

BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XII - N° 14. MURCIA, noviembre 2007

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Mariano Tomás Ros

VICEPRESIDENTE:

Carlos García Espona

SECRETARIO:

Pablo Guzmán Martínez-Valls

TESORERO:

Mariano Rigabert Montiel

VOCAL CIENTÍFICO:

Carlos Tello Royola

VOCALES:

Pedro Valdelvira Nadal

Felipe García García

SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL

DE MÉDICOS DE MURCIA

Avda Juan Carlos I - Murcia

<http://asomur.org>



Circuncisión.

Bajorrelieve conservado en el Museo Nacional de Nápoles.

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime:

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial	3
XIII Jornadas Urológicas Murcianas. Hospital Rafael Méndez, Lorca, noviembre de 2007	6
41 Congreso Urología de la Asociación Valenciana y Murciana, Castellón, 2007	18
XXIX Congreso nacional de Enfermería Urológica, Murcia, octubre de 2007	20
Actividades científicas	21
Premio Salvador Pascual 2007	24
Premio Gerardo Server 2006	28
Prohibición de castrar, Real Orden de 1783	29
Aproximación histórica al desarrollo de la Enfermería Urológica	32
Galería de urólogos murcianos. Dr. D. Emilio Falcó Falcó	38
Socios actuales de la AMU	41
Noticias	42
Convocatoria 2008 de la beca y premios de la A M U	43

Editorial

La próxima renovación de la Junta Directiva de la AMU, invita no solo al balance de lo realizado en estos cuatro años, sino también al análisis de cómo se encuentra en estos momentos nuestra Asociación de cara a lo mucho que aun se puede hacer en los años que van a venir.

Ahora termina un ciclo donde se ha trabajado con esfuerzo y entusiasmo en muchas de las tareas que habíamos propuesto, viendo los frutos sobre todo en vuestra respuesta incluida la crítica constructiva que siempre hemos considerado. Aunque también con momentos más difíciles, cuando la incomprensión o la desconfianza, manifestada en forma de objeción sin demasiado fundamento, nos han hecho más difícil continuar con los objetivos marcados.

Como debemos quedarnos con lo bueno, mencionaremos lo muy satisfechos que todos hemos quedado con el alto nivel participativo y de contraste de conocimientos alcanzado en las Jornadas de Murcia (Moneo), Cieza, Caravaca y de nuevo Murcia (Convalecencia). Estamos seguros de que este también será revalidado en Lorca 2007. Del mismo modo, han resultado con el éxito deseado, otras actividades formativas y proyectos de trabajos conjuntos organizados o auspiciados por la Asociación Murciana de Urología.

Creemos que el trabajo realizado por el Grupo de Urología Basada en Pruebas de la AMU, con sus cursos, talleres, comunicaciones, publicaciones y proyectos de investigación secundaria, ha alcanzado niveles excelentes. Estas iniciativas han sido muy valoradas por la Asociación Española de Urología y sus grupos de trabajo, otras Sociedades o Grupos científicos, y también la Industria Farmacéutica. El esfuerzo generoso de

sus miembros, que todos debemos reconocer y agradecer, además de haber contribuido a la tesorería, le ha dado a nuestra Asociación el marchamo de modernidad y progreso científico, que supone un valor añadido a los contenidos de la misma.

Se han realizado los cambios a nivel administrativo que exigían las nuevas normativas legales de las Sociedades científicas, aprovechando para hacer una modificación adaptada de nuestros estatutos, que han sido adecuadamente legalizados. Se han perfilado las reformas de las bases de regulación de los diferentes premios anuales otorgados por la AMU. También se ha actualizado su anagrama.

La buena relación personal de nuestros asociados, se ha visto reforzada durante estos cuatro años en diferentes momentos de necesarias celebraciones lúdicas, entre las que destacaríamos la conmemoración del X Aniversario, por el entrañable recuerdo a las personas fallecidas o jubiladas y por el cálido contacto de nuestras familias.

