínico. Presentamos el caso clínico de un varón de 37 años con antecedentes personales de hemangioma hepático, que acudió al hospital con un cuadro de shock hipovolémico diagnosticándose un gran hematoma retroperitoneal. No refería antecedentes previos de traumatismo. Fue intervenido realizándose nefrectomía izquierda por vía anterior y esplenectomía. El diagnóstico anatomopatológico fue hemangioma renal.

Discusión. El hemangioma renal es un tumor poco frecuente que debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de hematoma retroperitoneal.

CIRUGÍA RADICAL EN TUMORES TRANSICIONALES DE VÍAS ALTAS, FACTORES HISTOLÓGICOS E INMUNOHISTOQUÍMICOS QUE DETERMINAN EL PRONÓSTICO EN SU EVOLUCIÓN

F. García García, J. L.O. Fontana Compiano. I. Arcas Martínez-Salas García Ligerio, M. Tomás Ros, J. L Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez - Sº de Urología y de Anatomía Patológica*. Hospital General Universitario. MURCIA*

OBJETIVO: Valorar la evolución de una serie de pacientes sometidos a cirugía radical por tumores uroteliales de vías altas y consideración de los factores pronósticos que influyen en la misma.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de la evolución de 61 pacientes sometidos a cirugía radical, por tumor transicional de vías altas, así como la investigación de la expresión de marcadores inmunohistoquímicos como el P53 y el CERB-2 en las piezas quirúrgicas.

RESULTADOS: La edad media fue 68 años con rango de 31 a 90. El hábito tabáquico importante apareció en el 47.5 % de los pacientes. El motivo de consulta inicial fue hematuria en el 44.2 % y asintomático (por revisión) en el 27.8 % de los pacientes. En el 68.85 % fue un tumor único, siendo el crecimiento papilar en el 81.9 % y de localización predominante en pelvis renal (36 %). La supervivencia media fue de 51.49 meses. El fallecimiento tumor dependiente fue del 21.3 %, siendo la expresión de P53 (+ + +) en el 84.6 % de los mismos; la positividad de CERB-2 fue más inespecífica. En el 92% de los tumores que progresaron fue G3PT3 o G3PT4. En el 19.6 % de los casos hubo asociación a Tm vesical, realizándose nefroureterectomía y cistectomía en bloque en el 6.5 % de los casos.

CONCLUSIÓN: Junto a factores clásicamente reconocidos como predictivos (categoría T, asociación a Tm vesical, multicentralidad), aparecen factores como expresión de P53 y CERB-2 que tenemos que tener en cuenta a la hora de considerar el pronóstico de la evolución de los tumores transicionales de vías altas.

PRÁCTICA UROLÓGICA EN CONDICIONES ADVERSAS

*F. García García, L.O. Fontana Compiano, I. Arcas, *J. García Ligerio, M. Tomás Ros, J. L Rico Galiano, A. Sempere Gutierrez, Sº de Urología y de Anatomía Patológica* Hospital General Universitario. MURCIA*

INTRODUCCIÓN: Cuando se desarrolla una actividad médica, en este caso urológica con su componente clínico y quirúrgico en un lugar como los campamentos Saharais de Tindouf (Argelia), a las dificultades técnicas propias de la especialidad se añaden aquellas resultantes de carecer de medios básicos hospitalarios como banco de sangre o un Sº de análisis clínicos adecuado.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta un vídeo de la actividad asistencial (420 consultas con pruebas complementarias (UIV y ecografía)) y 40 intervenciones quirúrgicas mayores, entre ellas 5 pielolitomías, 3 ureterolitomías, 2 nefrectomías radicales, 1 nefrectomía simple y 1 nefrolitotomía en paciente monorreno (vídeo de la intervención).

Las consultas se realizaron en los diferentes campamentos con un médico local responsable de la selección de pacientes y con escasa formación urológica así como con equipos radiológicos de limitada resolución.

La actividad quirúrgica se desarrolló en la unidad quirúrgica de los campamentos Saharais con mínimos medios de asepsia y personal con poca experiencia,

CONCLUSIONES: A pesar de las condiciones adversas la evolución fue favorable en 38 pacientes.

Las complicaciones fueron 2 reintervenciones: 1 por hematuria en una adenomectomía retropúbica y 1 evisceración en una laparotomía exploradora.

VIABILIDAD DE LA URETERORRENOSCOPIA CON ANESTESIA LOCAL

M. Tomás Ros, J. García Ligerio, F. García García, J.L. Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez, L.O. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario. MURCIA

Introducción: La litiasis del uréter terminal, que ocasiona cólico nefrítico, es causa de gran morbilidad. Además obliga, en ocasiones, al ingreso del paciente con la repercusión que esto supone sobre el sistema sanitario, el mundo laboral y su entorno familiar y social.

Objetivos: Valorar si la ureteroscopia de urgencia realizada en la sala de cistoscopias, utilizando anestesia local y en régimen ambulatorio, podía ser más beneficiosa en la resolución del cólico nefrítico que la expulsión espontánea.

Material y método: A partir de un estudio previo de 150 URS sucesivas con una tasa de éxito del 90%, planteamos un estudio prospectivo sobre ureteroscopia de urgencia utilizando solamente Lidocaína y diazepam sublingual. Los criterios de inclusión eran: litiasis de uréter infrailíaco menor o igual a 1 cm, que no llevará más de una semana en esa localización. Todas se realizaron con ureteroscopia Storz 11.5 Ch, pinza, televisión y en posición de litotomía.

Resultados: De un total de 179 URS, 34 cumplían los criterios de inclusión (13 varones y 21 mujeres) con una mediana de edad de 39 años. 14 se realizaron en el lado derecho y 20 en el izquierdo. La tasa de resolución fue del 94% (32/34). 8 pacientes presentaron dolor lumbar y en un paciente varón no se pudo acceder al uréter distal. Los requerimientos analgésicos no fueron en ningún caso mayores de dos dosis de AINE. La estancia máxima fue de 20 horas, pero en la mayoría de los pacientes el alta fue inmediata.

Conclusiones: La URS con anestesia local y realizada en la sala de cistoscopias es bien tolerada por el paciente alcanzando una tasa de resolución cercana al 100%. Los requerimientos analgésicos y el tiempo de estancia hospitalaria están muy por debajo de la requerida por un cólico nefrítico no instrumentado. Un estudio de costes demostraría que este procedimiento ofrece un alto beneficio tanto sanitario como laboral.

POSTERS

LESIONES CUTÁNEAS GENITALES DE ETIOLOGÍA VIRAL ■

PRÓTESIS DE CADERA EN ENFERMEDAD METASTÁSICA UROTELIAL CON
SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO *J. García Ligerio.*

PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA *A.Sempere Gutiérrez.*

HEMANGIOMA CAVERNOSO SUPRARRENAL *J.L. Rico Galiano.*

MASA HIPOGÁSTRICA DE DIAGNÓSTICO COMPLEJO *M. Tomás Ros.*

CATETERISMO IATRÓGENO DE CAVA INFERIOR POR NEFROSTOMÍA PERCUTÁNEA *P. Valdevira Nadal*

VEJIGA NEUROGENA ADQUIRIDA: DOS CASOS *E. Cao Avellaneda*

PÓLIPO FOBROEPITELIAL DE URETRA POSTERIOR ASOCIADO A MEGAURETER EM UN
VARÓN DE 5 AÑOS ■

Actos CIENTÍFICOS realizados y auspiciados por la AMU durante el CURSO 2000-2001

VI Jornadas Urológicas Murcianas. Organizado por el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, de Murcia, se celebró el día 27 de octubre de 2000, en el salón de actos del pabellón de gobierno del Hospital y el 28, en el salón de Actos del edificio Moneo del Excmo. Ayuntamiento de Murcia, la sesión homenaje en memoria del Dr. D. Gerardo Server Falgás.

El programa científico desarrollado en la mañana del primer día comprendió la lectura de las veinte comunicaciones libres presentadas por los urólogos asistentes, hubo, además, la exposición de quince casos clínicos en formato de mini póster, lo que constituyó una interesante y acertada innovación. Tras la comida de trabajo en el cercano restaurante «Jardín botánico» de El Palmar, se prosiguió con el desarrollo de una mesa redonda sobre «Incontinencia urinaria» moderada por el Dr. D. Pablo Martínez Pertusa con la participación de los Drs. D. Lucas Asensio Egea, del hospital Nuestra Señora del Rosell, de Cartagena; D. Pedro López Cubillana, del hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia; D. Pablo Guzmán Martínez Valls, del hospital Morales Meseguer, de Murcia; D. José Rico Galiano, del hospital General Universitario, de Murcia y D. Carlos Tello Royloa del hospital de la Vega Baja, de Orihuela. Tras ella se celebró la Asamblea anual reglamentaria de la AMU. Finalizó la Jornada con una cena de gala en el restaurante «Rincón de Pepe» de Murcia.

En la mañana del día 28 se celebró un emotivo homenaje en memoria del Dr. Server, con la asistencia de numerosos compañeros de toda España, especialmente de la Comunidad valenciana, el acto, las comunicaciones y las adhesiones quedaron recogidas en un número extraordinario del Boletín de la AMU.

XXXV Congreso de la Asociación Murciana de Urología y de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana. Celebrado los días 25 y 26 de febrero de 2001, organizado por el servicio de Urología del Hospital Provincial de Castellón de la Plana, con la colaboración del Hospital General y el Hospital Gran Vía y presidido por el Dr. D. Juan Antonio De Francia Valero, se celebró en los salones del hotel Intur con el tema, *Futur-Urología. Luz y Sonido*, dividido en siete apartados: cirugía endoscópica vésico-prostática y uretral, láser en Urología, cirugía laparoscópica, uro-ecografía, cirugía percutánea y litotricia. Se presentaron un total de cincuenta y dos comunicaciones; los urólogos murcianos que asistieron en gran número leyeron nueve trabajos realizados en los tres hospitales de la capital. Hubo entrega de premios a las mejores comunicaciones, la Dr. Valdelvira Nadal, médico residente de Urología, del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia, recibió el correspondiente a la mejor comunicación.

Uso y aplicaciones de Internet en Medicina. El 9 de marzo de 2001, se desarrolló en Murcia, una jornada didáctica de introducción al manejo y navegación por Internet, con el patrocinio de Abbott Laboratories, S. A., en el cual de un modo práctico se introdujo a los asistentes en el modo de navegar por Internet, de instalar y configurar la conexión, de utilizar el correo electrónico, se hizo un análisis de los portales médicos y por último se explicaron las video conferencias y la conversación en tiempo real.

X Reunión de médicos residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia. Tuvo lugar en Murcia, en el mes de marzo de 2001, coordinada por el Hospital General Universitario, en él se desarrolló el tema «*Tumores de vías urinarias*». Por parte de los médicos residentes de Urología de los hospitales murcianos, el Dr. D. Pedro Valdelvira Nadal, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, fue el encargado de desarrollar la epidemiología y fisiopatología de estos tumores y el Dr. D. Julián García Ligerio del Hospital General Universitario la presentación de casos clínicos.

I Jornadas de Urología del sureste «Actualización en cirugía uretral». Organizado por el servicio de Urología del Hospital Universitario San Juan de Alicante y patrocinado por laboratorios Almiral Prodesfarma, con el auspicio de la AMU y la colaboración de los urólogos de Murcia, ha tenido lugar en el Colegio de Médicos de Alicante el 22 de septiembre de 2001, participó como invitado especial el profesor Enzo Palmieri del «Centro de cirugía reconstructiva de uretra y genitales masculinos» de Arezzo, Italia, el acto, arropado por cerca de una cincuentena de urólogos de las dos provincias, fue seguido de la exposición y discusión de diferentes casos clínicos.

XI Reunión de médicos residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia. Con el tema de estudio «*Tuberculosis urogenital y otras infecciones específicas*», se ha celebrado en la población de Villajoyosa (Alicante), organizado por el servicio de Urología del Hospital comarcal de la Marina Baja y presidido por el Dr. Moreno Barragán el día 20 de octubre de 2001. Por parte de los médicos residentes de Urología de los hospitales murcianos, el Dr. D. Felipe García García del Hospital General Universitario desarrolló el tema «*Tuberculosis y Sida*» y el Dr. D. Enrique Cao Avellaneda, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, fue el encargado de la presentación de casos clínicos.

ACTIVIDADES PREVISTAS DE LA A.M.U. PARA EL CURSO 2001 - 2002

XXXVI Congreso de Urología de las Asociaciones de Murcia y de la Comunidad de Valencia. Tendrá lugar en Valencia, los días 23 y 24 de febrero de 2002, organizado por el Servicio de Urología del Hospital Militar de Valencia y presidido por el Dr. D. Juan Antonio Segarra Rojas con el tema de discusión «*Disfunción vésico esfinteriana de causa orgánica o funcional*». Como novedad y a sugerencia de la AMU, dada la buena acogida que tuvieron en la reunión de Murcia, se incluirán la presentación de casos clínicos en el formato de mini pósters (40 por 60 cm.) para los casos clínicos de interés relevante.

VIII Jornada Urológica Murciana. Tendrá lugar en Cartagena, organizada por el Servicio de Urología del Hospital Nuestra Señora del Rosell y presidido por el Dr. D. Ricardo García Pérez, los días 8 y 9 de noviembre de 2002.

LXXVII Congreso nacional de la Asociación Española de Urología. Organizado por la Asociación Murciana de Urología, se celebrará los días 5 a 8 de mayo de 2002, en el Palacio y Centro de Congresos de nuestra ciudad. La junta directiva se encuentra trabajando con la agencia oficial para completar todas las necesidades logísticas que un acontecimiento de esta envergadura conlleva, además de coordinar con la junta directiva nacional el programa científico, que encontrareis totalmente modificado del habitual de los Congresos de la AEU.



Secretaría e Información:
VIAJES EL CORTE INGLÉS S.A.
DEPARTAMENTO DE CONGRESOS
C/ PRÍNCESA, 47 - 4ª PLANTA
28008 MADRID
TEL: (34) 91 201 26 00
FAX: (34) 91 559 74 11
e-mail: ilcmaad@viajeseci.es



LXVII
*Congreso
Nacional de
Urología*

MURCIA,
5-8 MAYO 2002



ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGIA

VI JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS

ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

MURCIA, 27 y 28 de Octubre 2000

*Organizadas por el Servicio
de Urología, Hospital
Universitario Virgen de la Arrixaca*
PROGRAMA



*Con reconocimiento de interés Científico Sanitario por la
Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad Autónoma de Murcia*

VI JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS

Con satisfacción asistimos a la reunión científica anual de la AMU, que aglutina a la urología murciana, fiel exponente de su quehacer; todos los grupos hospitalarios se esfuerzan por aportar su experiencia, sus ideas, su labor diaria estructurada en trabajos de revisión, experimentación, investigación o, simplemente, la presentación de casos clínicos, curiosos o interesantes, bien documentados y expuestos. Poco a poco repasamos la patología urológica con puesta al día de sus temas y, lo más importante desde mi punto de vista, asistimos a una coordinación de todos los urólogos de la Comunidad que hace que el criterio, el concepto y el punto de vista mayoritario sean asumidos por la mayoría y asentidos en su razonamiento básico lo que permite que exista una actuación urológica uniforme y acorde con los protocolos y normas que la bibliografía universal marca.

En esta su VI Jornada, el Hospital Virgen de la Arrixaca ha sido el anfitrión y creo, como responsable de su realización, que hemos cumplido el objetivo: las 20 comunicaciones y 15 mini pósters presentados, hechos con calidad y expuestos con corrección, resumen la cosecha de un año de trabajo de los miembros de la AMU; la asistencia a los actos de prácticamente todos los urólogos murcianos da fe de la importancia y trascendencia que tienen estas reuniones. Además, la sesión homenaje en memoria del Dr. Server Falgás dio realce a las jornadas y constituyó un extraordinario colofón.

Hemos de agradecer, por la trascendencia que tuvo, la colaboración de la Consejería de Sanidad, del Excmo. Ayuntamiento de Murcia y de la Dirección del Hospital, así como la de la industria farmacéutica que nos permite dar el relieve que merece la reunión.

M. PÉREZ ALBACETE

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL ANGIOMIOLIPOMA RENAL: ANALISIS DE 19 CASOS

Valdelvira Nadal, P.; Nicolás Torralba, J.A.; Bañón Pérez, V.; García Hernández, J.A.; Server Pastor, G.; Gómez Gómez, G.; Pérez Albacete, M. - Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

La historia natural del angiomiolipoma renal (AML-R) no está bien definida. Las opciones actuales de tratamiento incluyen observación, embolización y nefrectomía total o parcial. Las recomendaciones sobre el tratamiento de estos pacientes depende de los síntomas y del tamaño de la lesión.

Nosotros revisamos nuestra experiencia en los últimos 15 años en el manejo de este tipo de lesión, analizando datos tales como edad y sexo del paciente, localización y tamaño del tumor, asociación o no con esclerosis tuberosa, así como el tratamiento aplicado en 16 pacientes con un total de 19 AML-R.

Actualmente, el avance de las técnicas de imagen ha mejorado considerablemente el diagnóstico y seguimiento de este tipo de tumores. Casi todos los casos pueden ser diagnosticados correctamente mediante ecografía y TAC. Cuando está indicado el tratamiento quirúrgico, se debería intentar una cirugía conservadora de parénquima renal o embolización selectiva de la zona tumoral.

ESTUDIO DE LA VÍA URINARIA CON RESONANCIA MAGNETICA EN SECUENCIA T2

Guardiola Mas, A.; García Hernández, J.A.; Nicolás Torralba, J.A.; Bañón Pérez, V.; López Cubillana, P.; Pérez Albacete, M. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

La urografía i.v. continúa siendo el mejor método para la visualización del sistema pielocalicial y del uréter. Aunque las reacciones adversas potencialmente graves de los medios de contraste intravenosos son raras y no existen contraindicaciones absolutas para su uso, es prudente evitarla en pacientes con alergia a los contrastes iodados, insuficiencia renal, y, probablemente, trasplante renal por el riesgo de nefrotoxicidad. En estos casos, el urograma con resonancia magnética puede representar un método alternativo con capacidad diagnóstica equivalente.

Se presentan tres casos que ejemplifican las indicaciones del urograma por RM como alternativa a la urografía i.v.: 1) fístula postransplante renal, 2) hidronefrosis con alergia al contraste yodado y 3) evaluación de la vía urinaria previa en insuficiencia renal. En los tres pacientes, el urograma por RM resultó completamente esclarecedor, obviando la necesidad de exploraciones invasivas endoscópicas o percutáneas.

Concluimos que el urograma en RM es aplicable a toda la patología de la vía urinaria con una fiabilidad igual o mayor que las exploraciones convencionales y con las ventajas de que no radia al paciente ni existen problemas de alergia o nefrotoxicidad.

ESTUDIO CLINICO-TERAPEÚTICO DE LA URGENCIA LITIÁSICA CON INGRESO

Hita Villaplana G., Miñana López B., Fernández Aparicio T., Guzmán Martínez-Valls P. - Hospital Universitario "J. M^o Morales Meseguer"

Estudiamos los enfermos ingresados en nuestro Servicio a causa de patología de origen litiásico procedentes del Servicio de Urgencias de nuestro hospital.

Analizamos datos generales epidemiológicos y de decisión diagnóstica y terapéutica, intentando establecer un protocolo de mayor calidad asistencial respecto a este grupo de enfermos.

¿ES NECESARIA LA EBA PROTOCOLIZADA EN LOS PACIENTES CON TUMORES VESICALES SUPERFICIALES DE ALTO RIESGO?

Fernández Aparicio T., Miñana López B., Guzmán Martínez-Valls P., Hita Villaplana G., Cuesta Climent F., Lorca García J. Hospital Universitario "J. M. Morales Meseguer"

INTRODUCCIÓN: Dada la elevada capacidad de progresión de los tumores vesicales superficiales de alto grado (T1 G3 y CIS), y de acuerdo con los datos aportados por los grupos de mayor experiencia, se acepta en nuestro Servicio la necesidad de practicar de modo protocolizado una exploración bajo anestesia (EBA) a los tres meses de la intervención inicial con el fin de evaluar la respuesta al tratamiento inmunoterápico. Analizamos los resultados de esta pauta de actuación para optimizar nuestro protocolo al respecto.

MATERIAL Y METODOS: Diseñamos un estudio retrospectivo que incluye todas las EBA realizadas en nuestro Servicio desde Enero de 1997 hasta Mayo de 2000 (n=47) en 27 pacientes portadores de un tumor inicial T1G3-CIS o una recidiva de similares características. Excepto un enfermo, todos han sido sometidos a un programa de inmunoterapia con BCG. Son registrados los resultados de los test diagnósticos practicados en estos casos antes de la exploración (citologías con/sin estudios de imagen tales como ECO y/o endoscopia), excluyendo del análisis las EBA realizadas por protocolo sin estudios previos (n=3). Se considera EBA positiva cuando el estudio anatomopatológico informa de recidiva de carcinoma urotelial, CIS o displasia moderada-severa. Con estos datos se calculan sensibilidad, especificidad y valores predictivos, determinando por tanto la posibilidad de omitir el diagnóstico de recidiva y el porcentaje de EBA innecesarias. Los cálculos estadísticos han sido realizados con el paquete informático EPIDAT 2.1.

RESULTADOS: Un total de 27 pacientes han sido sometidos a 44 exploraciones bajo anestesia. En 9 casos se ha detectado la existencia de una recidiva tumoral, y en todos ellos esta había sido sospechada previamente en virtud de la presencia de unas citologías altamente sospechosas de enfermedad activa y/o un estudio de imagen (ECO o cistoscopia) sugerente. La validez de los estudios diagnósticos queda resumida en las siguientes tablas:

	Recidiva	No enfermedad	
Citologías+	8	5	13
Citologías-	0	27	27
	8	32	40

	Recidiva	No enfermedad	
Tests +	9	6	15
Tests -	0	29	29
	9	35	44

La sensibilidad en ambos casos es del 100%, con especificidades del 84.3% y 82.8% respectivamente. Su empleo rutinario evitaría un 61.7% de las EBA sin omitir diagnósticos de enfermedad activa.

CONCLUSIONES:

-La citología urinaria tiene un excelente rendimiento diagnóstico en la vigilancia de los pacientes diagnosticados de tumores vesicales superficiales de alto riesgo.

-Con la prudencia necesaria dada la trascendencia de omitir un diagnóstico de enfermedad activa en estos pacientes, los resultados obtenidos nos permiten abordar con criterios sólidos un replanteamiento de nuestro protocolo.

VARIABLES PREDICTIVAS DE LA RECIDIVA BIOQUÍMICA TRAS LA PROSTATECTOMÍA RADICAL

Fernández Aparicio T., Miñana López B., Hita Villaplana G., Guzmán Martínez-Valls P., Cuesta Climent F., Lorca García J. Hospital Universitario "J. M. Morales Meseguer"

INTRODUCCIÓN: A expensas de los resultados que a largo plazo revelen los ensayos clínicos con la radioterapia conformacional braquiterapia y crioterapia, las evidencias disponibles hasta el momento señalan a la prostatectomía radical como el tratamiento más eficaz para el control del cáncer de próstata órgano confinado. No obstante, el índice de fracasos bioquímicos se acerca al 30-40% a largo plazo. Evaluamos nuestra experiencia con el objetivo de adaptar el protocolo vigente en nuestro Servicio a los resultados obtenidos durante este periodo.

MATERIAL Y METODOS: Diseñamos un estudio retrospectivo que incluye a los pacientes sometidos a prostatectomía radical por cáncer de próstata (n=34) entre Mayo de 1995 y Octubre de 1999, para obtener un periodo mínimo de seguimiento de 12 meses. Para conseguir un grupo homogéneo de estudio, y dado que el pronóstico es claramente diferente, son excluidos aquellos casos con afectación de vesículas seminales (n=7) en la pieza quirúrgica. Son recogidos los datos correspondientes al estudio anatomopatológico definitivo: sumatorio de Gleason, presencia de enfermedad extraprostática (EEP) y afectación de los márgenes (M). Asimismo se evalúan los niveles de PSA previos a la cirugía y evolutivos con periodicidad trimestral-semestral y, en caso de recidiva bioquímica, el tacto rectal, TAC abdominopélvico y gammagrafía ósea como índices de enfermedad activa. Con estas variables, y tomando como valor corte un nivel de PSA <0.4 ng/ml, se realiza un análisis de la supervivencia uni y multivariante con el fin de determinar los factores predictivos de la recidiva bioquímica de la enfermedad y su repercusión clínica. Para el análisis univariante se emplea el método de Kaplan-Meier y el test de log-rank; el análisis multivariante es realizado mediante la regresión de Cox. En todos los casos es rechazada la hipótesis nula (igualdad de supervivencia para los diferentes factores) a partir de un error alfa inferior al 5% (p<0.05). El estudio estadístico ha sido realizado mediante el paquete informático SPSS 7.5.

RESULTADOS: Un total de 27 pacientes consecutivos son analizados durante un periodo de seguimiento medio de 32 (2,7) meses (rango 12-60). De ellos 6 (22%) han desarrollado recidiva bioquímica el 50% de las mismas durante el primer año. Considerando el Gleason de la pieza en las categorías de bien, moderadamente y mal diferenciado, el número de recidivas es de 0%, 7% y 62% respectivamente; la supervivencia actuaría libre de enfermedad en los pacientes con Gleason > 7 es nula. Asimismo, un 12.5% de los pacientes con M- desarrollan enfermedad activa frente al 100% cuando los márgenes son positivos. Ambos factores demuestran una influencia estadísticamente significativa en el desarrollo de recidiva bioquímica tanto en el análisis univariante como multivariante, con independencia de la existencia de enfermedad extraprostática en la pieza quirúrgica.

En 1 sólo caso (16.5%) se ha evidenciado por el momento el desarrollo de recidiva local o enfermedad metastásica.

CONCLUSIONES:

-La permeación capsular (enfermedad extraprostática) no modifica el pronóstico a medio plazo tras la prostatectomía radical. -A expensas de lo que determine la evolución clínica, parece necesario revisar el papel de la prostatectomía radical como tratamiento de elección en casos de tumores clínicamente órgano confinados con Gleason superior a 7.

-La ausencia de recidiva local o a distancia hasta el momento nos permiten mantener una pauta de vigilancia sin necesidad de tratamiento adyuvante inmediato en los pacientes con márgenes positivos.

HEPATOTOXICIDAD POR FLUTAMIDA

*Hita Rosino E., Olivar Buera M., Mellado Mesa P., Sánchez Martínez H., López Hidalgo J., Grau Civit J.
Hospital de La Inmaculada de Huerca-Overa (Almería).*

La Flutamida es un antiandrógeno no esteroide comúnmente usado en el tratamiento del carcinoma prostático avanzado, asociado a análogos del tipo LHRH. La hepatotoxicidad suele ser inferior al 1% y sucede entre 5-10 días después de haber administrado el fármaco. Se debe principalmente a un mecanismo de colestasis que produce ictericia y prurito.

Presentamos dos pacientes diagnosticados de adenocarcinoma prostático, en tratamiento con bloqueo hormonal completo que presentaron fracaso hepático. En el primero la evolución fue favorable después de la retirada del medicamento; el segundo cursó con síndrome hepatorenal, siendo su evolución desfavorable.

Los pacientes que reciben éste medicamento son informados de sus efectos secundarios como son: náuseas, vómitos, ictericia y astenia. También realizamos pruebas hepáticas antes de administrar el fármaco y a las ocho semanas posteriores. Aunque la vigilancia clínico-analítica se realizará de por vida, mientras se esté administrando el medicamento. Si se detectan anomalías hepáticas significativas la Flutamida debe ser suspendida, ya que la clínica suele ser reversible.

METODOLOGIA DE LA EVALUACION URODINAMICA

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

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La Urodinámica estudia la función y disfunción del tracto urinario, principalmente del tracto inferior. Nuestro objetivo es dar a conocer el procedimiento utilizado en la Unidad de Urodinámica de nuestro Hospital para la evaluación de los pacientes que presentan clínica miccional; así podremos seleccionar los procedimientos terapéuticos más adecuados para cada caso.

MATERIAL Y METODOS: Desde la apertura de la Unidad de Urodinámica a pleno rendimiento en Octubre de 1999 hasta Septiembre de 2000 se han realizado 132 estudios urodinámicos completos utilizando un equipo MMS-UD 2000. La metodología del estudio comenzaba con Historia clínica (H.C.), exploración neurológica, flujometría-residuo miccional, cistomanometría-electromiografía (EMG) y test detrusor-flujo-EMG. En la H.C. evaluamos el tipo de síntoma: síntomas de la fase de llenado: polaquiuria, nicturia, urgencia, sensación de dolor hipogástrico- síntomas de fase miccional: calibre disminuido, dificultad miccional, interrupción, goteo, sensación de vacuidad incompleta; incontinencia, retención aguda, enuresis, pesadez o dolor perineal. En la exploración, en el varón la próstata, en la mujer el introito y las pérdidas urinarias con diferentes cambios de posición, y en ambos una exploración básica neurológica que deberá evaluar: sensibilidad perineal, tono anal, reflejo bulbocavernoso, control voluntario anal. Las técnicas utilizadas para el estudio son flujometría y la medición de residuo; cistomanometría y demostración de contracciones no inhibidas (CNI), incontinencia, capacidad y acomodación vesical; estudios de presión-flujo para evaluar obstrucción, insuficiencia contráctil vesical. Todo ello con EMG para registrar la actividad bioeléctrica de los músculos estriados (superficial la perineal, selectiva esfínter periuretral).

RESULTADOS: En total se realizaron 132 estudios urodinámicos completos, obteniendo una distribución por sexos y edades con el establecimiento por grupos observando que hubiéramos llegado al diagnóstico sin practicar el estudio completo. En otros casos a pesar de la realización de éstos de forma sistemática no hemos obtenido reproducibilidad de los síntomas.

CONCLUSIONES: Con una metodología metódica podemos identificar la gran mayoría de las causas que provocan síntomas miccionales y seleccionar el procedimiento mas adecuado acorde a cada paciente.

DESARROLLO DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE URODINAMICA

*P. Guzmán, T. Fernández, B. Miñana, G. Hita, J. Lorca, F. V.Cuesta, F. Meseguer, A. Avellaneda
Hospital General Universitario " Morales Meseguer", MURCIA*

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: La Urodinámica está sujeta a diferentes variables que podrían alterar los resultados, en muchas ocasiones la utilizamos para seleccionar los procedimientos terapéuticos más adecuados y por tanto es fundamental evitar la variabilidad a la vez que optimizar gastos y esfuerzos. Ante la apertura de la Unidad de Urodinámica en Octubre de 1999 desarrollamos un sistema de calidad para analizar todo lo anterior.

MATERIAL Y METODOS: Para valorar el funcionamiento de nuestra Unidad de Urodinámica establecimos un sistema de calidad que debería venir marcado por un servicio accesible y equitativo con un nivel profesional óptimo que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario; para ello deberíamos contar con tres grandes pilares.- a) calidad científico-técnica y competencia profesional de los proveedores: facultativos y DUEs, validación y calibración periódica del aparataje, con análisis de la efectividad y la eficiencia. b) accesibilidad y equidad, es decir llega a quién lo necesita y cuando lo necesita, por último c) satisfacción que cumple las expectativas del usuario. Para valorar la calidad hay que definir los objetivos de la U.de Urodinámica estableciendo indicaciones; hemos analizado el nivel de cumplimiento mediante observación directa y con los registros de actividad asistencial. Las encuestas/entrevistas se expondrá en otro lugar.

RESULTADOS: Se han realizado 132 estudios urodinámicos completos hasta septiembre de 2000 utilizando un equipo MMS-UD 2000. Hasta el momento hemos evaluados algunos indicadores como metodología, cumplimiento de validación según ICS, coste de estudio, tiempo de demora media, etc...

CONCLUSIONES: Se debe establecer un Sistema de calidad para evaluar el funcionamiento de la Unidad de Urodinámica con criterios de calidad científico-técnica, accesibilidad y satisfacción todo ello para responder a la confianza que depositan los pacientes, el compromiso científico adquirido por el urólogo y la responsabilidad de mantener la competencia.

TRATAMIENTO DEL REFLUJO VESICORENAL EN LA INFANCIA MEDIANTE INYECCION SUBURETERAL DE MACROPLASTICO. NUESTRA EXPERIENCIA.

Nortes Cano, L. - Unidad de Urología Infantil. H.U. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Este trabajo resume la experiencia del tratamiento del reflujo vesicorenal esencial en 160 niños de edades comprendidas entre un año y once, durante los tres últimos años, junto con la práctica de cirugía abierta convencional que hemos realizado en otros mil quinientos pacientes con reflujo, de todas las edades y grados, en los últimos 20 años con un 1 por ciento de recidivas. Hemos tratado 160 niños portadores de reflujo esencial desde el grado II hasta el V, y que tuvieran un adecuado calibre uretral para permitir la entrada del endoscopio de trabajo. El grado III con 69 casos fue el más comúnmente tratado y principalmente entre los 2 y 4 años de edad. 35 fueron bilaterales. 31 niños con grado II fueron sometidos a Sting. 12 tenían menos de 4 años de edad y 19 entre los 4 y los 10. Tres niños por debajo del año de edad fueron sometidos a Sting con un grado IV de reflujo y 10 tenían entre 1 y 4 años. 58 niños, de todos los grados y edades tenían reflujo bilateral. La tasa de curación del reflujo, en nuestra experiencia con el macroplástico es similar a la de la cirugía abierta, aunque en ocasiones hemos tenido que emplear más de una intervención sobre el mismo ureter, especialmente en los comienzos, cuando la tasa de curación al primer Sting no sobrepasó el 75 por ciento de casos tratados. En 10 ocasiones el reflujo desapareció a la tercera inyección. Es condición esencial que la estructura básica de la unión ureterovesical esté mínimamente conservada con el fin de que el material inyectado permanezca en el sitio adecuado. Excluimos de nuestras indicaciones los ureteres extravesicalizados, los que no presentan túnel submucoso y las uropatías malformativas complejas endovesicales como los ureteroceles, etc. Creemos que el Sting con macroplástico es un tratamiento cómodo y seguro en el reflujo esencial infantil y primariamente indica-, do en los pacientes en los que entra en consideración una quimioprolaxis a largo plazo.

CLAVES: Reflujo vesicorenal. Inyección subureteral. Nefropatía de reflujo. Infancia. Sting.

PAPULOSIS BOWENOIDE DEL PENE. ESTUDIO CLINICOPATOLÓGICO

*V. J. Bañón Pérez, P. Valdevira Nadal, J. A. Nicolás Torralba, E. Martínez Barba, G. Server Pastor, M. Pérez Albacete.
Servicio de Urología y Anatomía Patológica. H.U. Virgen Arrixaca.*

Introducción: Lesión descrita por vez primera en 1977. Se da con mayor frecuencia en varones jóvenes y sexualmente promiscuos. Se ha relacionado con el VPH.

Materia y método: se realiza una revisión retrospectiva hallándose 4 casos. La edad media de los pacientes es de 47 años. Se realiza un diagnóstico diferencial desde el punto de vista clínico e histopatológico, así como una revisión actualizada de la literatura.

Resultados: el tratamiento ha sido quirúrgico en todos los casos, mediante exéresis local en 3 casos y la penectomía en uno.

Conclusiones: la papulosis bowenoide es una lesión benigna, que desde el punto de vista histológico resulta difícil de diferenciar y en ocasiones se confunde con el carcinoma in situ. Su tratamiento es quirúrgico.

OBJETIVOS Y DESARROLLO DE UNA WEB UROLOGICA. "UROMORALES.COM"

Fernández Aparicio T., Miñana López B., Guzmán Martínez-Valls P., Hita Villaplana G., Meseguer Carpe F., Peñaranda Gil P., Cuesta Climent F., Lorca García J. - Hospital Universitario J. M^a. Morales Meseguer.

RESUMEN: Desde la década de los 80, y como consecuencia de la necesidad de crear un sistema de seguridad de carácter militar, se inicia y desarrolla el embrión de lo que hoy conocemos como INTERNET. Con toda seguridad estamos ante la mayor revolución en el mundo de la comunicación jamás conocido, y desde hace ya algunos años el mundo sanitario ha comenzado a explotar las posibilidades que de interactividad y acceso a la información nos ofrece.

La presencia en la red de las diferentes instituciones sanitarias se ha desarrollado según un esquema piramidal, correspondiendo primero a Instituciones Internacionales (OMS), Nacionales (NCI, INSS, ONT ...) y Locales. De igual modo ha ocurrido con los servicios ofrecidos; baste poner el ejemplo de las búsquedas bibliográficas a través del Medline o los portales científicos de elevada calidad que proliferan en el momento actual. Todo ello no ha pasado desapercibido para los profesionales sanitarios, y somos muchos los que pensamos que, por motivos obvios, en un futuro hoy muy cercano la base de la comunicación científica será la red. Es por ello que el siguiente paso en esta teórica pirámide es el desarrollo de webs "corporativas", de Servicio, que articulen la posibilidad real de la intercomunicación de las diferentes especialidades médicas y de sus profesionales.

Tomando como marco la situación descrita, el Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer crea su propio lugar en la red, considerándolo una unidad más de su propia estructura con una serie de objetivos muy concretos. En esta comunicación se desarrollan tales objetivos y se muestran los apartados y características de nuestra web así como algunos aspectos de su creación.

OTRAS COMUNICACIONES PRESENTADAS

Megacaliosis vs síndrome de la unión pieloureteral

F. Serrallach Orejas; J. Navas Pastor; J. García Ligerio; F. García García; A. Sempere Gutiérrez; J. L. Rico Galiano; M. Tomás Ros; J. Gil Franco; L. O. Fontana Compiano. - Hospital General Universitario. Murcia

Rendimiento de la tomografía computarizada en la estadificación y actitud terapéutica de los tumores vesicales

F. García García; J. Navas Pastor; J. García Ligerio; F. Serrallach Orejas; A. Sempere Gutiérrez; J.L. Rico Galiano; M. Tomás Ros; J. Gil Franco; L.O. Fontana Compiano. - Hospital General Universitario. Murcia

Tumor sincrónico de vías altas con cáncer vesical infiltrante. Oportunidad de nefroureterectomía y cistectomía en bloque

J. Navas Pastor; J. García Ligerio; F. García García; F. Serrallach Orejas; A. Sempere Gutiérrez; J. L. Rico Galiano; M. Tomás Ros; J. Gil Franco; L. O. Fontana Compiano. - Hospital General Universitario, Murcia.

Ureterectomía en el tumor vesical infiltrante

J. García Ligerio; J. Navas Pastor; F. García García; F. Serrallach Orejas; A. Sempere Gutiérrez; J. L. Rico Galiano; M. Tomás Ros; J. Gil Franco; L.O. Fontana Compiano. - Hospital General Universitario, Murcia.

Epidemiología del cáncer de próstata en Murcia

P. Valdevira Nadal; C. Navarro; G. Gómez Gómez; V. Bañón Pérez; J. A. Nicolás Torralba; P. López Cubillana; A. Prieto González; G. Server Pastor; J. A. García Hernández; M. Pérez Albacete. - Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,

Valor del PSA para la detección del cáncer de próstata curable

V. Bañón Pérez; G. Gómez Gómez; P. Valdevira Nadal; P. López Cubillana; J.A. Nicolás Torralba; P. Martínez Pertusa; D. Castillo Cegarra; M. Pérez Albacete.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Resultados de la colposuspensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Técnica de M.M.K. y técnica de Ramírez

J.M. Cervell Ferrón; L. Asensio Egea; J. Moreno Avilés; J.M. Soler Fernández; L. Olmos García; R. García Pérez. Hospital Nuestra Señora del Rosell. Cartagena

Análisis bibliométrico de la producción científica de la urología murciana en los congresos nacionales de la Asociación Española de Urología durante el periodo 1996 - 2000

J. García Ligerio; J. Navas Pastor; F. García García; F. Serrallach Orejas; A. Sempere Gutiérrez; J.L. Rico Galiano; M. Tomás Ros; J. Gil Franco; L.O. Fontana Compiano. - Hospital General Universitario, Murcia.

Estudio de las aportaciones científicas a los congresos de la Asociación Murciana de Urología

J. García Ligerio; J. Navas Pastor; F. García García; F. Serrallach Orejas; A. Sempere Gutiérrez; J. L. Rico Galiano; M. Tomás Ros; J. Gil Franco; L. O. Fontana Compiano. - Hospital General Universitario. Murcia

Megaureter primario. Agenesia renal

F. Ojados Castejón - Hospital Virgen del Castillo, Yecla, Murcia

Trabajo remitido para la sesión homenaje al Dr. Server Falgás, que por omisión involuntaria, quedó sin incluir en el Boletín Nº 6 dedicado especialmente al acto.

ADENOCARCINOMA RENAL. NUESTRA EXPERIENCIA

Tallada M. Vicente F.J. Espejo E. Cózar JM. Martínez A. Campos M. Buitrago S. Rodríguez F. Rosales JL.
Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de las Nieves". GRANADA

Objetivos del trabajo: Revisar nuestra serie de adenocarcinomas renales en los últimos diez años (1990-1999). Analizamos su forma de presentación, métodos diagnósticos utilizados, tipo de cirugía empleada, vía de abordaje, correlación clínico patológica, factores pronósticos, tratamiento adyuvante y supervivencia.