A nivel institucional, hemos aportado y participado en proyectos de la AEU a través de su Junta Directiva, de las Reuniones plenarias, de sus Oficinas, de la Revista Actas Españolas de Urología y del Colegio Oficial de Médicos.

Es precisamente en relación con lo institucional, uno de los espacios donde percibimos, que no hemos podido adecuar nuestras inquietudes trazadas a las circunstancias encontradas, pues aunque hemos hecho parcialmente el esfuerzo necesario, el momento político-sanitario con sus cambios, y la escasez de respuesta social y en los medios a los que nos hemos dirigidos,

han impedido que nuestra Asociación pudiera ser escuchada como el referente regional de Urología todos suponemos debe ser. Queda pues este aspecto pendiente de ser potenciado en años futuros.

Hemos clarificado las interrelaciones de la AMU con la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana, para evitar romper lazos históricos, pero sin perjudicar la organización de cada una por separado. Nuestra próxima Asamblea dejará definitivamente establecidas las condiciones en que actuaremos en lo sucesivo.

Otros aspectos donde será preciso avanzar en los próximos años, serán los de la unificación de protocolos conjuntos, documentos de consenso y consentimientos informados, que nos permitan disminuir la variabilidad en la práctica en nuestro medio, con la consiguiente uniformidad de criterio, avalada de forma institucional por nuestra Asociación. Aspectos estos, que pueden ser fundamentales ante nuestros pacientes, colegas,

gerentes, juristas, interlocutores sociales, laborales, medios de difusión, etc.

A los miembros de la Junta Directiva saliente, queremos agradecerles en nombre de todos, su esfuerzo desinteresado durante este periodo, a la vez que animarles a que sigan trabajando para la AMU, nuestra Sociedad no puede avanzar solamente con la aportación de aquellos que salgan elegidos en la nueva Junta, es necesaria la contribución de todos.

A todos los asociados que nos han apoyado con su esfuerzo, o sencillamente haciéndonos llegar su calor para que nos sintiéramos respaldados, deciros que estamos agradecidos, pero también quisiéramos disculparnos con los que no nos habéis sabido entender, deciros que ahora se abre una oportunidad para poder hacer otras cosas, así que adelante.

Un abrazo, nos veremos trabajando para la AMU.

La Junta Directiva



**XIII REUNIÓN REGIONAL
ASOCIACIÓN MURCIANA
DE UROLOGÍA**

HOTEL AMALTEA

9 - 10 NOVIEMBRE
Inauguración 16,00 h

ORGANIZA SERVICIO DE UROLOGÍA
Hospital Rafael Méndez

*Jefe Sección : Dr. La Iglesia
FEAS : Dra. Montes
Dr. Bitsunov
Dr. Moscatiello
Dr. Hawatmeh*

XIII Jornadas Urológicas Murcianas

LORCA, 2007

Estimado compañero:

Practicamente estamos a unos dias de la celebración de nuestro Congreso Regional Anual de Urología correspondiente al año 2007. Como podeis suponer hemos puesto toda la ilusión en la organización del mismo, esperando que vuestra estancia en Lorca sea lo mas agradable posible y lo mas fructífera, no solo desde el punto de vista profesional sino también humana, como encuentro de amigos y compañeros. Sin duda habrá algunos errores propios de toda organización, espero que sepais disculparnos, pero ante todo lo que hemos pretendido ha sido promover un encuentro desde la sinceridad aportando cada uno la mucha o poca experiencia en los distintas ramas que conforman nuestro hacer diario.