Material y Métodos: Se estudian 156 pacientes (99 hombres y 57 mujeres) con una edad media de 61 años. (r=18-84) diagnosticados de un adenocarcinoma renal.

Para el estadiaje clínico de los enfermos que se intervinieron se realizó ecografía en 129, TAC abdomino-pélvico en 133, radiografía de tórax en 133, gammagrafía ósea en 114, arteriografía en 8 U.I.V. en 46, resonancia magnética en 19, Punción aspirativa con aguja fina (PAAF) en 4 y cavografía en 1.

Para el estadiaje clínico y patológico se utiliza la clasificación TNM revisada por la UICC/AICC en 1997.

La afectación fue unilateral en 150 casos y bilateral en 6.

Se intervinieron 133 pacientes (85%). El tratamiento quirúrgico realizado fue nefrectomía radical con adrenalectomía en el 42,2% de los pacientes; la indicación de ésta vino dada por el tamaño de la tumoración, localización y de los hallazgos radiológicos.

Nefrectomía radical sin adrenalectomía en el 40,6%, nefrectomía radical, adrenalectomía y trombectomía en cava en el 5,2%, Cirugía conservadora en el 12% y en el 15% casos se tomó una actitud expectante por imposibilidad quirúrgica.

Se ha realizado adrenalectomía en 63 pacientes. La vía de abordaje utilizada fue la subcostal transperitoneal en el 87,8% de los casos y lumbotomía en el 12,2%.

La afectación vascular estuvo presente en 29 casos (18,7%), en 21 en el momento del diagnóstico y en 8 fue un hallazgo durante la cirugía o en el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Nueve pacientes no se consideraron tributarios de cirugía, los 20 restantes se intervinieron: en 13 casos nefrectomía radical con trombectomía de la vena renal, en 4 nefrectomía radical mas trombectomía con cavotomía y en 3 nefrectomía radical más cavectomía total segmentaria y ligadura de los extremos de la cava. A todos se les realizó adrenalectomía.

En 17 casos con metástasis tras la nefrectomía radical se realizó inmunoterapia adyuvante. La localización de las metástasis fue pulmonar en 10 casos, ganglionares en 6, óseas en 5, hepáticas en dos y cerebrales en dos, todas ellas medibles por técnicas de imagen. El régimen de inmunoterapia por vía subcutánea consistió en tres ciclos de 21 días y un mantenimiento de 5 días/mes con Interleukina 2 e interferón.

En los pacientes en los que se realizó cirugía conservadora (16 pacientes). los tamaños de las lesiones oscilaban entre 1,5 cm y 9 cm. En siete casos eran pacientes con riñón único funcionante (3 de ellos sometidos a nefrectomía radical por adenocarcinoma renal, 3 por pielonefritis crónica y 1 por tumor de vías).

En cuatro pacientes se decidió cirugía conservadora de forma electiva por presentar una insuficiencia renal moderada, el resto (5 pacientes) contaban con un riñón contralateral normal. En un paciente el tumor asentó sobre un riñón en herradura. Asimismo en 4 casos se realizó arteriografía renal selectiva previa a la intervención y en uno de estos una PAAF dada la multifocalidad de las lesiones sospechosas.

En 4 pacientes se realizó nefrectomía parcial y en el resto tumorectomías. Se precisó de isquemia durante el acto quirúrgico en 7, con un tiempo medio de 20,5 minutos (15-30).

Resultados: El 25% de los pacientes consultaron por dolor, por hematuria el 28%, síndrome paraneoplásico el 8,5%, metástasis pulmonares u óseas el 2%, síndrome de Wunderlich el 1,3%. En el 35% de los casos fue un hallazgo incidental en el transcurso de un estudio ecográfico o tomográfico (TAC).

En los incidentales el estadio patológico fue: el 54,7% eran tumores pT1N0M0, en el 18,9% pT2N0M0, 17% pT3aN0M0, 5,7% pT3bN0M0 y en el 1,9% pT4N0M1. En otro caso existían adenopatías positivas (pT3aN2M0).

El estadiaje clínico fue para la categoría T: 53 T1, 39 T2, 41 T3 y 0 T4, y para la categoría N:

CURVA DE SUPERVIVENCIA

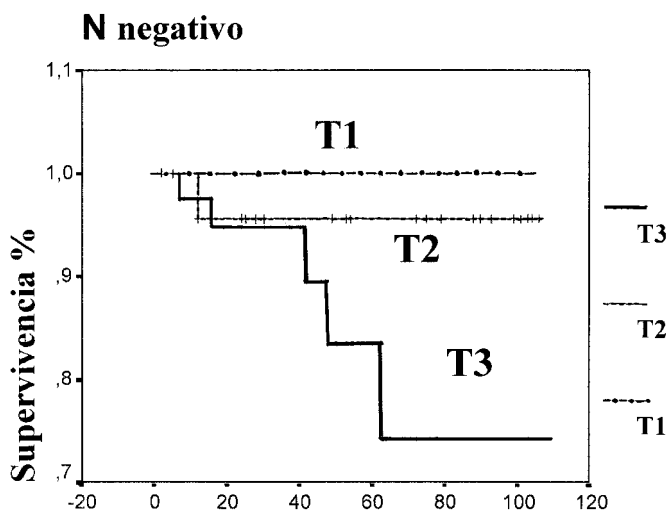


Figura 1. Curvas de supervivencia de los pacientes sin adenopatías positivas en función del valor T.

CURVA DE SUPERVIVENCIA

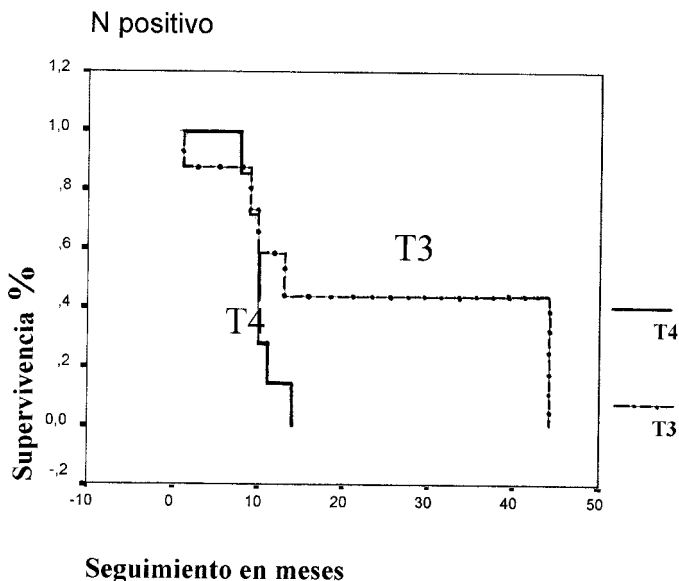


Figura 2. Curva de supervivencia de los pacientes con adenopatía positivas en función del valor T.

co-patológica de 100%. En cuanto a la supervivencia, con un seguimiento medio de 31,2 meses (3-69) todos los pacientes se encuentran libres de enfermedad sin recidiva local ni metástasis a distancia, con cifras de creatinina aceptables excepto en 4 pacientes que presentaban una insuficiencia renal previa, y una en tratamiento con hemodiálisis por insuficiencia renal terminal.

En los pacientes con trombosis venosa tumoral la supervivencia media cuando eran N(-) y sin metástasis ha sido del

122 N(-) y 11 N(+). Por su parte el estadiaje patológico fue para la categoría T: 51 T1, 25 T2, 50 T3 y 7 T4. Para la categoría N: 97 N(-) y 14 N(+) y 22 Nx incluyendo aquí los 16 pacientes donde se realizó cirugía conservadora. Comparando ambos estadijes obtenemos un 12,7% (17) infraestadiados y 2,2 % (3) para la categoría T. Para la categoría N tenemos 3 infraestadijes (2,7%).

El grado nuclear fue G1 en el 9%, G2 en el 62% y G3 en el 29%.

Con un seguimiento medio de 40 meses (1-108) la supervivencia en los T1/ T2/T3 sin adenopatías fue del 100%, 95% y 70% respectivamente a los 100 meses de la cirugía. En los T3 con adenopatías positivas fue del 40% a los 40 meses y en los T4 y adenopatías positivas fue del 0% a los 12 meses. En los pacientes con metástasis sometidos a Nefrectomía radical e inmunoterapia adyuvante la supervivencia al año fue del 53%. (Figs 1, 2 y 3).

El modelo de regresión de Cox identificó como factores pronósticos la edad, la T ($p < 0,01$) la N (+) ($p < 0,05$) el trombo en cava y el grado nuclear.

Cuando hemos utilizado la cirugía conservadora, el estadio patológico de estos fue pT1 en 14 y pT2 en 2 con una correlación clínica

patológica de 100%. En cuanto a la supervivencia, con un seguimiento medio de 31,2 meses (3-69) todos los pacientes se encuentran libres de enfermedad sin recidiva local ni metástasis a distancia, con cifras de creatinina aceptables excepto en 4 pacientes que presentaban una insuficiencia renal previa, y una en tratamiento con hemodiálisis por insuficiencia renal terminal.

Cuando el trombo tumoral afectaba a la vena renal la supervivencia al año fue del 92% y del 76% al año y a los 30 meses que se mantiene a los 5 años. Cuando el trombo se extiende a vena cava la supervivencia es del 85% al año disminuyendo al 42% a los 18 meses que se mantiene a dos años y medio.

En cuanto a la correlación clínico-patológica el trombo fue diagnosticado antes de la cirugía en 12 casos (60%) en el resto el hallazgo se hizo con posterioridad.

La adrenalectomía se realizó en 63 casos de los cuales el 67,2% el tumor asentaba en el polo superior; en el 21,8% eran mesorrenales y en el 11% en el polo inferior. En cuanto al valor de la T 12 (18%) eran estadio T1 clínico, el 23,6% T2 el 53% T3 y el 4,6% T4. Los hallazgos histopatológicos de las piezas de adrenalectomía no evidenciaron la existencia de metástasis homolaterales. No apareció ningún tumor primario y sólo se diagnosticaron 3 adenomas suprarrenales (4,6%)

De los 17 pacientes tratados con inmunoterapia adyuvante, 15 son

CURVA DE SUPERVIVENCIA

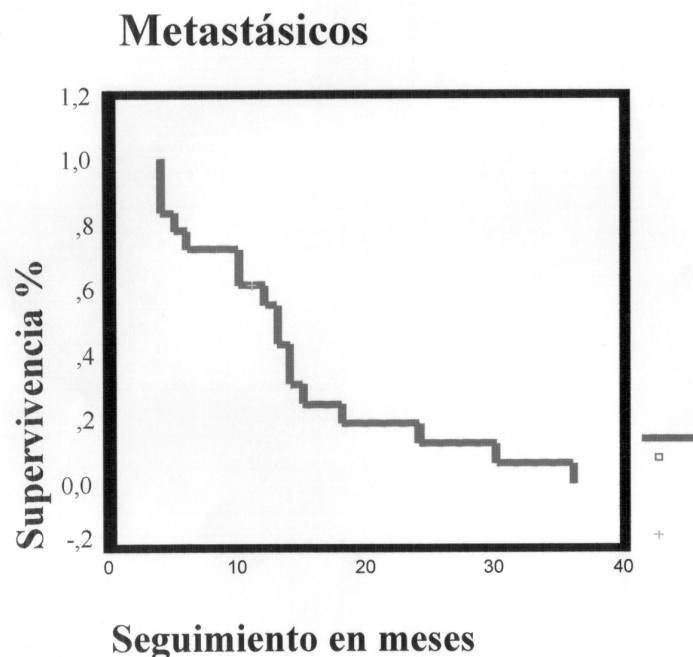


Figura 3. Curva de supervivencia para los pacientes metastásicos.

evaluables para respuesta pues hubo 2 abandonos por toxicidad. El seguimiento medio fue de 14 meses ($r=4-34$). Hubo 2 respuestas completas (13,5%); ambos con metástasis pulmonares, 3 respuestas parciales (20%) (dos metástasis pulmonares y una ósea) y 4 estabilizaciones (3 con metástasis pulmonares y ganglionares y uno con óseas y cerebral. En los seis restantes no hubo respuesta (40%). La duración de la respuesta osciló entre 6 y 30 meses y la supervivencia al año ha sido del 53%.

La toxicidad más frecuente fue: fiebre y/o escalofríos en el 80%, náuseas en el 75%, vómitos en el 25% y anorexia en el 40%.

Discusión: En cuanto a la forma de presentación, la triada clásica de dolor, tumor y hematuria, se presenta con menos frecuencia y estamos asistiendo a un incremento importante de los incidentalomas. Sin embargo, esta modalidad diagnóstica no supone necesariamente para Bono (1) un bajo estadio tumoral. En nuestra serie casi el 75% eran de bajo estadio (pT1 T2 N0M0) y sólo en un caso existían adenopatías positivas. De nuestro trabajo podemos deducir que la tasa actual de curación del adenocarcinoma renal se ve afectada por factores pronósticos ya señalados por los diferentes autores: estadio patológico (T), existencia de adenopatías, metástasis a distancia y grado nuclear.

Giberti(2), en una serie de 328 casos, encuentra como factores pronósticos más importantes por orden de importancia la existencia de metástasis (8% de supervivencia a los 5 años), el grado tumoral y el valor de la T. La existencia de afectación ganglionar y venosa tuvieron poca importancia en el análisis multivariante, aunque encontraron diferencias entre los pacientes N(+) y N0. En los pacientes con afectación venosa no hay diferencias significativas con relación al nivel alcanzado por el trombo tumoral, sin embargo sí existen diferencias entre los casos con afectación venosa sólo y aquellos que además presentan afectación ganglionar y/o metástasis a distancia. La influencia de la extensión tumoral hacia los vasos renales y vena cava es un tema muy discutido. Algunos autores han encontrado un efecto adverso en cuanto a la supervivencia. Otros están de acuerdo en que no tiene influencia sobre el pronóstico. (3,4,5). En cuanto a la correlación entre la extensión del trombo en su porción proximal y el pronóstico Stief utilizando un análisis uni y multivariante tampoco encuentra diferencias significativas. En nuestra serie no encontramos diferencias significativas entre la supervivencia de los pT3a y pT3b sin afectación ganglionar ni metastásica. Sin embargo hemos encontrado diferencias según el nivel alcanzado por el trombo tumoral, cuando éste se extiende a vena cava el pronóstico es más desfavorable.

La incidencia de metástasis ganglionares en nuestra serie es del 19% similar a la publicada en la literatura (9-32%) (6). Este amplio rango es explicable por los diferentes esquemas de Linfadenectomía y extensión de la misma. Nuestras cifras son similares a otras series donde se realiza la linfadenectomía regional con fines de estadíaje por vía transperitoneal (7).

La vía de abordaje transperitoneal la consideramos ideal para la nefrectomía radical pues permite un buen acceso al pedículo vascular y el número de complicaciones registradas ha sido mínimo con una estancia media de 9,9 similar a la publicada en otras series mayores como la de Mejean 656 casos(8). Para la cirugía conservadora preferimos la vía lumbar intercostal que presenta igualmente un índice de complicaciones muy reducido.

Con respecto a la adrenalectomía sistemática somos partidarios de no realizarla. Wunderlich(9) en una serie de 639 adrenalectomías encuentra 9 metástasis adrenales y en 8 de ellos (88,9%) todos estos pacientes era conocida esta posibilidad con el estudio tomográfico previo. Sin embargo Von Knoblock(10) en una serie de 589 pacientes sometidos a nefrectomía radical y adrenalectomía homolateral encontró metástasis homolaterales en 19 pacientes (3,2%) de los cuales 16 presentaban tumores mayores de T3 y 3 eran T1. Tampoco encontró una localización preferente en el riñón. Además sólo 4/19 presentaban sospecha en el estudio TAC previo. Nosotros atendiendo a los datos de nuestra serie (solo 3 adenomas de 63 adrenalectomías) sólo la realizamos en los casos con sospecha radiológica, tumores de gran tamaño, la localización en los 2/3 superiores y ante la sospecha macroscópica durante la cirugía.

En cuanto a la cirugía conservadora en el carcinoma renal encontramos 2 grupos de pacientes bien definidos: un primer grupo donde la indicación es imperativa (68% de nuestra serie) y otro segundo donde es electiva.(32%)

No existe discusión cuando la indicación es imperativa. No ocurre lo mismo cuando se realiza de forma electiva pues se ha llegado a referir hasta un 25% de tumores satélite(11). Sin embargo el índice de multifocalidad más aceptado es del 6% que se reduce al 3,7% en tumores menores de 3 cm.(12, 13).

En el estudio preoperatorio de estos tumores consideramos importante en algunas localizaciones un estudio adecuado del árbol vascular renal. La clásica arteriografía puede ser sustituida por otros estudios como el DIVAS no muestra con nitidez las ramas arteriales (14) y otras técnicas de imagen como el TAC helicoidal, la angio-TAC y angio-resonancia.

La cirugía conservadora puede realizarse mediante distintas técnicas pero todas ellas exigen un control del pedículo vascular para disminuir la posible hemorragia. La técnica más simple es la enucleación (75% de nuestra serie), que se ve facilitada por la existencia de una pseudo cápsula especialmente en tumores bien diferenciados y de pequeño tamaño (15). La nefrectomía parcial y la resección en cuña son las otras alternativas reservándose la primera para lesiones que afecten los polos renales.

Las complicaciones de este tipo de cirugía son a corto plazo las fistulas urinarias que se presentan hasta en un 17% y el fracaso renal agudo en relación con la isquemia prolongada durante la cirugía que se presenta hasta en un 10,8% (16). En nuestra serie, aunque corta, no apareció ninguna fístula urinaria ni ningún paciente precisó hemodiálisis en el periodo postoperatorio. A lo largo de la evolución una paciente (6%) desarrolló una IRC terminal entrando en programa de hemodiálisis. En la revisión de Campbell(16) con 259 casos y un seguimiento mayor un 17,8% precisaron entrar en programa de hemodiálisis.

En el tratamiento del adenocarcinoma renal metastático, en los últimos años, diversos estudios utilizando citokinas, han comunicado tasas de respuesta entre el 10 y el 20%. En este sentido la combinación de interleukina – 2 e interferón por vía subcutánea es la más efectiva y con unos efectos secundarios tolerables. En este sentido Atzpodien(17) en una serie de 152 pacientes tratados con esta combinación de forma domiciliar por vía subcutánea

obtiene un 25% de respuestas.

Samland(18) añade a esta pauta 5-Fluoruracilo con una tasa de respuestas del 19,1% de las cuales el 14,9% son completas. Con este mismo esquema Hofmockel(19) y Atzpodien(20) consiguen tasas de respuesta del 38 y 39% respectivamente.

En nuestra serie, con IL-2 e interferón por vía subcutánea hemos obtenido una tasa de respuestas del 33,5% de las que el 13,5% han sido completas. En 4 casos(23,5%) las lesiones se han estabilizado.

En cuanto a la localización de las metástasis, Samland(18) con la triple terapia (IL-2, IFN y %-FU) comunica una tasa de respuesta del 38% en las pulmonares y un 6,4% en las linfáticas. En otras localizaciones(óseas, hepáticas, renales, pleurales, esplénicas, y cerebrales) no se consigue respuesta en ningún caso, sólo estabilización de las lesiones óseas en el 36%.

En nuestra serie las respuestas completas fueron en metástasis pulmonares. Las repuestas parciales fueron en 2 M pulmonares 1 en M ósea y las estabilizaciones 3 en M pulmonares y ganglionares y 1 en M ósea y cerebral.

Conclusiones: Confirmamos, en nuestra área sanitaria un incremento de los tumores incidentales (35,3%).

Preferimos la vía anterior como acceso de elección en la nefrectomía radical. La lumbotomía queda reservada para la cirugía conservadora.

La supervivencia media obtenida es similar a la comunicada en la literatura y se ve afectada por el valor de la T, la existencia de adenopatías, la presencia de trombosis tumoral en cava y el grado nuclear.

En nuestra serie la trombosis en vena renal y cava infradiaphragmática sin afectación de las venas hepáticas no ha contraindicado la cirugía y no hemos encontrado diferencias significativas entre la supervivencia de los pacientes estadiados como pT3a N0M0 y los pT3bN0M0. Sin embargo cuando el trombo afecta a la vena cava la supervivencia disminuye con respecto a la afectación sólo de la vena renal.

En cuanto a la controversia de realizar o no adrenalectomía, nuestros hallazgos nos han inclinado hacia su no realización de forma sistemática. Tenemos en cuenta la sospecha preoperatoria, el tamaño y la localización del tumor renal.

La eficacia global de la inmunoterapia, en pacientes metastásicos fue del 33,5%, lo que justifica su empleo en estos pacientes con escasas alternativas terapéuticas. Su toxicidad en el régimen utilizado por vía subcutánea de forma domiciliaria es aceptable clínicamente.

Los resultados obtenidos con la cirugía conservadora nos reafirma en nuestra actitud hacia la tendencia conservadora ante casos seleccionados.

La elección de nefrectomía parcial con respecto a la tumorectomía vendrá dada por la localización del tumor.

Consideramos útil el estudio del árbol arterial renal en cuanto a la estrategia quirúrgica especialmente en los tumores de localización mesorrenal.

BIBLIOGRAFÍA:

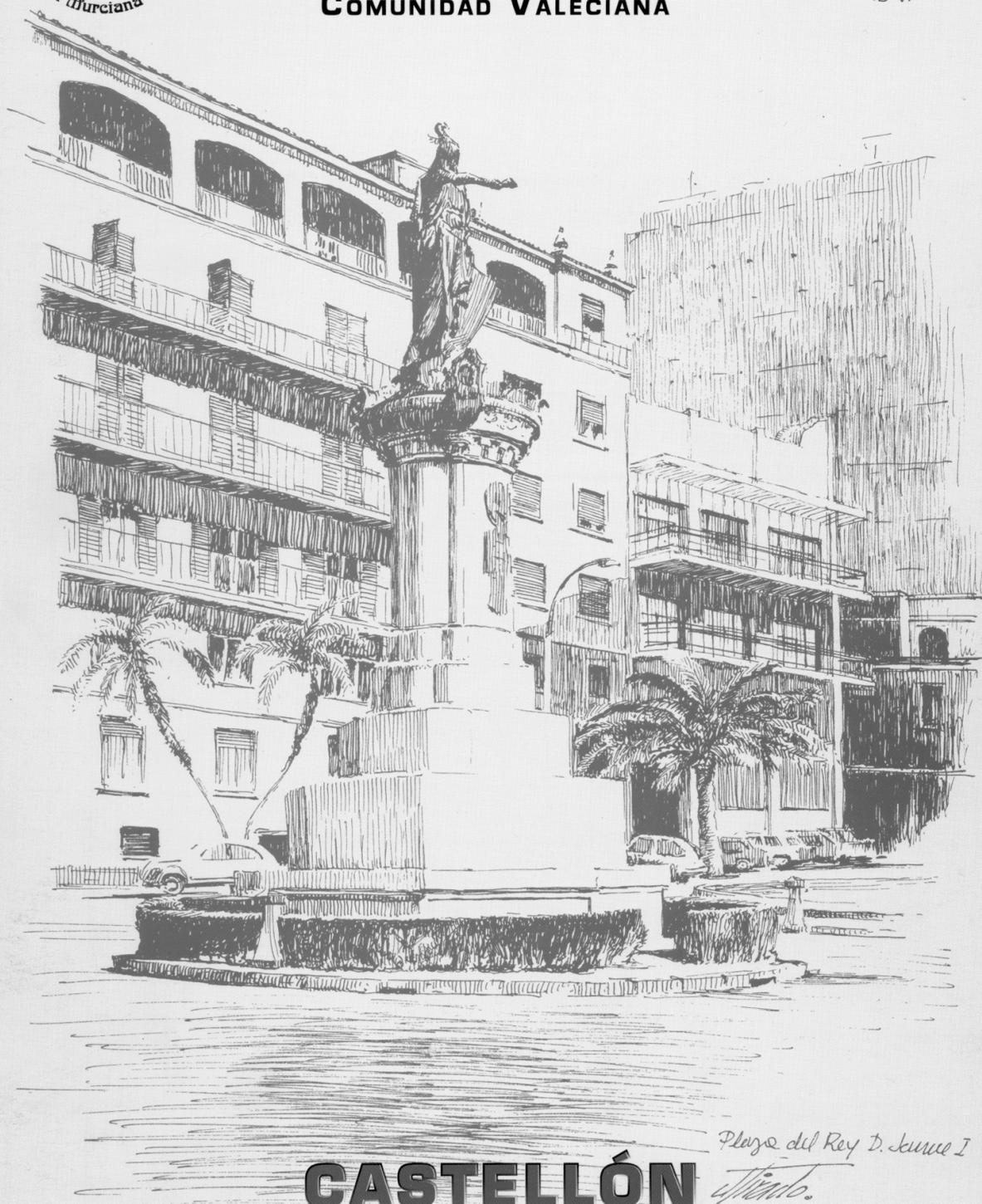
- 1.- BONO, A.V.; LOVISOLO, J.A.J.: Renal Cell Carcinoma diagnostic and treatment: State of the Art. Eur. Urol. 31 (suppl): 47. 1997.
- 2.- GIBERTI, C.; ONETO, F.; MARTORANA, G.; et al. Nefrectomía radical en el adenocarcinoma renal: resultados a largo plazo y factores pronósticos de una serie de 328 casos. Eur. Urol (ed. Española) Vol IV. 5: 390. 1997.
- 3.- MATTHEWS, P.N.; EVANS, C.; BRECKENRIDGE, I.M.: "Involvement of the inferior cava by renal tumor." Br.J. Urol., 75:441. 1995.
- 4.- REISSIGL, A.; JANETCHECK, G.; EBERLE, J. et al.: "Renal cell carcinoma extending to the cava". Br J. Urol., 13: 171. 1995.
- 5.- SWIERZEWSKY, D.J.; SWIERZEWSKY M.J.; LIBERTINO, J.A.: Radical nephrectomy in patients with renal carcinoma with venous, vena cava and atrial extension. Am.J.Surg., 168: 205. 1994.
- 6.- GIULIANI, L.; GIBERTI, C.; ONEYO, F.: Lymph node dissection in renal cell carcinoma. Eur Urol Update Ser. 1: 26. 1992.
- 7.- SIGEL, A.; CHLEPAS, S.; SCHROTT KM.; et al. Die Operation des Nierentumors. Chirurg. 52: 545. 1981.
- 8.- MEJEAN, A.; VOGT, B.; QUAZZA, JE.; et al. Mortality and morbidity after Nephrectomy for Renal Cell Carcinoma Using a Transperitoneal Anterior Subcostal Incisión. Eur. Urol. 36: 298. 1999.
- 9.- WUNDERLICH, H.; SCHLICHTER, A.; REICHEL, O.; et al. Real Indications for Adrenalectomy in Renal Cell Carcinoma. Eur. Urol. 35: 272. 1998.
- 10.- VON KNOBLOCH, R.; SESEKE, F.; RIEDMILLER, H.; et al. Radical Nephrectomy for Renal Cell Carcinoma: Is Adrenalectomy Necessary?. Eur. Urol. 36: 303. 1999.
- 11.- WHANG, M.; O'TOOLE, K.; BIXON, R.; et al. The incidence of multifocal renal cell carcinoma in patients who are candidates for partial nephrectomy. J. Urol. 153(3): 968. 1995.
- 12.- KLETSCHER, BA.; QUIAN, J.; BOSTWICK J.; et al. Prospective analysis of multifocality in renal cell carcinoma: influence of histological pattern, grade, number, size, volume and deoxyribonucleic acid ploidy. J. Urol 153: 904. 1995.
- 13.- OYA, M.; NAKAMUR, K.; BABA, S.; et al. Intrarenal satellites of renal cell carcinoma: histopathologic manifestation and clinical implication. Urology. 46: 161. 1995.
- 14.- GONZALEZ, M.; ALVAREZ, LM.; CHANTADA, V.; y cols. Cirugía conservadora en el adenocarcinoma renal. Actas Urol Esp. 23(5): 424. 1999.
- 15.- ROSENTHAL, CL.; KRAFT, R.; ZINGG, EJ. Organ-preserving surgery in renal cell carcinoma: tumor enucleation versus partial kidney resection. Eur Urol 10(4): 222. 1984.
- 16.- CAMPBELL SC.; NOVICK, AC.; Surgical technique and morbidity of elective partial nephrectomy. Semin Urol Oncol 13(4): 281. 1995.
- 17.- ATZPODIEN, J.; HÄNNINEN, EL.; KIRCHNER, H.; et al. Multi-institutional home-therapy trial of recombinant human interleukin-2 and interferon-alpha-2 in progressive metastatic renal cell carcinoma. J. Clin Oncol 13: 497. 1995.
- 18.- SAMLAND, D.; STEINBACH, F.; REIHER F., et al.: Results of immunochemotherapy with Interleukin-2, Interferon alfa2 and 5-Fluorouracil in the treatment of metastatic renal carcinoma. Eur. Urol. 35:204. 1999.
- 19.- HOFMOCKEL, G.; LANGER, W.; THEISS, m.; et al. Immunochemotherapy for metastatic renal cell carcinoma using a regimen of interleukin-2 interferon-alpha and 5-fluorouracil. J. Urol 156: 18. 1996.
- 20.- ATZPODIEN, J.; KIRCHNER, H.; HÄNNINEN, EL.; et al. Interleukin-2 in combination with interferon-alpha and 5-fluorouracil for metastatic renal cell cancer. Eur J Cancer 5 (suppl): 6. 1993.



XXXV CONGRESO

ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

ASOCIACIÓN UROLOGÍA
COMUNIDAD VALECIANA



CASTELLÓN

*Plaza del Rey D. Juan I
Alfonso.*

23 y 24 de FEBRERO de 2001

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MÉTODOS DE DERIVACIÓN URINARIA Y URS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDRONEFROSIS SINTOMÁTICA DURANTE EL EMBARAZO

*Bañón Pérez, V.; Valdevira Nadal, P.; Cao Avellaneda E.; Gómez Gómez G.; J.A.; Nicolás Tórralba, J.A.; López Cubillana, P.; Prieto González; Server Pastor G.; García Hernández J.A.; Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"*

Presentamos nuestra experiencia en el manejo y tratamiento de la hidronefrosis sintomática durante el embarazo cuando el tratamiento conservador (hidratación, analgesia...) fracasa.

Se realiza una revisión retrospectiva de la última década sobre 87 gestantes en las cuales las medidas conservadoras fracasaron. El período gestacional fue mayoritariamente el 2º trimestre. La prueba diagnóstica empleada con mayor frecuencia fue la ecografía transabdominal. En un tercio de los casos se realizó ecografía transvaginal. El empleo de radiografías simples y con contraste se realizaron de forma minoritaria y en casos precisos. La causa más frecuente de hidronefrosis sintomática fue la compresión extrínseca uterina seguida de la litiasis.

El método de derivación urinaria empleado con mayor frecuencia fue el cateterismo ureteral con catéter Doble-J, seguido de la nefrostomía percutánea. La URS se realizó en 9 casos.

El método que más ventajas presenta por su eficacia, seguridad y bajo coste es el cateterismo ureteral.

EMPLEO DE LA TAC HELICOIDAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LA LITIASIS RETROVESICAL

*Bañón Pérez, V.; Valdevira Nadal, P.; Cao Avellaneda E.; J.A.; Morales Cano M.;
López Cubillana, P.; Prieto González A.; Server Pastor G.; Gómez Gómez G.; Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"*

La TAC helicoidal con reconstrucción multiplanar, es una técnica de imagen que nos permite valorar el tamaño y la localización de las litiasis de manera rápida y eficaz, lo cual va a influir en la posterior decisión terapéutica.

Se presentan dos casos de litiasis retrovesical con localización en vesículas seminales, uno de los cuales nos parece excepcional dado el tamaño de las litiasis y la dificultad para la localización de las mismas que precisó de apoyo endoscópico.

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON MATERIALES BIOCOMPATIBLES DEL REFLUJO VESICoureTERAL INFANTIL

*Valdevira Nadal, P.; Zambudio Carmona G.; Nortes Cano L.; Bañón Pérez, V.;
Cao Avellaneda E.; J.A.; Nicolás Tórralba, J.A.; Pérez Albacete, M.
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"*

OBJETIVO: En nuestro hospital se han tratado con cirugía abierta a 1500 niños portadores de reflujo vesicoureteral esencial (RVU) en los últimos 20 años. A partir de 1998 comenzamos con el tratamiento endoscópico dei RVU.

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento dei RVU mediante la inyección subureteral (Sting) de materiales biocompatibles (Deflux y Macroplástico).

MATERIAL Y METODOS: Hemos tratado 224 niños entre uno y once años (139 niñas y 85 niños). El diagnóstico de RVU se realizó mediante cistografía y ecografía con inclusión en el protocolo del tratamiento endoscópico desde el estadio II hasta el IV de la clasificación internacional, siendo el grado III el más frecuentemente tratado (46%). En 90 casos, el Sting fue bilateral y se han realizado hasta 3 inyecciones sobre el mismo meato en los casos de persistencia dei RVU. Hemos utilizado una pistola para la inyección dei Macroplástico a través de un cistoscopio infantil (10 Fr) y efectuamos el procedimiento de forma ambulatoria y con anestesia general. Realizamos control ecográfico al mes y cistografía a los tres meses tras la intervención manteniendo a los pacientes bajo profilaxis antibiótica hasta que se constata la curación.

RESULTADOS: La tasa de curación fue similar a la obtenida con la cirugía abierta, superando el 95% aunque para esto hemos tenido que actuar hasta 3 veces en el mismo meato sobre todo en los estadios III y IV. En el estadio II, la tasa de curación fue dei 85% y dei 93% tras el primer y segundo Sting respectivamente. Para el estadio III, se consiguió una curación dei 90% en el primer Sting y dei 97% en el tercer Sting. En el estadio IV, la curación fue dei 60% al 94% entre el primer y tercer Sting.

CONCLUSIONES: Creemos que es esencial para que la técnica funcione, que exista una estructura básicamente conservada en la unión uretero-vesical. El Sting con materiales biocompatibles (Deflux y Macroplástico) es un método seguro y rápido para tratar el RVU infantil. Con esta técnica evitamos largos periodos de quimioprofilaxis, controles repetidos y el uso de la cirugía convencional, habiendo establecido una revolución en el planteamiento estratégico dei tratamiento de esta enfermedad.

MANEJO ENDOSCÓPICO DEL URETEROCELE DEL ADULTO

García Liger J.; García García F.; Navas Pastor J.; Tomás Ros M.; Rico Galiano J.L.; Sempere Gutiérrez A.; Fontana Compiano L. 0.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Los ureteroceles son dilataciones quísticas de la porción terminal del uréter. Según su localización se clasifican en ortotópicos si esta se sitúa en el trigono en la localización normal del meato, y ectópicos cuando es distal a la misma, pudiendo incluso proyectar en la uretra. En torno al 10% de los casos son bilaterales y el 80 % provienen del polo superior de riñones con un doble sistema. En el adulto suelen asociarse a sistemas únicos y tienen menos tendencia a dar problemas. Cuando son sintomáticos suelen ocasionar ITU y/o síntomas obstructivos. La infección y el estasis urinario pueden favorecer el desarrollo de cálculos en su interior. Al estar revestidos de urotelio. pueden desarrollar un tumor urotelial en su interior.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de 14 pacientes tratados de forma endoscópica en nuestro Servicio por ureteroceles ortotópicos en el adulto, con revisión de los principales aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos.

RESULTADOS: La edad media del grupo es de 48.4 años (rango 19-74). Varones 8 casos, mujeres 6 casos. Lateralidad: en 3 casos izquierdo. 8 derechos y 3 casos de ureterocel bilateral. Existía duplicidad completa ipsilateral asociada en 4 pacientes, correspondiendo en todos los casos a la vía que drenaba el pielón superior. El motivo de consulta estuvo en relación con ITU, hematuria y crisis renoureteral La UIV estableció el diagnóstico en 9 de los casos. Existía dilatación de la vía excretora en 6 unidades renales. Como complicaciones asociadas: litiasis intraureteroceles en 6 pacientes y tumor urotelial en 1 caso. Todos fueron susceptibles de tratamiento endoscópico realizándose meatotomía en 5 de ellos, RTU-destecho en 5, RTU-incisión en boca sonriente en 6 casos y RTU completa en una ocasión.

COMENTARIOS: Los ureteroceles ortotópicos en los que no existe deterioro significativo de las unidades renales correspondientes son susceptibles de tratamiento endoscópico como primera opción terapéutica. Preferimos la incisión a la resección por su menor índice de reflujo vesicoureteral asociado.

DISFUNCIÓN VESICOESFINTERIANA ADQUIRIDA SECUNDARIA A LIPOMA DE FILUM TERMINALE

Bañón Pérez, V.; López Cubillana, P.; Valdelvira Nadal, P.; Cao Avellaneda E.; Martínez Pertusa P.; Prieto González A.; Pérez Albacete, M.

Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

Se presenta el caso de un varón de 47 años de edad que consulta por cuadro de RAO. A la exploración por aparatos es normal salvo ROT más exaltados en miembro inferior derecho. En las diferentes exploraciones realizadas destacan: Flujometría: micción en prensa. Ecografía: ureterohidronefrosis grado 1 bilateral. UIV: ureterohidronefrosis bilateral. Vejiga de gran capacidad. Estudio urodinámico: arreflexia del detrusor. Vejiga de buena acomodación al llenado y acontractilidad durante el vaciado. RMN: efecto masa intradural a nivel LI-L2 de 3,5 cm, que brilla en T1, compatible con lipoma de filum terminale.

Tras su diagnóstico el paciente es derivado al Servicio de Neurocirugía donde se le realiza la exéresis del lipoma. A.P: confirmación histológica de lipoma. En la actualidad, el paciente presenta una micción normal, con flujo máximo de 13 ml/s, y sin prácticamente residuo postmiccional.

LITOTRICIA PNEUMÁTICA EN EL TRATAMIENTO DE LITIASIS VESICALES Y URETERALES.

Carlos Tello Royloa Francisco Cruces de Abia; Antonio Romero Hoyuela Jose Miguel Jiménez López; Matías Nso Mengué; Emilio Moreno Barrachina.

Servicio de Urología Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

INTRODUCCIÓN: La litotricia neumática con el dispositivo lithoclast, es un sistema de fragmentación intracorpórea de litiasis, mediante energía balística, cuyo uso se ha ido generalizando en los servicios de urología de todo el mundo desde su introducción hace diez años. *

OBJETIVOS: Valorar la eficacia y seguridad de la litotricia neumática con lithoclast en nuestro servicio.

PACIENTES Y METODOS: Desde enero de 1997 a diciembre de 2000, se han realizado 63 litotricias neumáticas, de litiasis de distinta localización, en 61 pacientes. Veintidós pacientes tenían litiasis ureterales y treinta y nueve, litiasis vesicales, uno de ellos en el interior de un ureterocel y otro sobre un catéter doble J. En 20 litotricias vesicales se asoció el tratamiento de la obstrucción mediante R.T.U. de próstata o cuello vesical esclerosado en 10 se realizó trigonocervicoprostatotomía y en uno uretrotomía interna endoscópica; en otro paciente se realizó resección de ureterocel y en dos casos R.T.U. de tumores vesicales concomitantes.

RESULTADOS: La litotricia neumática fue efectiva en el 98,36 % de los pacientes (60 de 61), y de ellos, el 96,66 % (58 de 60), en una sola sesión.

Todas las litiasis ureterales fueron correctamente fragmentadas, aunque en un caso fue precisa una segunda litotricia de dos fragmentos no expulsados,

Las litiasis vesicales se fragmentaron en 38 de los 39 paciente, siendo necesario en un caso la realización de cistolitotomía. Un paciente requirió un segundo abordaje para la fragmentación de dos restos de mayor tamaño.

No se ha presentado ninguna complicación Intraoperatoria ni a largo plazo por el empleo dei litoclast.

CONCLUSIONES: La litotricia neumática con el dispositivo Lithoclast es muy efectiva en la fragmentación de litiasis urinarias de distintas localizaciones. Presenta una gran seguridad en su manejo por la ausencia de complicaciones.

¿HAN INFLUIDO LOS AVANCES TECNICOS EN LA FORMA EN QUE REALIZAMOS LA URETERORRENOSCOPIA?

*F. García García; J. Navas Pastor, J. García Ligero, F. Serrallacli Orejas, M. Tomás Ros, A. Sempere Gutierrez, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano.
Hospital General Universitario. Murcia.*

INTRUDUCCIÓN: El avance en los medios técnicos así como los cambios en las indicaciones han contribuido de forma significativa al éxito tanto con fines diagnósticos como terapéuticos de la ureterorrenoscopia.

OBJETIVO: Valorar la simplificación de la ureteroscopia como procedimiento Y la utilización de nuevos medios técnicos para la optimización de resultados y la disminución de la estancia media.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos revisado de forma retrospectiva las Historias Clínicas de las ureteroscopias (145 terapéuticas y 5 diagnósticas) realizadas en los últimos 12 años en nuestro, servicio, sobre una población de 85 mujeres y 65 varones con edades comprendidas entre los 21 y los 85 años (edad media 47,36).

Hemos dividido dicho periodo en 3 intervalos de 4 años cada uno, valorando la evolución de los medios técnicos empleados (la utilización de cámara de video y monitor de TV) y la simplificación dei procedimiento endoscópico, realizándolo en algunos casos como CMA con anestesia local.