Nuestro servicio actualmente se compone de 5 facultativos de distintos orígenes pero con una sola tarea, que es compartir los conocimientos y experiencias dentro de la Medicina. Yo tengo la responsabilidad del servicio desde su fundación en el año 1988. En el año 1995 se incrementó con la presencia de la Dra Maria José Montes Diaz, ayuda inestimable desde entonces. Posteriormente tuvimos una nueva incorporación, el Dr. Mariano Rigabert Montiel en enero de 1999 hasta 2002, tiempo que tuvimos el inmenso honor de compartir con él, esfuerzo e ilusión por el trabajo bien hecho. La vacante fué ocupada por el Dr. Andrei Bitsunov, licenciado por la Universidad de Moscú y posteriormente se incorporó al servicio el Dr. Antonio Moreno Santurino procedente del hospital de Getafe hasta Marzo 2007, trasladandose a su ciudad natal en esa fecha. En este periodo y con la presencia de cuatro facultativos proseguimos creciendo en nuestra cartera de servicios y en numero de asistencias, hasta el punto de estar practicamente desbordados en trabajo pero no en ilusiones. En enero de 2007 se solicitó a la Dirección el aumento de plantilla y se nos concedió la quinta plaza, estando actualment ocupada, despues del traslado del Dr. Moreno por dos compañeros, los doctores Pietro Moscatiello, licenciado por la Universidad de Napoles, y el Dr. Kamal Hawatmeh, licenciado por la Universidad de Barcelona.

Durante todo este tiempo hemos mantenido la ilusión en el listón mas alto posible, procurando practicar una Urología acorde con los standares actuales, por eso desde que se nos encomendó la organización del congreso hemos intentado hacer resaltar las nuevas tecnologías, sobre todo la práctica de la laparoscopia, actividad que comenzamos a realizar en 2005 y de la que personalmente nos encontramos totalmente ilusionados.

Nuestro servicio es actualmente " internacional " motivo de orgullo, donde se puede compartir conocimientos, distintas formas de pensar, distintas realidades y experiencias, pero con una sola ilusión, la de efectuar el trabajo dentro de los cánones éticos que nos exige nuestra profesión de Médicos Especialistas en Urología

Esperamos que esta reunión sea un punto de encuentro válido para todos.

Ramón La Iglesia Cabrerizo
Jefe Sección de Urología del
Hospital Rafael Mendez de Lorca

PROGRAMA DE LAS XIII JORNADAS DE UROLOGIA DE LA ASOCIACION MURCIANA DE UROLOGÍA

LORCA 9 Y 10 DE NOVIEMBRE DE 2007

VIERNES DIA 9 DE NOVIEMBRE DE 2007

- 16,00-16,30 horas Recogida de Documentación y colocación de Posters
17,00-17,30 horas Apertura del Congreso
17,30-19,00 horas Mesa de Comunicaciones. Moderadores: **Dres. JM Cervell y M.Rigabert**
19,00-19,30 horas Pausa Café, exposición y valoración de posters
19,30-20,45 horas Mesa de Comunicaciones. Moderadores: **Dres. E Cao y L.Asensio**
21,00 horas Cena Congreso en sede de las Jornadas. Hotel Amaltea NH Lorca

SABADO DIA 10 DE NOVIEMBRE DE 2007

- 09,00-10,30 horas Mesa Redonda: **“Top Ten. Lo mejor del año en noventa minutos”**
10,30-11,00 horas Pausa café, exposición y valoración de posters
11,00-12,15 horas Mesa Redonda: **“Prostatectomía Radical Laparoscópica”**
12,15-12,50 horas Conferencia: **“Cirugía Laparoscópica. Una realidad”**. **Dr. R Ruiz Mondéjar**
12,50-13,30 horas Asamblea Anual de la Asociación Murciana de Urología
13,30-15,00 horas Asamblea Extraordinaria y votaciones de la AMU
15,00 horas Comida, agradecimientos y despedida de los asistentes

VIERNES DIA 9 DE NOVIEMBRE DE 2007

- 16,00-16,30 horas Recogida de Documentación y colocación de Posters
17,00-17,30 horas Apertura del Congreso
17,30-19,00 horas Mesa de Comunicaciones. Moderadores: **Dres. JM Cervell y M.Rigabert**
- 1.1. “Detección Precoz en el Carcinoma Próstático”. Montes Diaz MJ, La Iglesia Cabrerizo R, Bitsunov Bitsunova A, Moscatiello P, Hawatmeh K, López Hernández MA. Servicio de Urología. Hospital “Rafael Méndez”.LORCA
 - 1.2.” Correlación entre el tacto rectal y el volumen prostático ecográfico” Rosino Sánchez A., Rodríguez Tardido A., Izquierdo Morejón E., Honrubia Vilchez B., Hita Villaplana G., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario “Morales Meseguer”. Murcia
 - 1.3. “Estudio retrospectivo de la validez diagnóstica de la biopsia octante transrectal ecodirigida en nuestro servicio” Morga Egea, J.P. Valdevira Nadal, P.; Sempere Gutierrez, A.; Rico Galiano, J.L.; Tomás Ros, M.; Fontana Compiano, L.O. Servicio de Urología del Hospital General Reina Sofía. Murcia.
 - 1.4.” Correlación anatomopatológica entre los datos de la biopsia ampliada y la pieza de prostatectomía radical”. Rosino Sánchez A., Hita Villaplana G., Izquierdo Morejón E., Rodríguez Tardido A., Honrubia Vilchez B., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario “Morales Meseguer”. Murcia
 - 1.5. “Cirugía urológica laparoscópica. nuestra experiencia autores” Fontana Compiano, L.O.; Tomás Ros, M.; Morga Egea, J.P.; Valdevira Nadal, P.; Sempere Gutierrez, A. Rico Galiano, J.L. Servicio de Urología del Hospital General Reina Sofía. Murcia.
 - 1.6.”Prostatectomía radical laparoscópica. experiencia inicial” Rodríguez Tardido A., Izquierdo Morejón E., Rosino Sánchez A., Hita Villaplana G., Honrubia Vilchez B., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario “Morales Meseguer”.
 - 1.7. “Herramientas de ayuda para la toma de decisión sobre el cribado de cáncer de próstata mediante el PSA” Guzmán Martínez-Valls P.L., Hidalgo García I., Aguinaga Ontoso E., Gonzalez Barberá M., Menarguez Puche J.M., Ortín Ortín E., Romero Hoyuela A., Sánchez López M.C., Sánchez Sánchez J.A., Tello Royloa C., Tomás Ros M. Proyecto de Investigación PI06/90246. Instituto de Salud Carlos III. Construcción de una ayuda para la toma de decisiones sobre el cribado de cáncer de próstata mediante el PSA Fundación Formación Investigaciones Sanitarias. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. MURCIA
 - 1.8.”Análisis ecográfico de las vesículas seminales” Rosino Sánchez, A., Izquierdo Morejón, E., Rodríguez Tardido, A., Honrubia Vilchez, B., Hita Villaplana, G., Guzmán Martínez-Valls, P.L., Romero Hoyuela, A., Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario “Morales Meseguer”. Murcia

19,00-19,30 horas Pausa Café, exposición y valoración de posters

19,30-20-45 horas Mesa de Comunicaciones. Moderadores: **Dres. E Cao y L.Asensio**