RESULTADOS: De los 134 pacientes en los que la ureteroscopia fue por litiasis ureteral, en 108 la localización fue pelviana y en 16 lumbar o sacro-ilíaca.

Aunque la tasa global de éxito es del 83%, se ha pasado de una tasa hasta 1996 del 81,25% a una del 91,2% en el 2000. La estancia inedia ha disminuido de 2,9 a 1,7.

Las complicaciones aparecieron en el 8% fundamentalmente por dilaceración de la mucosa (6 casos) y otras causas en 6 pacientes, no precisándose en ningún caso tratamiento quirúrgico abierto.

CONCLUSIONES:

1.- En el aumento de la tasa de éxito ha influido además de la curva de aprendizaje, el desarrollo de los medios técnicos que ha permitido la mejora del procedimiento.

2.- Con la simplificación y el uso de anestesia local haciéndose la ureteroscopia de modo ambulatorio en algunos casos ha disminuido la estancia media.

URETROPLASTIA CON MUCOSA ORAL COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN DE LA ESTENOSIS DE URETRA ANTERIOR

*Miñana López, B.; Fernández Aparicio T.; Guzmán Martínez-Valls P.;
Hila Villaplana G.; Lorca García J.; Cuesta Climent F.V.; Meseguer Carpe: F.
Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.*

El tratamiento curativo de la estenosis de uretra anterior ha sido históricamente un reto exigente para los urólogos. La uretrotomía endoscópica sólo es útil de forma duradera en casos muy seleccionados en contraposición a los resultados más estables de la cirugía abierta.

Desde junio de 1996, en nuestro servicio empleamos de primera elección la cirugía abierta: anastomosis término-terminal en las estenosis bulbares cortas (< 3cms.) y, en el resto, tras haber empleado colgajos pediculados de piel e injertos de mucosa vesical consideramos de primera elección los injertos en parche de mucosa oral. Es posible reconstruir en un sólo tiempo la mayoría de las estenosis, independientemente de su longitud.

En la presente comunicación se repasa la evolución histórica del tratamiento de la estenosis ureteral en nuestro Servicio, argumentando los motivos que nos llevan a considerar a la mucosa oral como tejido de elección en la reconstrucción de la uretra a pesar de nuestra corta serie de 5 casos. Asimismo se constata que no existe en la literatura científica evidencia alguna de que alguna de las otras técnicas referidas ofrezca superiores resultados al los obtenidos con la mucosa oral.

La facilidad de obtención, manipulación, disponibilidad, reproductibilidad y la práctica, ausencia de complicaciones a corto y medio plazo si se respetan los principios básicos di la transferencia tisular son la base de nuestra elección.

Sólo consideramos excepciones a la misma los hipospadias multioperados en los que apenas queda esponjoso para apoyar el parche y los casos, hoy excepcionales, de tejido, infectados. Sólo en estas situaciones consideramos que estaría justificada de entrada un: cirugía en dos tiempos.

TRABAJO GANADOR DEL PREMIO "SALVADOR PASCUAL" 2001 DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON MATERIALES BIOCOMPATIBLES DEL REFLUJO VESICoureTERAL INFANTIL.

VALDELVIRA NADAL, P.; ZAMBUDIO CARMONA, G.*; BAÑON PÉREZ, V.; CAO AVELLANEDA, E.;
PÉREZ ALBACETE, M.; NORTES CANO, L.*

SERVICIO DE UROLOGÍA. *SERVICIO DE CIRUGÍA INFANTIL. SECCIÓN DE UROLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.

RESUMEN

OBJETIVO

En nuestro hospital se han tratado con cirugía abierta a 1500 niños portadores de reflujo vesicoureteral esencial (RVU) en los últimos 20 años. A partir de 1998 comenzamos con el tratamiento endoscópico del RVU.

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del RVU mediante la inyección subureteral (Sting) de materiales biocompatibles (Deflux y Macroplástico).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos tratado 224 niños entre uno y once años (139 niñas y 85 niños). El diagnóstico de RVU se realizó mediante cistografía y ecografía con inclusión en el protocolo del tratamiento endoscópico desde el estadio II hasta el IV de la clasificación internacional y se han realizado hasta 3 inyecciones sobre el mismo meato en los casos de persistencia del RVU. Hemos utilizado una pistola para la inyección del macroplástico a través de un cistoscopio infantil (10 Fr) y efectuamos el procedimiento de forma ambulatoria y con anestesia general. Realizamos control ecográfico a los tres meses y cistografía a los tres meses tras la intervención manteniendo a los pacientes bajo profilaxis antibiótica hasta que se constata la curación.

RESULTADOS

La tasa de curación fue similar a la obtenida con la cirugía abierta, superando el 95% aunque para esto hemos tenido que actuar hasta 3 veces en el mismo meato sobre todo en los estadios III y IV, siendo el más frecuentemente tratado el grado III (46%). En 90 pacientes, el Sting se realizó de forma bilateral. En el estadio II, la tasa de curación fue del 85% y del 93% tras el primer y segundo Sting respectivamente. Para el estadio III, se consiguió una curación del 90% en el primer Sting y del 97% en el tercer Sting. En el estadio IV, la curación fue del 60% al 94% entre el primer y tercer Sting.

CONCLUSIONES

Creemos que es esencial para que la técnica funcione, que exista una estructura básicamente conservada en la unión uretero-vesical. El Sting con materiales biocompatibles (Deflux y Macroplástico) es un método seguro y rápido para tratar el RVU infantil. Con esta técnica evitamos largos periodos de quimioprofilaxis, controles repetidos y el uso de la cirugía convencional, habiendo establecido una revolución en el planteamiento estratégico del tratamiento de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Reflujo vesicoureteral infantil. Tratamiento endoscópico. Materiales biocompatibles.

INTRODUCCIÓN

El reflujo vesicoureteral (RVU) se asocia con infecciones del tracto urinario y con alteraciones renales, cicatrices, que reciben el nombre de pielonefritis crónica o nefropatía por reflujo. Esta nefropatía es la causa más frecuente de insuficiencia renal terminal y de hipertensión grave en niños y adultos jóvenes^{1, 2}.

La incidencia global de RVU en la población infantil es aproximadamente de un 0,5 a un 1,5% y en los recién nacidos aparentemente sanos entre un 0,1 y un 0,2%, sin diferencias entre sexos. Entre los lactantes menores de un año, el 1,5% tienen infección urinaria y de ellos cerca del 50% presentan RVU. En la edad escolar el RVU es entre cuatro y cinco veces más frecuente en el sexo femenino, de tal forma que el 1-3% de las niñas tienen bacteriuria y de ellas, el 30% tienen RVU y el 20% tienen lesiones renales. Se estima que es diez veces más frecuente entre la población blanca que la población negra y que existen factores hereditarios en la génesis del RVU, aunque se desconoce el mecanismo de transmisión³.

Anatómicamente, los elementos esenciales que influyen en la competencia y normalidad de la unión uretero-vesical son: túnel submucoso adecuado, tono trigonal normal y sincronismo esfinteriano uretero-trigonal. La ausencia o alteración de estos elementos dará lugar a la presencia de RVU⁴.

Desde un punto de vista etiopatogénico, el RVU se ha clasificado en reflujo primario o esencial y secundario. Se considera que el RVU es primario o esencial cuando existe una anomalía congénita de la unión uretero-vesical y secundario cuando es consecuencia de una alteración producida por otra patología asociada (tabla 1).

RVU primario	No asociado a malformaciones	Asociado a malformaciones		
	- Incompetencia de la unión vesicoureteral	- doble sistema colector - ureteroceles con duplicación - ectopia - divertículos paraureterales		
RVU secundario	R obstructivo	R infeccioso	R por hipertensión vesical no obstructiva	R postquirúrgico
	- válvulas u.p. - estenosis - disinergia v-e	- ITU recidivantes	- hiperactividad del detrusor - vejigas neurógenas centrales	

Tabla 1. Clasificación etiopatogénica del reflujo vesicoureteral.

El RVU, por sí mismo, es asintomático y el 85% de los RVU se diagnostican por el estudio de infecciones urinarias que pueden cursar con fiebre, pérdida ponderal, síntomas digestivos, neurológicos o urinarios. Además, el RVU se resuelve espontáneamente a un ritmo aproximado de 20 a 30% cada dos años, con una frecuencia de desaparición global del 80%^{5, 6} (tabla 2).

Estadio	años de evolución			% Curación
	2	5	10	
I	50%	70%	90%	
II	30%	60%	75%	
III-IV	25%	40%	50%	

Tabla 2. Curación espontánea del reflujo vesicoureteral.

En nuestro hospital, desde el año 1978 hemos tratado con cirugía abierta a más de 1500 niños afectados con RVU, y a partir de enero de 1998 comenzamos el tratamiento endoscópico del reflujo.

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del RVU mediante la inyección subureteral (Sting) de materiales biocompatibles (Deflux y Macroplástico).

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde enero de 1998 hasta diciembre de 2000 hemos tratado a 224 niños (139 niñas y 85 niños) entre uno y once años (media de 4,5) con diagnóstico de RVU, el cual se realizó mediante cistografía y ecografía.

Se han incluido en el protocolo del tratamiento endoscópico:

- RVU sometidos a profilaxis antibiótica que tengan un adecuado calibre uretral que permita el paso del instrumental,
- RVU de grado medio o bajo no complicados (II-IV de la Clasificación Internacional):
 - Sin duplicidad ureteral
 - Sin malformaciones vesicales
 - Longitud del túnel submucoso conservada.
- No en RVU secundarios.

Los materiales que hemos utilizado más frecuentemente han sido el macroplástico y en algunos casos el Deflux, aunque en otros centros también se utiliza la pasta de Teflon^{7,8}.

La inyección del material biocompatible se realiza en la región submucosa "a las 6 horas" bajo el meato refluyente con depósito de una cantidad adecuada de material como para producir un habón en la unión uretero-vesical (fig. 1 y 2).

Utilizamos una pistola para la inyección del macroplástico (fig. 3) a través de un cistoscopio infantil (10 Fr) bajo visión endoscópica directa a través de una torre de vídeo y efectuamos el procedimiento con anestesia general y de forma ambulatoria con alta domiciliaria a las 4-5 horas tras intervención.

Realizamos control ecográfico al mes (fig. 4) y cistografía a los tres meses tras la intervención manteniendo a los pacientes bajo profilaxis antibiótica hasta que se constata la curación. En algunos niños se han realizado hasta 3 inyecciones sobre el mismo meato en los casos de persistencia del RVU y cirugía abierta (Reimplante uretero-vesical tipo Cohen o Politano) en los que se ha fracasado con el tratamiento endoscópico.

RESULTADOS

Todos los pacientes, excepto dos casos, fueron alta hospitalaria a las 4-5 horas tras intervención presentando en algún caso una hematuria leve o irritación miccional en los primeros días post-intervención que no precisaron de reingreso. En dos niños se retrasó el alta hospitalaria hasta el día siguiente por presentar vómitos post-operatorios.

En todos los niños se realizaron controles ecográficos al mes de la intervención sin evidencia de aumento de la hidronefrosis o ausencia de la misma en los que se curaron debida a la inyección del material.

La tasa de curación fue similar a la obtenida con la cirugía abierta, superando el 95% aunque para esto hemos tenido que actuar hasta 3 veces en el mismo meato sobre todo en los estadios III y IV, siendo el más frecuentemente tratado el grado III (46%) (tabla 3).

Estadio	n	(%)
II	72	33
III	104	46
IV	48	21

Tabla 3.

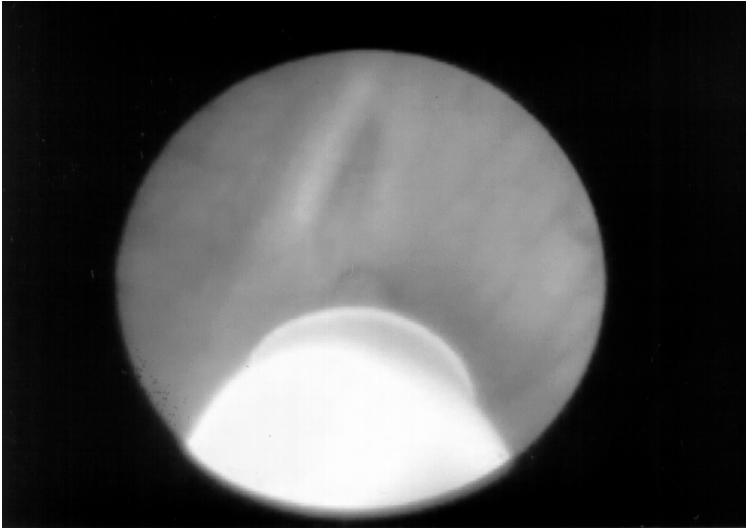


Fig. 1

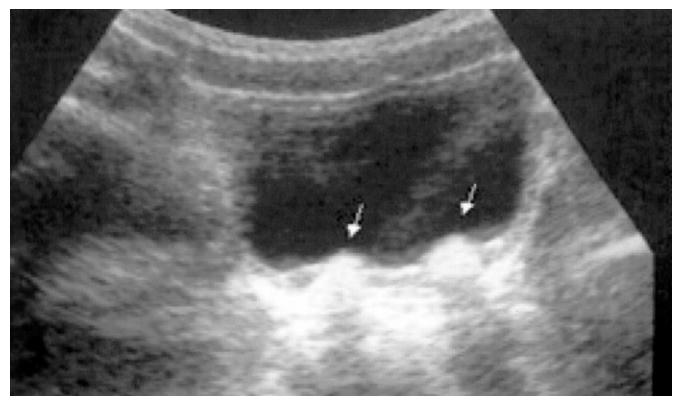


Fig. 2



Fig. 3

Fig. 4



En 90 pacientes, el Sting se realizó de forma bilateral (tabla 4).

Bilateral	90
Unilateral	134
Total	224

Tabla 4.

En el estadio II, la tasa de curación fue del 85% y del 97% tras el primer y tercer Sting respectivamente. Para el estadio III, se consiguió una curación del 90% en el primer Sting y del 97% en el tercer Sting. En el estadio IV, la curación fue del 60% al 94% entre el primer y tercer Sting (tabla 5). El resto de los pacientes (2, 3 y 3 de los estadios II, III y IV respectivamente) fueran sometidos a cirugía abierta con técnica antirreflujo tras comprobar la persistencia del RVU después del tercer Sting.

	1^{er} Sting n (%)	2^o Sting n (%)	3^{er} Sting n (%)
Estadio II 72 (33%)	61 (85%)	67 (93%)	70 (97%)
Estadio III 104 (46%)	94 (90%)	99 (95%)	101(97%)
Estadio IV 48 (21%)	29 (60%)	41 (85%)	45 (94%)

Tabla 5. Resultados según estadios.

DISCUSIÓN

El tratamiento del RVU contempla distintas modalidades que van desde el tratamiento médico hasta distintos tipos de tratamiento quirúrgico. En el tratamiento médico existen diferentes pautas de quimioprofilaxis que suponen un coste medio que supera las 370.000 ptas por año y niño (por ejemplo: en la situación común de un niño de 6 años con RVU desde la edad preescolar habría recibido unas 2.000 dosis de antibióticos, 80 urocultivos, 7 ecografías, 6 cistografías, 1 urografía y 4 gammagrafías). Además, el tratamiento médico implica un periodo de curación aproximado de 5 a 10 años lo cual supone un importante "stress" familiar, múltiples visitas al hospital, sentimiento de enfermedad en el niño, horas de trabajo perdidas por los familiares, etc.

En cuanto al tratamiento quirúrgico que abarca desde la nefroureterectomía hasta las distintas técnicas de reimplante uretero-vesical⁹ (Cohen, Politano-Leadbetter, etc.) también supone un coste bastante elevado y una estancia media en el hospital de 3-12 días.

El tratamiento endoscópico del RVU es una nueva modalidad terapéutica de fácil aplicación y con resultados de curación muy similar a la cirugía abierta^{10, 11}. En nuestra serie, todos los pacientes fueron alta hospitalaria a las 4-5 horas tras intervención salvo en dos niños que presentaron vómitos probablemente secundarios a problemas anestésicos, con alta hospitalaria al día siguiente de la intervención y sin necesidad de reingreso, permaneciendo asintomáticos y con controles ecográficos, al mes de la intervención, normales en los casos resueltos o ausencia de incremento de la hidronefrosis en aquellos que precisen de nuevas actuaciones endoscópicas. Se consiguieron curaciones superiores al 95% aunque a veces se precisaron hasta tres pinchazos, evitando con esta técnica tratamientos médicos prolongados y la morbilidad del tratamiento quirúrgico.

Creemos que es esencial para que la técnica funcione, que exista una estructura básicamente conservada en la unión uretero-vesical siendo algunos de los posibles motivos de fallo en esta técnica: una cantidad inadecuada de material, migración del material, ausencia de túnel submucoso ureteral, lugar de inyección erróneo (en cuanto a profundidad o lateralización del Sting), presencia de reflujos secundarios a causas no solucionadas.

En nuestra experiencia, el Sting con materiales biocompatibles (Deflux y Macroplástico) es un método seguro y rápido para tratar el RVU infantil.

Actualmente, consideramos al tratamiento endoscópico como primera opción quirúrgica y de elección en aquellos casos seleccionados de RVU.

Con esta técnica evitamos largos periodos de quimioprofilaxis, controles repetidos y el uso de la cirugía convencional, habiendo establecido una revolución en el planteamiento estratégico del tratamiento de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Belman, AB.:** *A perspective on vesicoureteral reflux.* Urol Clin N Amer. 1995; 22: 139-150.
2. **Greenfield, SP.; Manyan, NG.; Wan, J.:** *Experience with vesicoureteral reflux in children: clinical characteristics.* J Urol. 1997; 158: 574-577.
3. **Gosálbez, R.:** *Reflujo vesicoureteral.* Urología Pediátrica. Salvat Editores. 1987.
4. **Tanagho, E.A.; Pugh, R.C.D.:** *The anatomy and function of the uretero-vesical junction.* Br J Urol. 1963; 35: 151.
5. **Kakizaki, H.; Nonomura, K.; Yamashita, T.; et al.:** *Clinical features of vesicoureteral reflux in infants and outcome of conservative therapeutic approach.* Eur Urol. 1998; 34: 221-225.
6. **Cremin, BJ.:** *Observations on vesico-ureteric reflux and intrarenal reflux: A review and survey of material.* Clin Radiol. 1979; 30: 607-621.
7. **Puri, P.; Palanimuthu, M.; Dass, L.:** *Endoscopic treatment of primary vesicoureteric reflux in infants by subureteric injection of polytetrafluoroethylene.* Eur Urol. 1995; 27: 67-70.
8. **O'Donnell, B; Puri, P.:** *Treatment of vesicoureteric reflux by endoscopic injection of Teflon.* Brit Med J. 1984; 289:7.
9. **Nortes, L.; Monfort, G.:** *Two years of simplified type Cohen ureterocistoneostomy.* SIUP. Sao Paulo. 1982.
10. **Shulman, C.:** *Use of particulate silicone microimplants for the endoscopic correction of vesicoureteric reflux in children.* Dial Ped Urol. 1994;17:6.
11. **Stenberg, A.; Lackgren, G.:** *A new bioimplant for the endoscopic treatment of vesicoureteric reflux: Experimental and short-term clinical results.* J Urol. 1995; 154:800-803.

Mención Especial del jurado del premio SALVADOR PASCUAL 2001 al trabajo:

ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO DE LAS APORTACIONES CIENTÍFICAS A LOS CONGRESOS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA DURANTE EL PERÍODO 1996-2000: DATOS GENERALES Y CONTRIBUCIÓN DE LA UROLOGÍA MURCIANA

Julián García Ligeró - Hospital General Universitario. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Dentro del proceso de avance de la Ciencia es fundamental el intercambio científico. Este intercambio tiene un doble objetivo: la formación de investigadores y la profundización en el estudio de la disciplina. Un artículo es el último eslabón de la producción científica de un grupo investigador; sólo mediante la comunicación en las revistas se ponen los nuevos conocimientos a disposición de la Comunidad Científica. Los trabajos sin publicar sólo existen para los autores, de modo que sólo son aceptados cuando los hallazgos se comunican en los medios específicos y pueden reproducirse por otros equipos siguiendo la misma metodología. Las comunicaciones de estos trabajos a Congresos y otros foros de la especialidad suponen un paso intermedio dentro del proceso divulgador.

La producción científica es un estímulo de algo que puede ser analizado científicamente, encontrándose inmerso dentro de una estructura social y cultural que puede, por distintos motivos y en mayor o menor grado, facilitar u obstaculizar dicha actividad. La *Bibliometría* nos permite la cuantificación y el análisis de las fuentes de información, de un modo tanto cuantitativo como cualitativo. A través de ello podremos valorar parámetros como el nivel de productividad de los autores, la colaboración entre los mismos, la distribución por centro y geográfica, el factor de impacto de una publicación o el índice global de aislamiento de la misma.

Este análisis nos va a permitir establecer la importancia de determinados temas / Centros en la Comunidad Científica, su repercusión y nos sirve como elemento de crítica para la modificación o consolidación de nuestras estrategias y como control de calidad.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO. OBJETIVOS. MATERIAL Y MÉTODOS: Elegimos los Congresos Nacionales de la AEU por ser las reuniones científicas urológicas con mayor representatividad que se desarrollan de forma regular. Realizamos un estudio retrospectivo de las 1674 aportaciones científicas (comunicaciones libres) a los Congresos de la AEU durante el quinquenio 1996-2000. Excluimos del mismo temas monográficos, mesas redondas y "simposium" realizando su análisis en términos bibliométricos :

- **cuantificación:** tipo de aportación, distribución por áreas temáticas, evolución anual
- **autores:** niveles de productividad, colaboración
- **distribución** geográfica de las aportaciones

Analizamos de forma especial las contribuciones de los urólogos de nuestra Comunidad durante este período.

RESULTADOS:

A.-DATOS GENERALES.

El período considerado supone un total de 1674 aportaciones libres, con una media anual de 333 y máximo de 393 correspondientes al año 1997 (Valladolid), y mínimo de 283 en el año 1999 (Zaragoza). En cuanto al formato de la aportación, el 48.12% corresponde a pósters (806), el 39.5% a comunicaciones orales (661) y el 12% a presentaciones en vídeo (197). La evolución anual del número y tipo de aportación aparecen reflejados en las *Tablas 1 y 2*.

De las 1674 aportaciones, 33 corresponden a Centros de la Comunidad de Murcia, lo que supone un 1.97% del total de las mismas y un 9º puesto dentro de la clasificación ordinal por Comunidades Autónomas. La distribución general, con el número total de aportaciones, su clasificación ordinal y la expresión porcentual del número de aportaciones respecto del global por Comunidades pueden observarse en las *Tablas 3 y 4*.

Estudios multicéntricos suponen 22 trabajos (1.31% del total), y comunicaciones por parte de Centros extranjeros 11 (0.65%): 4 del Reino Unido, 3 de Francia, 2 de USA y 2 de la República Argentina (*Tabla 4*).

En cuanto al estudio de los autores, la evolución anual del número total así como el número de aportaciones en que aparecen quedan reflejados en las *Tablas 5 y 6*. Se hace referencia al número total de autores diferentes por Congreso, sin establecerse diferencias entre primer firmante y colaboradores. La media de autores diferentes durante el período considerado es de 835 por Congreso (rango: 796-938; años: 1998 y 1997). La mitad de los autores que aparecen como tales en cada Congreso lo hacen en una sola aportación (media del % de autores con una sola

comunicación por Congreso). La evolución anual del índice de aportaciones / autor (nº total de aportaciones / nº total de autores diferentes) es la que aparece en la *Tabla 7*. El índice global de colaboración entre los autores durante 1995-2000 es de 7.4 autores por aportación de media, consideradas el total de las aportaciones durante el período de estudio.

Autores con 10 o más aportaciones por Congreso (Nivel de productividad 4: Índice de Lotka mayor o igual a 1), es decir el Índice de Grandes Productores por Congreso, oscila entre el 1.4% del año 1999 (Zaragoza) y el 3.6% del año 1997 (Valladolid) (*Tabla 8*).

Las aportaciones corresponden a 25 áreas temáticas diferentes, siendo el cáncer de próstata el que supone un mayor número de aportaciones, con un 14% del total. De las 25 áreas, 13 han estado presente en todos los Congresos del período objeto de nuestro estudio. El número total de aportaciones por área temática, así como su expresión porcentual respecto del total quedan reflejados en la *Tabla 9*. Estableciendo áreas de conocimiento más generales, observamos que, globalmente, la Uro-oncología supone un tercio de todas ellas. Otros campos muestran los siguientes resultados: Uropediatria: 3.9%; Endourología: 9%; Litiasis: 4.6%; Trasplantes: 6%; Andrología: 7.4%; Incontinencia-urodinámica: 6.8%; Patología prostática benigna: 6%; Infecciones: 2%; Cirugía y técnicas quirúrgicas: 9%.

B.- CONTRIBUCIÓN DE LA UROLOGÍA MURCIANA.

Como ya hemos mencionado con anterioridad, los Centros de la Comunidad Murciana han realizado un total de 33 aportaciones libres durante el período considerado, lo que supone el 1.97% del total y la coloca ordinalmente en el 9º puesto de las diferentes Comunidades Autónomas. La media de trabajos presentados por Congreso es de 6.6 (rango: 4/1996 – 10/2000). Sólo 3 Centros han sido productores : Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Hospital General Universitario y Hospital Universitario Morales Meseguer (*Tabla 10*).

El formato de la aportación mayoritario fue la presentación tipo “poster” en 28 casos, y 5 comunicaciones orales.

Son citados un total de 38 autores diferentes, con una media de 5,55 aportaciones por autor (rango:1-17; mediana:4). De estos, 16 lo han hecho alguna vez como primer firmante, con una media de aportaciones por autor como primer firmante de 2.06 (rango.1-6; mediana:2). Es decir, *el 60 % de los que aparecen como autores en este período no han presentado nunca un trabajo como primer firmante!!!!*

El análisis de los autores más productivos, con el nº total de aportaciones, aportaciones como primer firmante e índice de aportaciones como primer firmante respecto del total aparecen reflejados en la *Tabla 11*.

Las 33 comunicaciones pertenecen a 16 áreas temáticas diferentes: Historia: 6; Andrología: 4; Endourología y Técnicas quirúrgicas: 3 aportaciones cada una de ellas; con 2 aparecen el Cáncer de riñón, Cáncer de vejiga, Tumores de urotelio, Hiperplasia benigna de próstata y Patología infecciosa; la Litiasis, Diagnóstico, Uropediatria, Urodinámica y Cáncer de próstata suponen una aportación a cada una de ellas (*Tabla 12*).

En cuanto al porcentaje respecto del total de aportaciones del área temática considerada, las aportaciones de los Centros de la Comunidad Murciana en el área “Historia” suponen el 21%; el 3.2% del área “Andrología”; el 1.7% de “Endourología -litiasis” y el 1.5% de “Uro-oncología”.

CONCLUSIONES: Durante el período considerado, se han realizado 1674 aportaciones científicas libres a los Congresos Nacionales de la AEU, la mitad de ellas con formato póster.

Todas las Comunidades Autónomas han estado presentes en al menos un Congreso. Sólo 3 no lo han hecho en todos (Extremadura, La Rioja y Ceuta-Melilla). Las aportaciones de Centros extranjeros son menos del 1%. Tres Comunidades agrupan la mitad del total de las aportaciones : Madrid, Cataluña y Andalucía.

Existe una buena representatividad de los Urólogos españoles; el nivel de gran productor sólo lo alcanza el 3% de los autores por Congreso. La mitad de los autores que aparecen como tales en cada Congreso lo hacen en una sola aportación.

Las aportaciones corresponden a 25 áreas temáticas diferentes, de las cuales 13 han estado representadas en todos los Congresos. Globalmente, la Uro-oncología supone un tercio de todas ellas. El tema con mayor número de aportaciones es el cáncer de próstata (14% del total). La Historia de la Urología ha tenido 28 aportaciones (1.7% del total).

La producción de la Urología Murciana supone el 2% del total, observándose un ritmo creciente de la misma. A pesar de ello, sólo 3 Centros de Trabajo son productores durante el período considerado. El 60 % de los que aparecen como autores en este período no han presentado nunca un trabajo como primer firmante. El formato preferido es el póster, habiéndose realizado aportaciones en una gran variedad de áreas temáticas (16 áreas sobre 33 aportaciones). La Historia (21.4%) y la Andrología (3.2%) son las áreas con más peso específico respecto del total de aportaciones del área durante este período.

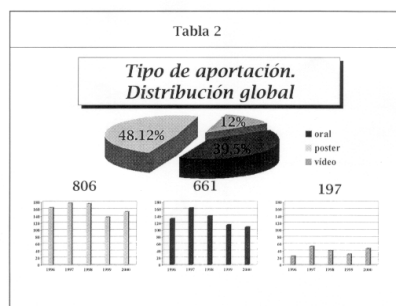
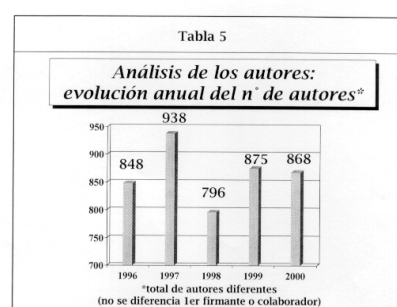
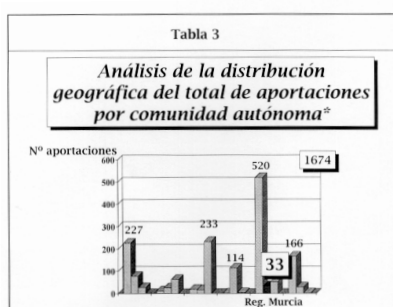
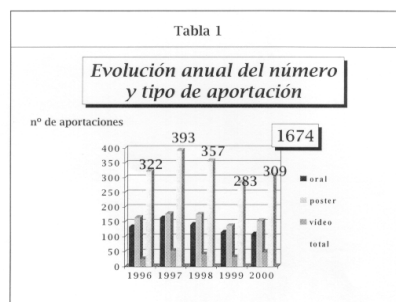


Tabla 4

N	COMUNIDAD	TOTAL	%
1	MADRID	820	31.86
2	CATALUÑA	233	13.91
3	ANDALUCÍA	227	13.56
4	COM. VALEN.	166	9.31
5	GALICIA	114	6.81
6	ARAGÓN	77	4.6
7	CAS. LEÓN	63	3.76
8	NAVARRA	52	3.10
9	REG. MURCIA*	33	1.97

N	COMUNIDAD	TOTAL	%
10	PAÍS VASCO	28	1.67
11	ASTURIAS	26	1.55
12	CAS. LMAN	24	1.43
13	CANARIAS	18	1.07
14	CANTABRIA	16	0.95
15	BALEAR	11	0.65
16	LA RIOJA	2	0.1
17	EXTREMAD	1	0.05
18	CEUTA-MEL	1	0.05

MULTICENTROS	TOTAL	%
MULTICENTROS	22	1.31%
OTROS PAÍSES	11	0.65%

REINO UNIDO	TOTAL	%
REINO UNIDO	4	0.24
FRANCIA	3	0.18
U.S.A.	2	0.12
ARGENTINA	2	0.12

Tabla 6

Análisis de los autores: n° de aportaciones

	1996	1997	1998	1999	2000
Total*	848	938	796	875	868
1	431	425	530	482	340
2-4	323	358	121	311	415
5-10	74	127	130	76	108
11-16	18	23	15	6	5
>16	2	5	0	0	0

Tabla 7

Análisis de los autores

Índice aportaciones/autor

AÑO	1996	1997	1998	1999	2000
ap/aut	0.38	0.42	0.45	0.33	0.36

Índice de colaboración entre autores

N° de autores por aportación

Media global: 7.4

Tabla 9

AREA TEMÁTICA	TOTAL	%
UROLOGÍA*	65	3.9
ENDOUROLOGÍA*	148	9
LITIASIS*	77	4.6
TRASPLANTE*	102	6
ANDROLOGÍA*	124	7.4
URODINAMIA	68	4
INCONTINENCIA	26	1.5
NEUROUROLOGÍA	20	1.2
TM UROTELIO	118	7
CA PRÓSTATA*	239	14.3
CA VÉJIGA	69	4.1
CA RIÑÓN*	71	4.2
OTRAS NEOS*	46	2.7

AREA TEMÁTICA	TOTAL	%
URO GRAL. - INVEN*	87	5.2
PRÓSTATA	23	1.4
HBP*	66	3.9
INFECCIOSA*	31	1.8
CIRUGÍA *	115	6.9
DERIVACIONES	36	2.1
URETRA	15	0.9
RETROPERITONEO	5	0.3
DIAGNÓSTICO	18	1.8
HISTORIA*	28	1.7
INFORMÁTICA	7	0.4
OTROS	11	0.7

* ha estado presente como área temática en todos los Congresos

Tabla 11

resultados: Murcia

Análisis de los autores más productivos

n	n1er	índice	autor
17	6	35.3	MPA
13	2	15.3	VBP
11	4	36.36	PLC
11	2	18.18	MTR
11	0	0	---
10	1	10	ASG
10	0	0	---
9	2	22.2	PGMV
4	3	75	JGL
3	2	66	BML

Tabla 8

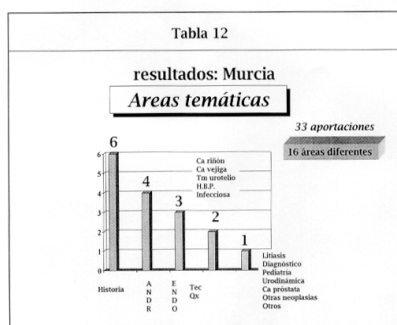
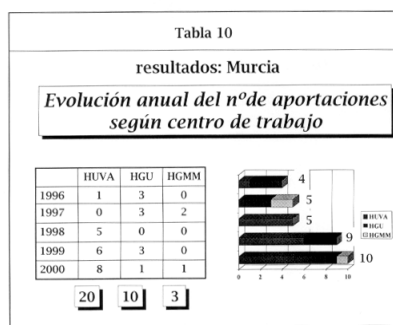
Análisis de los autores más productivos

Autores con 10 ó más aportaciones por Congreso

Nivel de productividad 4: Índice de Lotka 1>

AÑO	Nº autores	%
1996	27	3.1
1997	34	3.6
1998	26	3.2
1999	12	1.4
2000	13	1.5

Grandes Productores



BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- ALVAREZ SALA R; PRADAS C; VILLAMOR J y cols: Cómo mejorar el índice de impacto de nuestras revistas. Arch Bronconeumol 1995; (1) 1:45.
- 2.- BLASCO CASARES F J; PINSACH ELIAS F J: Análisis crítico de la bibliografía de Actas Urológicas Españolas. Act Urol Esp 1993; 17: 347-350.
- 3.- CORTIÑAS GONZALEZ A: Actas Urológicas Españolas. Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid. 1998.
- 4.- EVELIO J. PEREA: ¿Quién puede ser autor de un artículo? Enferm Infecc Microbio] Clinic 1999;17: 485-488.
- 5.- INTERNATIONAL COMMITTEE OF MEDICAL JOURNALS EDITORS: Guidelines on authorship of medical papers. B Med J 1985; 291: 722-730.
- 6.- LOPEZ PIÑERO J; TERRADA M L: El consumo de información Científica nacional y extranjera en las revistas médicas españolas: un nuevo repertorio destinado a su estudio. Med Clin (Barc) 1994; 102:104.
- 7.- LOPEZ RIVAS FA: La producción científica española en Anestesiología y Reanimación, 1983-1995. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 1999.
- 8.- NIETO JIMÉNEZ AJ: Análisis Bibliométrico de la producción científica en Traumatología y Cirugía ortopédica a través de la Revista Española de Ortopedia y Traumatología durante el período 1979-1989. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. 1993.
- 9.- PEREZ ARBEJ J A; CAMEO RICO M 1; ARNAIZ ESTEBAN F y cols: Impacto de las publicaciones urológicas en lengua española en revistas en lengua inglesa. Arch Esp de Urol 1997; 50 (5): 427-432.

POSTER GANADOR DEL PREMIO "SERVER FALGÁS" 2000

TRAUMATISMO RENAL ABIERTO

Dr. Vicente Bañón Pérez. Servicio de urología. H. U. Virgen de la Arrixaca.

Caso clínico

Varón de 45 años de edad que consulta de urgencias por dolor en flanco derecho y herida sangrante de 2 cm. por encima de cresta ilíaca. Como antecedente destaca la caída accidental hace 18 días sobre una mesa de cristal en domicilio. Desde entonces dolor en flanco refractario a tratamiento analgésico y herida que no cesa en su sangrado.

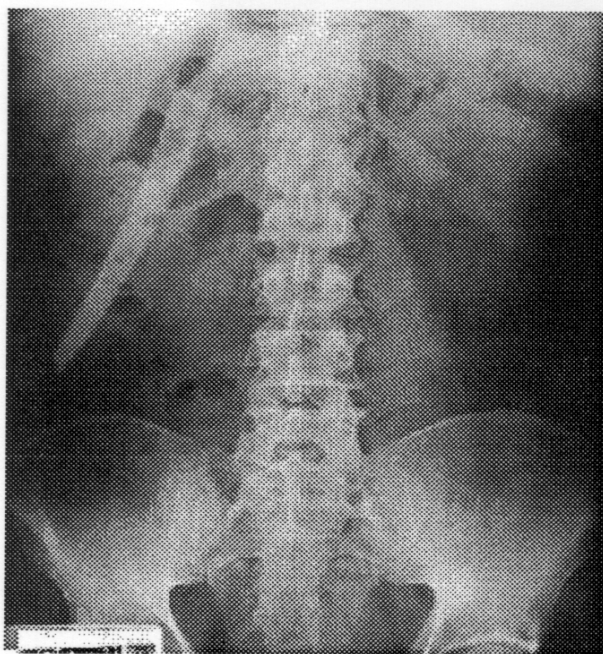


Fig. 1. Rx simple de abdomen: imagen radiopaca en hemiabdomen derecho compatible con cuerpo extraño (cristal).



Fig. 2. Foto a detalle del cuerpo extraño.

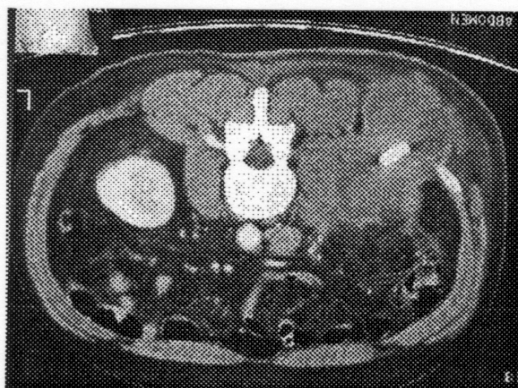


Fig. 3. TAC: Cuerpo extraño que atraviesa paquete Muscular y riñón.

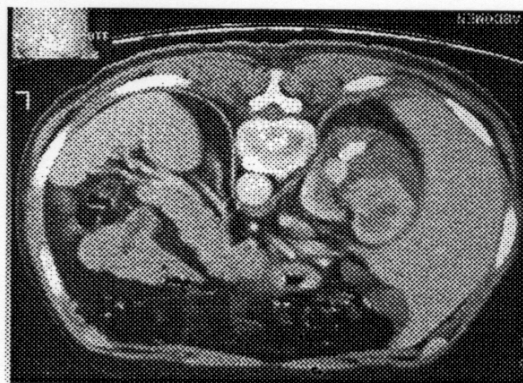


Fig. 4. TAC. Rotura renal con cuerpo extraño en su interior.

La Asociación Murciana de Urología en Internet

www.asomur.es.org/



La vocalía de actividades científicas de la Asociación Murciana de Urología, siguiendo las directrices de los nuevos estatutos, inauguró en julio de 2001, la nueva página web de la asociación.

Los objetivos que intenta alcanzar esta página con su presencia en la red son los siguientes:

- Servir de carta de presentación de nuestra Asociación ante la comunidad científica y la sociedad.
- Convertirse en un medio de comunicación, rápido e interactivo, entre todos los asociados.
- Ayudar a sus usuarios de la página (urólogos, médicos generales, pacientes etc.) en la búsqueda de información urológica en Internet.

Para alcanzar estos objetivos, se ha diseñado una página basada en marcos, sencilla y rápida de cargar, dividida en varias secciones que hasta el momento son las siguientes:

- A.M.U.
- Actividades.
- Publicaciones.
- Premios.
- Bibliografía.
- Enlaces.
- Murcia.
- Atención primaria.
- Hospitales.
- Próximos eventos.
- Congreso Nacional de Urología.

A.M.U.

Una sección de presentación sobre la Asociación que incluye: un resumen sobre los objetivos de la misma, una breve reseña histórica e información sobre la junta directiva y la totalidad de los asociados.

Actividades.

Incluye la relación histórica de todas las actividades organizadas o auspiciadas por la Asociación.

En un futuro, la sección irá incorporando los resúmenes de las comunicaciones y los posters que se

vayan presentando en nuestras próximas reuniones.

Publicaciones.

Se reseñan las publicaciones de la Asociación, que hasta el momento comprenden los números del Boletín de la Asociación Murciana de Urología.