- 2.1. "Estudio retrospectivo de tumores renales intervenidos en el Hospital Santa María del Rosell" Hita Rosino E, Jiménez Penick FJ, Moreno Avilés J, García Espona C, Cachay Ayala E, Cao Avellaneda E, Soler Fernández J, Olmos García L, Cervell Ferrón JM, García Pérez R. Hospital "Sta. María del Rosell "CARTAGENA
- 2.2. "Nefrectomía Radical Laparoscópica asistida por la mano. Nuestra Experiencia". Moscatiello P, La Iglesia Cabrerizo R, Montes Diaz MJ, Bitsunov Bitsunova A, Hawatmeh K. Servicio de Urología. Hospital "Rafael Mendez".LORCA
- 2.3. "Nefroureterectomía mediante laparoscopia asistida por la mano para el tratamiento del Carcinoma Transicional del Tracto Urinario Superior: una técnica segura, factible y eficaz" López Gonzalez PA, Lopez Cubillana P, Prieto Gonzalez A, Maluff Torres A, Escudero Bregante F, Doñate Iñiguez G, López López A, Pérez Albacete M. Servicio de Urología. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". MURCIA
- 2.4. "Supervivencia global tras Cistectomía radical en pacientes añosos (2002-2004)" Maluff Torres, A; Escudero Bregante, J.F; López Rodríguez, P.A; Doñate Iñiguez, G; Ruiz Morcillo, J.C; López Cubillana, P; López López, A.I; Gómez Gómez, G.A; Pérez Albacete, M. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". MURCIA
- 2.5. "Seguimiento de las complicaciones de las mallas sintéticas en el tratamiento de la IUE femenina, por vía transobturadora." J.L.Rico; J.P.Morga; A.Sempere; M.Tomás; P.Valdelvira; L.O.Fontana. Servicio Urología. HGU Reina Sofía. Murcia.
- 2.6. "Estenosis uretral. Nuestra Experiencia" Escudero Bregante J F, Maluff Torres A, López González P A, Doñate Iñiguez G, García Hernández J A, López López A I, Tornero Ruiz J I, López Cubillana P, Prieto González A, Rigabert Montiel M, Gómez Gómez G A, Pérez Albacete M. Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
- 2.7. "Actualización en el manejo y control tras vasectomía" Valdelvira Nadal P, Morga Egea JP, Sempere Gutiérrez A, Tomás Ros M, Rico Galiano JL, Fontana Compiano LO. Servicio de Urología .Hospital General Universitario "Reina Sofía". MURCIA
- 2.8. "Carcinoma Urotelial en Riñón en Herradura". Cervell Ferron JM y cols. Servicio de Urología. Hospital Santa María del Rosell. (DVD).CARTAGENA

POSTERS

- 3.1. "Preservación vesical y derivación urinaria tipo Mitrofanoff" Izquierdo Morejón E., Rosino Sánchez A., Rodríguez Tardido A., B. Honrubia Vilchez, Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer".MURCIA
- 3.2. "Divertículo uretral múltiple como causa de dolor perineal incapacitante" Rodríguez Tardido A., Izquierdo Morejón E., Honrubia Vilchez B., Rosino Sánchez A., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer". MURCIA
- 3.3. "Fístula Iliaco-Ureteral. Una causa excepción de Hematuria" Escudero Bregante J F, Capel Alemán A¹, Maluff Torres A, López González P A, Doñate Iñiguez G, López López A I, Tornero Ruiz J I, López Cubillana P, Prieto González A, Rigabert Montiel M, García Hernández J A, Gómez Gómez G A, Pérez Albacete M. Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Servicio de Radiología Vasculat Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca¹. MURCIA
- 3.4. "Exantema Fijo Medicamentoso en glande. Diferentes formas de presentación" Tomás Ros M, Hernández Gil A, Morga Egea JP, Valdelvira Nadal P, Rico Galiano JL, Sempere Gutiérrez A, Fontana Compiano LO. Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Reina Sofía". MURCIA
- 3.5. "Infiltración Peneana con Parafina. A propósito de un caso" Sempere Gutiérrez A, Valdelvira Nadal P, Tomás Ros M, Morga Egea JP, Rico Galiano JL, Fontana Compiano LO. Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Reina Sofía". MURCIA
- 3.6. "Hidradenitis Supurativa Escroto-perineal" J.L.Rico; J.P.Morga; A.Sempere; M.Tomás; P.Valdelvira; L.O.Fontana Servicio Urología. HGU Reina Sofía. Murcia.