Premios

Se incluyen las bases de los premios convocados por la Asociación Murciana de Urología. Hasta la fecha: el premio Salvador Pascual y el premio Gerardo Server Falgás. Así como la relación y el texto íntegro de los trabajos ganadores en las distintas ediciones.

Bibliografía

La sección dedicada a la bibliografía contiene enlaces e información sobre las principales bases de datos de interés para el urólogo, así como instrucciones y manuales de ayuda para su manejo.

Enlaces.

Con la intención de facilitar a los usuarios de la página la búsqueda en la red de información médica, y urológica en particular, se intenta cuidar de forma especial las páginas de enlaces. Para facilitar su manejo, los enlaces se han clasificado en diversos apartados, agrupados a su vez en tres grandes bloques:

- Urología:
 - o Portales Urología.
 - o Revistas Urología.
 - o Imágenes en Urología.
 - o Asociaciones Urológicas Nacionales.
 - o Asociaciones Urológicas Internacionales.
 - o Servicios de Urología.
 - o Páginas Temáticas.
- Medicina:
 - o Portales Medicina.
 - o Revistas Medicina.
 - o Imágenes médicas.
 - o Instituciones.
 - o Medicamentos.
- Otros:
 - o Buscadores.

Murcia.

Un apartado dedicado a nuestra región contiene enlaces a páginas murcianas de interés: instituciones, prensa, turismo, cultura, ocio...

Atención primaria.

La sección, en fase de elaboración, incluirá información urológica elaborada por la asociación y dirigida de forma específica a médicos de Atención Primaria; y contiene ya enlaces a manuales urológicos para médicos de familia.

Hospitales.

La sección de Hospitales recoge información sobre los servicios de urología de nuestra Comunidad, así como, enlaces a sus páginas web.

Próximos eventos.

Este apartado irá reflejando la información sobre las próximas actividades organizadas o auspiciadas por la Asociación Murciana de Urología.

Congreso Nacional de Urología.

Con motivo de la celebración en Murcia del próximo Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología, en Mayo de 2002, organizado por nuestra Asociación regional, se ha creado una sección especial que recogerá toda la información sobre este evento.

La página que aquí se presenta y que está ya en la red, no es un trabajo terminado sino un esquema a desarrollar, que se irá modificando, mejorando y rellenando de contenido con la colaboración de todos los asociados. La junta directiva y la vocalía de actividades científicas agradecen de antemano todas las sugerencias y colaboraciones, que pueden enviarse al correo electrónico: asomur@ono.com.

Carlos Tello Royloa
Vocal de Actividades Científicas de la A.M.U.

LAS REUNIONES DE URÓLOGOS DE LEVANTE EN EL SIGLO XX

M. Pérez Albacete

Tras la reorganización después de la guerra civil, de la Asociación Española de Urología, el presidente electo, Dr. D. Pedro Cifuentes Díaz, en la primera reunión, el 4 de julio de 1945, señaló la conveniencia de organizar secciones locales de Urología en aquellas ciudades en que los urólogos residentes en ellas lo considerasen necesario(1). Después de la celebración, en Salamanca del XXVIII Congreso Nacional, en mayo de 1963, en el que se eligió como Presidente al Dr. D. Jacinto Navas González, éste, a sugerencia del Dr. D. Julio Pérez Irezábal (2), vocal primero en aquellos momentos, propuso la organización de dichas secciones, idea articulada y desarrollada ampliamente por el Dr. Navas. Se utilizó la división de la península según la agrupación oficial del reglamento de la Organización Médica Colegial por provincias, y se les dio una numeración ordinal que aglutinó conjuntas a las de Valencia, Alicante, Castellón de la Plana, Cuenca, Murcia y Albacete a las que les correspondió en numeración la región séptima; en posterior reajuste, diez años más tarde, se apartó la provincia de Cuenca y pasamos a ser la Sexta Regional, aunque se nos reconocía, más bien, por las denominaciones de Regional de Levante o la de Urólogos de Levante.

Asociación Española de Urología DELEGACION REGIONAL DE LEVANTE Esta Asociación, en su capítulo Regional de Levante, celebrará Sesión Científica el viernes, día 30 de Abril de 1965, a las siete de la tarde, en el Colegio Oficial de Médicos de Valencia, con arreglo al siguiente ORDEN DEL DIA Dr. F. Alcalá-Santaella (Valencia) Hipertensión nefrótica quirúrgica. Dr. J. Garro Borrás (Alicante) Nefrocalcinosis. Dr. J. Ferrer Roda (Valencia) Tratamiento con infiltraciones de las vejigas retraídas Dr. A. Mira Llinares (Alicante) Litiasis diverticular vesical. Drs. V. Mora y F. Prosper Rovira (Valencia) Quistes serosos de riñón. Dr. T. Pascual Megías (Alicante) Sintomatología de muñón ureteral. Dr. A. Tramoyeres Cases (Valencia) Sintomatología de aparato digestivo en afección urológica.	Las comunicaciones se regirán por las siguientes normas: diez minutos de exposición y diez minutos de coloquio. SESIONES QUIRURGICAS <i>Residencia Sanitaria del General Sanjurjo, S. O E., Valencia, Servicios de Urología Drs. Tramoyeres Cases y Fernández Chacón, de 8 a 12 de la mañana.</i> <i>Hospital Provincial de Valencia, Servicio de Urología Dr. Alcalá-Santaella, de 9 a 12 de la mañana.</i> El Delegado Regional, A. Mira Llinares
---	--

Pertenecía a la Junta Directiva Nacional, en 1963, el Dr. D. Alfredo Tramoyeres Cases, como vocal segundo y como vocal regional fue nombrado el Dr. D. Antonio Mira Llinares, ambos recogieron el sentido y el espíritu innovadores del Dr. Navas y promovieron la organización de reuniones locales de la especialidad en el sentido de comunicar casos interesantes, comentarlos y contrastar experiencias. Para el Dr. Ferrer Roda (3) fue el Dr. Mira, como vocal regional, quien logró convencer a los urólogos levantinos: «con su persistente labor y extraordinarias dotes de persuasión de la conveniencia de organizar reuniones regionales que aglutinasen a un mayor número de compañeros».

De este modo, como una reunión de amigos, se organizó la primera Reunión Científica de la Regional de Levante en Valencia, el viernes 30 de abril de 1965 (en numerosos programas figura erróneamente el año 1964), a las siete de la tarde y en el antiguo Colegio de Médicos de Valencia, sito en la calle Isabel la Católica; previamente por la mañana hubo intervenciones quirúrgicas en la Residencia Sanjurjo de la Seguridad Social y en el Hospital Provincial de Valencia; a la reunión asistieron los Drs. D. Alfredo Tramoyeres Cases, D. Daniel Gil Noverques, D. Felipe Alcalá Santaella, D. Juan Ferrer Roda, D. Fernando Prosper Monfort y D. Vicente Mora Sanz por parte valenciana; D. Antonio Mira Llinares, D. Tomás Pascual Megías, D. José Garro Borrás y D. Francisco Bellvert Ortiz por Alicante y D. Gerardo

Asociación Española de Urología

DELEGACIÓN REGIONAL DE LEVANTE

Esta Asociación en su Delegación Regional de Levante, celebrará Sesión Científica, día 2 de Abril de 1966, a las seis de la tarde en el salón de actos del Colegio Oficial de Médicos de Alicante:

ORDEN DEL DÍA

Drs. F. Alcalá-Santaella, J. Ferrer, F. Prosper y F. Urbano (Valencia)
«Plastias pieloureterales»

Dr. F. Bellvert Ortiz - (Alicante)
«Comentarios sobre litiasis renal infantil»

Dr. A. Baldó Díaz - (Alicante)
«Impresiones diagnósticas en relación con la silueta renal»

Dr. J. Celma Hernández - (Valencia)
«Técnica y resultados de la telecabloterapia en los tumores malignos de la vejiga»

Drs. F. Colomer, F. Urbano, J. Ferrer y F. Prosper - (Valencia)
«Dialisis peritoneal: Nuestra experiencia»

Dr. E. Chacón Gómez - (Cartagena)
«Anomalia múltiple de la vía excretora. Bifidez uretero-piélica derecha y duplicidad izquierda con uréter ciego y ectópico»

Dr. J. Fernández Chacón y A. Tramoyeres Celma - (Valencia)
«Nuestra técnica y resultados en el tratamiento del hipospadias»

Drs. J. Ferrer, F. Prosper, F. Urbano, F. Colomer y F. Alcalá Santaella (Valencia)
«Sondaje en uretra. Tratamiento de los vejigos neurógenos»

Dr. J. Garro Borrás - (Alicante)
«Malformación congénita familiar»

Dr. D. Gil Noverques - (Valencia)
«El reflujo vesico-ureteral en la infancia»

Drs. B. Llopis Mínguez y A. Tramoyeres - (Valencia)
«Pleuría crónica en la infancia»

Drs. J. Martínez García y Lescures del Río - (Murcia)
«Teratoma de riñón»

Dr. T. Pascual y Megías - (Alicante)
«Valor sintomático de las epididimitis en las ureteropatías»

Dr. A. Tramoyeres Cases - (Valencia)
«Tratamiento de la vejiga neurógena atónica en la agenesia sacro-cóxigea subtotal»

La Sesión se iniciará puntualmente a la hora fijada (seis de la tarde), dado el número de comunicaciones.

Las comunicaciones disponen de un tiempo de diez minutos para su exposición y discusión.

El Delegado Regional,
A. Mira Llinares

Server Falgás que lo hizo por Murcia. Se presentaron y discutieron siete comunicaciones y, al finalizar, marcharon a cenar todos ellos; acordaron continuar reuniéndose periódicamente en lo sucesivo, cada año en la ciudad de cada uno de los presentes, dada la proximidad geográfica, así como comunicarlo al resto de los urólogos que quisieran participar, lo cual fue acogido favorablemente por todos. De este modo, al año siguiente, el Dr. D. Antonio Mira organiza la segunda reunión científica en el salón de Actos del Colegio Oficial de Médicos de Alicante, el 2 de abril de 1966; el número de comunicaciones se incrementa hasta quince, así como el de asistentes que, por parte murciana, fueron los Drs. D. Juan Martínez García, D. Santiago Lescure del Río, D. Gerardo

Server Falgás y D. Eduardo Chacón Gómez. Correspondió a Murcia desarrollar la tercera reunión y se encargó el Dr. D. Gerardo Server de organizarla el 26 de octubre de 1968, en el Hotel Galúa de la Manga del Mar Menor, la asistencia de 35 compañeros (10 de Murcia, casi todos los urólogos de esa época) con 25 comunicaciones hizo que se prolongase hasta la mañana del domingo su lectura para poder presentarlas todas. Le cupo a Albacete y, en ella, al Dr. D. Manuel Heras Montero, organizar la cuarta reunión científica en el mes de noviembre de 1969, en el Colegio Oficial de Médicos de dicha ciudad; con 20 aportaciones, estuvo ya bien estructurada y con programa de actos sociales para los acompañantes. Hasta este momento se venían presentando comunicaciones libres pero, dado el continuo incremento de las mismas, se optó por elegir un tema y centrar en él todas las aportaciones. La quinta reunión volvió a Valencia, en noviembre de 1970, organizada por el Servicio de Urología del Hospital Provincial, dirigido por Dr. D. Felipe Alcalá Santaella, ya con tema monográfico, «Cirugía de la uretra», lo que ha persistido a través de los años, y en la que hubo 46 comunicaciones y 5 películas; como novedad señalamos que a partir de ésta y por iniciativa del

secretario de la reunión, Dr. D. Juan Ferrer Roda, se inicia la numeración de todas ellas; se acuerda en la asamblea mantener un orden en la alternancia de las celebraciones, de tal modo que un año sí y otro no, se organice en Valencia, dado el mayor número de urólogos y las demás en cada una del resto de las provincias de la regional. La VI reunión de urólogos de Levante, en 1971, organizada nuevamente por el Dr. Mira, transcurre en Benidorm, con la asistencia ya de 50 compañeros, que presentaron 34 comunicaciones sobre «Litiasis ureteral» y dos películas; en 1972, la VII reunión, nuevamente en Valencia, en el salón de actos del hospital La Fe, organizado por el Dr. D. Alfredo Tramoyeres, hubo 39 comunicaciones sobre «Traumatismos del aparato urinario» y como innovación se incluyeron mesas redondas. La VIII se celebró en Murcia, en el salón de convenciones del Hotel Siete Coronas, en octubre de 1973, organizada por el Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca, con 25 aportaciones al tema de «Tuberculosis urogenital». El año 1974 no hubo reunión, sin que recuerde el motivo de ello. En la IX reunión, en febrero de 1975, de nuevo en Valencia, en la Facultad de Medicina, organizado por el Dr. D. Daniel Gil Noverques, nos reunimos setenta y dos urólogos con 42 comunicaciones al tema «Neoformaciones renales»; en la asamblea, celebrada tras finalizar las reuniones científicas, se decidió presentar el estudio de los tumores renales como ponencia al Congreso Nacional y desarrollarla en conjunto por los miembros de la sexta regional. La X volvió a Murcia en mayo de 1976, organizada por el Servicio de Urología del nuevo hospital Virgen de la Arrixaca; se discutió «El reflujo vésico ureteral en todos sus aspectos», y hubo 24 comunicaciones.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Sección Regional de Levante

PROGRAMA DE COMUNICACIONES PARA LA SESIÓN EN EL DÍA 26 DE OCTUBRE DE 1968

LUGAR: HOTEL GALÚA.- EN LA MANGA DEL MAR MENOR

HORA: 5 DE LA TARDE

- Duplicidad reno-ureteral con abocamiento ectópico uretero-uretral. Neofractomía.- Dr. M. Heras y J.M. Heras.
- La derivación urinaria después de cistectomía. Experiencia personal. Drs. Gil Noverques, García Sisonson, Valle y Laborda.
- Albuminurias residuales. Dr. Tomás Pascual.
- Litiasis urinaria múltiple en la infancia. Drs. A. Mira y V. Ramos.
- Valor de la urografía excretora en el diagnóstico del cáncer renal. Dr. A. Baldó-Díaz.
- La sinfisiotomía en las afeciones del riñón en herradura. Drs. A. Tramoyeres y M. Ferrer.
- Nefrectomía parcial. Dr. F. Alcalá Santaella.
- Litiasis metabólicas. Dr. Ferrer Roda.
- Tratamiento de la esterilidad masculina. Dr. Zaragoza.
- Cavernomatosis en el tratamiento de la tuberculosis renal. Drs. García Sisonson y Gil Noverques.
- Fibrosis retroperitoneal idiopática. Drs. Valle Blasos y Gil Noverques.
- Tratamiento de las enfermedades del riñón con duplicidad pieloureteral. Drs. A. Tramoyeres y A. Tramoyeres Celma.
- Problemas nefrológicos en el tratamiento de los tumores de vejiga. Drs. A. Tramoyeres y F. Vila.
- Tumores de la pelvis renal y del uréter. Drs. J. Laborda y Gil Noverques.
- Litiasis úrica. Dr. Fernández Salvador.
- Hipertrofia con falsas imágenes. Dr. M. Lafuente.
- Poliquistoma renal. Dr. J. Llorens.
- Litiasis por vía oral. Dr. E. Chacón.
- Un caso de ureterocolo. Drs. G. Server y S. Lescure.
- Consideraciones a dos casos de tumor renal. Drs. S. Lescure y G. Server.

NOTA IMPORTANTE

- Dado el número de comunicaciones y el interés que puede derivarse de la discusión de las mismas y a fin de que esta discusión no se tenga que suprimir, os rogamos a todos sean breves en la exposición de los casos, limitándonos a un esquema, de manera que la exposición y discusión no pase de 10 minutos. Si - creéis conveniente alargar este tiempo, os puede decir antes de la sesión, que os continuará el domingo por la mañana.

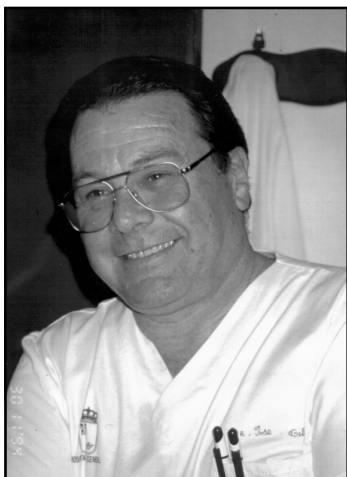
Y así han ido sucediéndose las citas año tras año; el continuo contacto, el cambio de impresiones y experiencias entre todos los compañeros levantinos, han creado una unión y una camaradería que las generaciones de mayor experiencia han sabido transmitir a las promociones de jóvenes urólogos, lo que hizo que, al desaparecer las regionales por la creación de las Asociaciones Autonómicas, la decisión de mantener el espíritu de tantos años persistiese, aun cuando cada Comunidad aporte su idiosincrasia y estilo; de este modo alcanzamos, ya en el nuevo siglo, la reunión número XXXV con el mismo aliento de ilusión y de cordialidad como lo tuvieron los que nos precedieron en el tiempo.

Relación de todos los Congresos o Reuniones celebrados:

I		30-IV-1965	Valencia	Colegio de Médicos	
II	(4)	2-IV-1966	Alicante	Dr. Mira Linares, A.	Comunicaciones libres.
III		26-X-1968	Murcia. La Manga	Dr. Server Falgás, G.	Comunicaciones libres.
IV		18-XI-1969	Albacete	Dr. Heras Montero, M.	Comunicaciones libres.
V	(5)	13-14-XI-1970	Valencia (H. Provincial)	Dr. Alcalá Santaella, F.	<i>Cirugía de la uretra.</i>
VI		13-14-XI-1971	Benidorm	Dr. Mira Linares, A.	<i>Litiasis ureteral.</i>
VII		2-4-XI-1972	Valencia (H. La Fe)	Dr. Tramoyeres Celma, A.	<i>Traumatismos de aparato urinario.</i>
VIII	(6)	12-13-X-1973	Murcia (H. V. Arrixaca)	Dr. Server Falgás, G.	<i>Tuberculosis urogenital.</i>
IX		28-II-1-III-1975	Valencia (H. Clínico)	Dr. Gil Noverques, D.	<i>Neoformaciones renales.</i>
X		15-V-1976	Murcia (H. V. Arrixaca)	Dr. Server Falgás, G.	<i>Reflujo vésico-ureteral.</i>
XI	(7)	12-13-II-1977	Valencia (H. Cruz Roja)	Dr. Navarro Caballero, P.	<i>Tumores urotelio superior.</i>
XII	(8)	III-1978	Benicasim (H. Sº Corazón)	Dr. Abella Redó, F.	<i>Patología genital.</i>
XIII		3-III-1979	Valencia (H. Sanjurjo)	Dr. Ferrer Roda, J.	<i>Adenoma prostático.</i>
XIV	(9)	26-IV-1980	Elche (H. Seg. Social)	Dr. García López, F.	<i>Tumor vesical.</i>
XV	(10)	4-IV-1981	Valencia (H. Provincial)	Dr. Zaragoza Orts, J.	<i>Urología ginecológica.</i>
XVI	(11)	6-III-1982	Cartagena (H. Sª Mª. Rosell)	Dr. Lescure del Río, S.	<i>Traumatismos en Urología</i>
XVII	(12)	5-III-1983	Gandía (H. Fº de Borja)	Dr. Díaz Calleja, E.	<i>Cirugía endoscópica ureteral.</i>
XVIII	(13)	3-III-1984	Benidorm	Dr. Pastor Minguez, M.	<i>Urgencias en Urología.</i>
XIX		23-III-1985	Sagunto (H. Sagunto)	Dr. Pastor Sempere, F.	<i>Patología pene-escrotal.</i>
XX	(14)	1-III-1986	Albacete (H. General)	Dr. Beltrán Pedrero, J.M.	<i>Cirugía urológica reconstructiva.</i>
XXI	(15)	21-II-1987	Valencia (H. Cruz Roja)	Dr. Navarro Caballero, P.	<i>Tumores renales.</i>
XXII		20-II-1988	Peñíscola (H. Castellón)	Dr. Arrufat Boix, J.M.	<i>Carcinoma prostático.</i>
XXIII		11-III-1989	Játiva (H. L. Alcañiz)	Dr. Polo Peris, A.	<i>Incontinencia y derivación urinaria</i>
XXIV	(16)	30-31-III-1990	La Manga (H. V. Arrixaca)	Dr. Server Falgás, G.	<i>Patología peneana.</i>
XXV	(17)	22-23-II-1991	Valencia (H. Clínico)	Dr. García Sisamón, F.	<i>Malformaciones renoureterales</i>
XXVI		28-29-II-1992	Alicante (H. Alicante)	Dr. Mira Linares, A.	<i>Tratamiento de la H. B. P.</i>
XXVII		26-27-II-1993	Valencia (H. A. Vilanova)	Dr. Tramoyeres Cases, A.	<i>Patología testicular.</i>
XXVIII		25-26-II-1994	Elche (H. General)	Dr. García López, F.	<i>Tumores del tracto urinario superior.</i>
XXIX		17-18-II-1995	Valencia (H. General)	Dr. Zaragoza Orts, J.	<i>Patología suprarrenal y retroperitoneo.</i>
XXX		23-24-II-1996	Castellón (H. Gran Vía)	Dr. Kilani Elmasri, S.	<i>Endourología.</i>
XXXI		28-II-1-III-1997	Murcia (H. General)	Dr. Fontana Compiano, O.	<i>Tumores vesicales.</i>
XXXII		27-28-II-1998	Gandía (H. Fº de Borja)	Dr. Díaz Calleja, E.	<i>Patología peno escrotal.</i>
XXXIII		26-28-II-1999	Denia (H. Marina Alta)	Dr. Romero Pérez, P.	<i>Infecciones urinarias.</i>
XXXIV		25-26-II-2000	Valencia (A.U. C. V.)	Dr. Colomer González, F.	<i>Derivación y reconstrucción en Urología</i>
XXXV		23-24-II-2001	Castellón (H. Gran Vía)	Dr. de Francia, J. A.	<i>Avances en Urología</i>

Bibliografía

- (1) *Arch. Esp. Urol.* (1945). II (3).
- (2) PÉREZ IREZÁBAL, Julio (1977). «Reuniones Regionales de la Asociación Española de Urología. Un poco de historia». *Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* Reycosa Madrid. I, (1).
- (3) FERRER RODA, Juan (1991). «Las reuniones de Urólogos de Levante». *Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* Reycosa, Madrid. XXV, (1): 13-21.
- (4) *Tribuna Médica* (1966). Madrid, III, (99), 7 de abril.
- (5) *Noticias Médicas* (1970). V Reunión de Levante, 2 de diciembre, pág. 12 a 27.
- (6) *Noticias Médicas* (1973). VIII Reunión urológica de Levante, 19 y 20 de octubre.
- (7) *XI Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1978). Reycosa, Madrid. II, (1): 9-164.
- (8) *XII Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1980). Reycosa, Madrid. IV, (1): 119-193.
- (9) *XIV Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1982). Reycosa, Madrid. VI, (2): 965-1026.
- (10) *XV Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1982). Reycosa, Madrid. VI, (3): 125-162.
- (11) *XVI Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1983). Reycosa, Madrid. VII, (3): 255-284.
- (12) *XVII Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1985). Reycosa, Madrid. IX, (5): 469-494.
- (13) *XVIII Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1985). Reycosa, Madrid. IX, (1): 11-52 y (3): 289-346.
- (14) *XX Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1990). Reycosa, Madrid. XIV, (1): 13-94.
- (15) *XXI Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1987). Reycosa. Madrid. XI, (3): 215-264.
- (16) *XXIV Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1990). Reycosa, Madrid. XIV, (3): 253-313.
- (17) *XXV Reun. Reg. Asoc. Esp. Urol.* (1991). Reycosa, Madrid. XV, (1): 13-98.



EN RECUERDO DE PEPE GIL

Era servicial, bueno y agradable en el trato, uno se encontraba con él como con un amigo entrañable, de los de toda la vida, siempre con la sonrisa en los labios y dispuesto a ayudar en lo que fuera; nos conocimos en un curso de la Fundación Puigvert, allá por finales de los años sesenta, él se encontraba ya instalado en Murcia, en su Murcia a la que llegó en 1966 tras su licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Granada y después de realizar su especialización en Córdoba, en el hospital provincial con el Dr. D. Rafael Ayllón entre 1962 y 65.

Inició su trabajo en Murcia como ayudante de equipo quirúrgico de cirugía general en el antiguo sanatorio de la Obra Sindical 18 de julio, puesto que posteriormente cambió por el de ayudante de Urología en el Seguro Obligatorio de Enfermedad y en 1977, tras concurso oposición, accedió al cargo de jefe de equipo de Urología en la Seguridad Social; en 1986 quedó adscrito al servicio de Urología del Hospital Provincial de San Juan de Dios Murcia, en el que había obtenido plaza de médico de guardia en 1971, y en el que se encontraba perfectamente acoplado y bien querido por todos; desempeñó, además, el puesto de teniente inspector médico del Cuerpo Nacional de Policía desde 1971 hasta que le obligó a dejarlo la ley de incompatibilidades, y aún le quedaba tiempo para

ocuparse de su consulta privada. Ésa era su vida, trabajador infatigable, la Urología, su familia y sus compañeros le ocupaban todo su tiempo, todos recordamos su estampa encaramado en su moto, con su pequeño casco ajustado en su cabeza, desplazándose por la ciudad; en sus escasos ratos libres se acercaba a su casa de campo en Sangonera donde sentado a la sombra de los árboles, departía amigablemente con vecinos, familiares y amigos.

En la reunión preparatoria de la AMU salió elegido miembro de la junta, su espíritu conciliador, abierto a todos y amigo de todos hizo que fuera unánime su elección; juntos realizamos el primer reglamento y compartimos después cuatro años en la tarea de organizar y llevar adelante la Asociación y su boletín; nos unió una relación de compañerismo y respeto mutuo y aunque hasta estos últimos años no llegamos a tener un contacto directo, me obsequió con su viejo cistoscopio de luz de bombillas, con su reostato y en perfecto estado de uso, que guardo con cariño en mi pequeño museo urológico.

Pepe era una persona admirable al ver como llevaba su enfermedad, que poco a poco le iba quitando pedazos de su vida, lo que sufría con admirable resignación cristiana. Con su bondad y franqueza se acercó a mí siempre que me necesitó y no se si supe corresponderle en la misma medida, me considero en deuda con él y con estas líneas quisiera demostrar el profundo afecto que le tenía y la amistad sincera que le profesaba.

Descanse en paz

MARIANO PÉREZ ALBACETE

DR. D. JOSÉ GIL FRANCO

Es difícil llegar a encontrar las palabras justas que expresen el profundo pesar, que nos produce la pérdida de un compañero y amigo entrañable. Tendría que pasar horas escribiendo para poder explicar la clase de ser humano que era nuestro querido amigo Pepe.

Nació un 12 de noviembre del año 36 en El Palmar, provincia de Murcia, inicia su licenciatura de Medicina en la facultad de Granada durante los años 56-62, especializándose posteriormente en Urología.

Por circunstancias profesionales en el año 84 conocí por primera vez a este hombre, de personalidad fuerte aunque jovial y en ocasiones dicharachero, excelente conocedor de la tierra que lo vio nacer y de la idiosincrasia de sus gentes, que junto a Gladis, su mujer, y sus 7 hijos formaban una gran familia conocida y apreciada por todos. El tiempo se encargaría de marcar su vida con circunstancias amargas que no voy a expresar, aun así, supo superar cada mal trago que esta, imperativa y progresivamente fue poniendo en su camino..., pero querido Pepe tuviste la gran suerte de no estar solo, siempre estubo a tu lado ese personaje que todo hombre suele tener detrás "Tu incansable mujer", siempre dispuesta a escuchar, siempre cerca sin ser sentida creciéndose ante la adversidad y apoyando a todos en el más puro silencio.

Recuerdo cuando junto a Ramón Sánchez Parra comenzamos una nueva etapa en el Hospital General de Murcia, fue como un nuevo encuentro, durante años colaboramos juntos. Fuimos compañeros y amigos, hoy vienen a mi memoria un sinnúmero de anécdotas, reflexiones y refranes que introducían unas gotas de humor en nuestro trabajo cotidiano..., hoy querido Pepe yo como cada uno de los miembros de nuestro equipo te echo de menos sobre todo cada martes, en las sesiones clínicas donde queda una silla libre que no podrá ser utilizada por nadie que te sustituya, se que no fueron años de júbilo pero si de lucha constante, queríamos superarnos en el día a día pero los caminos de la vida no son siempre como nosotros deseamos son muchas las piedras que se cruzan en nuestro sendero que al final no nos dejan llegar a las metas que nos hemos proyectado durante años. Fuiste un luchador hasta el final y conseguiste tener lo que todo hombre espera y desea, la fuerza para mantenerse firme ante las adversidades de la vida sin dar un paso atrás. Nunca podremos ninguno de tus compañeros olvidar esos momentos donde la magnitud de tu circunstancias era tal y tú con tu fortaleza te mantuviste en el lugar que te correspondía.

Pepe siempre vivirás en nuestro recuerdo.

Hasta siempre querido amigo y compañero, quizás algún día nos volvamos a encontrar.

LUIS OSCAR FONTANA COMPIANO

FIGURAS DE LA UROLOGÍA MURCIANA

Dr. D. FULGENCIO ROCA MARTÍNEZ (1910–1992)

M. Pérez Albacete

No llegué a conocerlo personalmente pero su nombre, como urólogo de prestigio de Cartagena, llegó siempre a mis oídos, es por ello por lo que hemos querido indagar con amplitud en su vida, en su trayectoria profesional, en su pensamiento y en sus vivencias para dejar constancia de su presencia y de su hacer dentro de la Urología murciana, ofrecerle el reconocimiento de sus compañeros por su labor y darle el honor que se merece.

Sus familiares y amigos nos lo describen como una persona afable, un hombre emprendedor, con capacidad de decisión, enérgico, muy activo, trabajador infatigable, entregado de lleno a su labor, altruista, humano; cariñoso y tierno a su vez, dedicado a los suyos, adoraba a su familia, especialmente a su esposa; de complexión recia, fumador empedernido, su pasión fue el mar y la pesca, además de todo lo relacionado con la cultura y con las tradiciones de su ciudad natal.

Nació en Cartagena, el 4 de junio de 1910, en el seno de una familia acomodada de estirpe empresarial, sin relación con la Medicina; ya desde pequeño destaca por su amor a la Naturaleza y, como naturalista nato, dirige sus estudios en esa dirección; su abuelo, con el que tenía una entrañable unión, le hace ver la conexión de sus aficiones con la Medicina y la utilidad para la sociedad, por lo que, acorde con su espíritu y sentimientos, se decide por emprender estos estudios.

Inicia la carrera en la Universidad de Granada en 1926 y reside en el Colegio Mayor de San Bartolomé y Santiago; dos años más tarde, en una visita que le hace su familia, su padre encuentra un ambiente juvenil en la ciudad poco ajustado al criterio que de los estudios tenía, por lo que lo traslada a la Universidad Central, en Madrid, en cuya Facultad de Medicina se licenció en julio de 1934, con 23 años. Adscrito como alumno en el Hospital al Servicio del Dr. D. Leonardo de la Peña, encuentra en la Urología la rama de la Medicina que más le atrae, por lo que dirige sus pasos a especializarse en ella junto al Dr. de la Peña.

Regresa a Cartagena una vez ultimada su preparación, establece consulta privada de Urología en la calle Mayor y acude, también, al Hospital de la Cruz Roja en calidad de médico colaborador altruista. Al iniciarse la guerra civil, y por la orden dictada por Federica Montseny en la que se solicita a los colegios profesionales que designen facultativos para incorporarse en el ejército a las unidades que deben partir al frente, el Colegio de Murcia señala con carácter forzoso a los médicos más jóvenes, por lo que le corresponde integrarse en la 23ª Brigada Mixta como capitán médico y con ella parte destinado al frente de Madrid; en el campo de batalla adquiere como cirujano habilidad y destreza quirúrgicas. En 1938 su unidad queda prácticamente aniquilada y aprovecha esta oportunidad para regresar a Cartagena aunque al enterarse de que le pueden declarar prófugo, se alista voluntario como soldado raso en una nueva unidad que parte con destino a Barcelona; tras desplomarse el frente, vuelve a su ciudad natal, participa en el levantamiento contra la República del 5 de marzo de 1939 y se incorpora a la columna que libera a los presos del Castillo de Olite. Una vez finalizada la contienda, y pese a su participación en este suceso, es encarcelado por haber sido capitán médico con la República, pero es liberado y exonerado de toda culpa.

Reabre su consulta de Urología y Enfermedades Venéreas en la plaza de San Francisco, donde la mantuvo el resto de su vida profesional y asiste al Hospital de la Cruz Roja, en el que realiza su actividad quirúrgica; es nombrado especialista del cuadro médico de las Obras del Puerto y, posteriormente, se integra en el Instituto Nacional de Previsión, como urólogo. En octubre de 1940 se casa con Dª María Dorda de Luna con la que tuvo dos hijos; mujer muy activa, le ayudó a pasar la consulta en los primeros años; comprometida más tarde con las múltiples actividades de su marido, con quien colaboraba, amén de implicarse, como presidenta, en la labor de la Casa de Expósitos, a

la que cambió el nombre por Casa Cuna y, posteriormente, por el de Hogar de Infancia, representó un eslabón trascendental en la vida del Dr. Roca hasta tal punto que, al fallecer 10 años antes que él, su ausencia le sumió en un profundo abatimiento que le hizo retirarse de toda actividad y constituyó el inicio de su decadencia.

Miembro de la Asociación Española de Urología, desarrolló durante su vida un intenso trabajo como urólogo, llegó a practicar unas doscientas nefrectomías y más de mil intervenciones debidas a patología litiásica amén de innumerables operaciones de cirugía menor; realizaba él mismo los análisis de orina y de sangre a sus pacientes e igualmente los anestesiaba con el aparato de Ombredane. Su espíritu inquieto, su inteligencia y su habilidad manual le hicieron modificar el electrodo para la fulguración de los papilomas vesicales: aumentó el número de espiras del bombín de la resistencia para disponer de una potencia eléctrica más fina y ajustada a las necesidades de la cirugía endoscópica. Inventó, diseñó y construyó, en los años de penuria de equipamiento, un equipo de aspiración para las intervenciones quirúrgicas, realizado con dos depósitos de cristal, de unos 16 litros, llenos de agua que vertía y que, por acción de la gravedad, hacían el vacío al succionar el aire, con lo que se creaba una aspiración continua que le permitía trabajar hasta cuatro horas seguidas en una misma operación.

Como médico desarrolló una importante carrera: en los años cincuenta fue elegido director de la Casa de Socorro, de 1952 a 1956, y nombrado Concejal de Sanidad del Excmo. Ayuntamiento de Cartagena. En 1969 entra a formar parte, como hermano, de la junta de gobierno del Santo y Real Hospital de la Caridad de Cartagena, fundación que data de 1699 dedicada como entidad privada a atender a los enfermos necesitados, lo que le correspondía, por ascendencia familiar; dos años más tarde, en 1971, fue designado director médico y, al poco, Hermano Mayor, máxima figura de la Institución, responsable del Hospital, de su Iglesia y del Archivo histórico. Durante esta etapa acomete con decisión una serie de mejoras tendentes a renovar y a modernizar el Hospital; comenzó por las cocinas y los quirófanos, a ambos les proporcionó los medios necesarios para cumplir su misión adecuadamente; las grandes salas en donde reposaban los enfermos las organizó en habitaciones, y las dotó de cuarto de baño; creó un pabellón para atender a los pacientes con enfermedades infecciosas, dispuso un salón comedor, renovó la lavandería y dedicó una parte del hospital a la atención de los enfermos con procesos tumorales y a los ancianos. Durante su mandato, en 1972, el Dr. D. Antonio Lorca construyó, en el hospital, la Cámara Hiperbárica, que tanto renombre le ha dado a Cartagena. En las consultas del centro atendía a los pacientes urológicos de la Seguridad Social y, al retirarse, donó para su uso todo el instrumental y aparataje urológicos del que disponía. En los quince años que duró su dirección modificó totalmente la estructura del nosocomio y lo convirtió en un hospital moderno al que devolvió el prestigio que siempre tuvo en Cartagena.

Sin menoscabo de su actividad médico quirúrgica, desarrolló también una intensa actividad empresarial, tuvo que sacrificarse por los negocios familiares en detrimento de su espacio intelectual, al tener que hacerse cargo de ellos, así que dedicó una parte de su tiempo a la minería, a los almacenes y a diversas empresas agrarias y de transformación agrícola. Su espíritu altruista y emprendedor le hizo convertirse en empresario taurino como medio de recaudar fondos, ante la imperiosa necesidad de finalizar las obras emprendidas en el Hospital de la Caridad; su pasión por el mar lo llevó igualmente a convertirse en patrón de un barco pesquero, cuyo producto cedía para la alimentación de los enfermos del Hospital.

En 1980 se jubiló oficialmente, el fallecimiento de su esposa tres años más tarde le hace retirarse definitivamente en 1985; abatido por su falta y por la enfermedad, que lo sumen en un estado de postración del que no se repuso, aquejado de diabetes y de una lesión de cadera, el último año de su vida lo pasó encamado en su Hospital de la Caridad. Falleció en abril de 1992, sus restos reposan en el cementerio de su ciudad natal.

NOTICIAS

La junta directiva de la AMU felicita a todos aquellos de sus miembros que han sido distinguidos en su labor científica a lo largo del año académico 2000-2001.

* * * * *

Al **Dr. D. Antonio Romero Hoyuela**, del Servicio de Urología de la Hospital de la Vega Baja de Orihuela, por la lectura de su tesis para obtener el título de doctor en Medicina titulada: «*Infección nosocomial en el Servicio de Urología del Hospital de la Vega Baja de Orihuela. Un estudio de su incidencia*». Dirigida por el profesor D. Manuel Segovia Hernández y por el Dr. D. Óscar Fontana Compiano, fue leída en el mes de noviembre de 2000, en la Facultad de Medicina de Murcia y calificada con sobresaliente cum laude.

* * * * *

Al **Dr. D. Tomás Fernández Aparicio**, urólogo del Hospital Morales Meseguer de Murcia, por la consecución del tercer premio, en la XXIII edición de los «Premios Pérez Castro» de la revista *Archivos Españoles de Urología* por su trabajo: «Compatibilidad HLA y reexposición antigénica. Influencia en la evolución del trasplante renal de cadáver». Publicado en el mes de enero-febrero del año 2000, volumen LIII (1): 53-64.

* * * * *

Al **Dr. D. Bernardino Miñana López**, urólogo del Hospital Morales Meseguer de Murcia, por el premio concedido por la revista *Actas Urológicas Españolas*, al trabajo titulado «Los injertos renales de donante de cadáver mayores de 60 años deben ser considerados subóptimos». Publicado en el volumen XXIV (4):330-343 del año 2000.

* * * * *

Al **Dr. D. Pedro Valdelvira Nadal**, médico residente de quinto año del servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia por la obtención del premio a la mejor comunicación presentada en el XXXV Congreso de la Asociación Murciana de Urología y de la Asociación de Urología de la Comunidad de Valencia, celebrado en Castellón de la Plana en febrero de 2001, por su trabajo «Nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico con materiales biocompatibles del reflujo vésico ureteral infantil», que a su vez ha sido galardonado con el premio Salvador Pascual de la AMU, en este año.

* * * * *

Al **Dr. D. Julián García Ligeró**, médico residente de quinto año del servicio de Urología del Hospital General Universitario de Murcia, por la concesión de la Beca de Docencia de la Asociación Española de Urología del año 2001, para desplazarse a Miami (Florida, USA) junto al Dr. Soloway y por espacio de un mes para estudiar de la patología tumoral urológica.

CONVOCATORIA 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 los jóvenes urólogos, establece una beca de estudios y una convocatoria de premios para sus miembros.

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

Se presentará una memoria 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 para el año 2002 se cifra en 2 000 euros (332.772 pts.), se entregará el 50 % a la aprobación del proyecto y el resto a su finalización. Se concede el plazo de un año natural para el desplazamiento y, el que el tribunal considere, para el de investigación, con obligación en ambos casos de presentar una memoria anual de los estudios realizados

Premio «Salvador Pascual». Para el mejor trabajo urológico presentado en el congreso de la AMU. o en cualquiera de sus reuniones científicas, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra, durante el curso académico correspondiente, por parte de los urólogos miembros de la AMU en periodo de formación urológica por el sistema MIR y a los poseedores del título de especialista en Urología con menos de 10 años. Se entregará el trabajo escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía. La cantidad establecida para el año 2002, es de 700 euros (116.470 pts.) junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.

Premio «GERARDO SERVER». Se concederá a la mejor fotografía comentada o al mejor caso clínico presentado en formato de póster, de 60 por 40 cm. máximo, en la reunión anual de la AMU. La asignación establecida, para el año 2002, es de 450 euros (74.873 pts.) 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-. Se remitirá original y dos copias, dirigidos al Sr. Secretario de la AMU, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Para la beca, un mes antes de la reunión anual y para el premio *Salvador Pascual* un máximo de treinta días naturales, después de finalizada la misma.

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 y sus decisiones serán inapelables; sus componentes no podrán ser receptores de la beca ni de los premios y ambos podrán ser declarados desiertos. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.