21,00 horas Cena Congreso en sede de las Jornadas. Hotel Amaltea NH Lorca

ANÁLISIS ECOGRÁFICO DE LAS VESÍCULAS SEMINALES

Rosino Sánchez, A., Izquierdo Morejón, E., Rodríguez Tardido, A., Honrubia Vilchez, B., Hita Villaplana, G., Guzmán Martínez-Valls, P.L., Romero Hoyuela, A., Miñana López B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer". Murcia

Las alteraciones ecográficas de las vesículas seminales tanto por su invasión como por su obstrucción pueden estar presentes en patologías tales como la infertilidad o el cáncer de próstata avanzado. Sin embargo, hay escasos estudios en la literatura que nos indiquen cómo medir y valorar en la ecografía esta glándula, cuáles son sus medidas estándar y la influencia de la proximidad de una eyaculación.

Por este motivo, se ha iniciado un estudio en el Hospital Morales Meseguer al respecto, seleccionando aquellos pacientes a los que se les ha realizado una ecografía transrectal, excluyendo aquellos pacientes con posibilidad de patología de vesículas seminales: infertilidad, induración en el tacto rectal, sospecha ecográfica de afectación por un carcinoma de próstata y pacientes con PSA > 15 ng/dl.

Los datos anotados son la edad, días sin eyacular, y el diámetro anterosuperior máximo de cada una de las vesículas por separado en los planos longitudinal y transversal.

En nuestra serie, ningún caso superó los 15 mm de diámetro, siendo la medida en el plano transversal la más fiable. Los días sin eyacular han tenido escasa influencia en el volumen de las vesículas.

CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA ENTRE LOS DATOS DE LA BIOPSIA AMPLIADA Y LA PIEZA DE PROSTATECTOMÍA RADICAL

Rosino Sánchez A., Izquierdo Morejón E., Rodríguez Tardido A., Honrubia Vilchez B., Hita Villaplana G., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Miñana López B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer". Murcia

El programa de biopsias transrectales de próstata ampliadas (de 12 a 16 cilindros, según volumen prostático) comenzó en Abril del 2006 con el objetivo de no sólo disminuir la tasa de falsos negativos sino de disponer de más datos para mejorar el estadiaje clínico y así poder optimizar el tratamiento de cada caso.

Ya en el 2005 se hizo un análisis con los datos de la biopsia clásica (8 cilindros), por lo que se han tomado los datos del informe anatomopatológico tanto de la biopsia como de la pieza de las prostatectomías radicales realizadas durante 2006 y 2007. Para el análisis de los resultados se han comparado grado Gleason y estimaciones de volumen tumoral en la biopsia (estimado por número de cilindros afectados, porcentaje de afectación de cilindro) con el estadio clínico, y datos de lateralidad de la biopsia frente a la pieza.

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO Y CONTROL TRAS LA VASECTOMÍA.

Valdevira Nadal, Pedro; Morga Egea, Juan Pedro; Sempere Gutiérrez, Andrés; Tomás Ros, Mariano; Rico Galiano, Jose Luis; Fontana Compiano, Luis Oscar.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

La vasectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados por el Urologo a nivel nacional.

El objetivo de la comunicación es presentar un repaso y puesta al día de diferentes cuestiones surgidas tras la realización de la vasectomía.

INFILTRACIÓN PENEANA CON PARAFINA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sempere Gutiérrez, Andrés; Valdevira Nadal, Pedro; Tomás Ros, Mariano; Morga Egea, Juan Pedro; Rico Galiano, Jose Luis; Fontana Compiano, Luis Oscar.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Presentamos un paciente de 25 años que acude a urgencias por tumescencia e induración de pene tras infiltración subcutánea de parafina hace un año y medio en su país de origen (Bulgaria) y que precisa de tratamiento quirúrgico agresivo para su extirpación.

DIVERTÍCULO URETRAL MÚLTIPLE COMO CAUSA DE DOLOR PERINEAL INCAPACITANTE.

Rodríguez Tardido A., Izquierdo Morejón E., Honrubia Vilchez B., Rosino Sánchez A., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Miñana López B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer"

INTRODUCCIÓN:

Los divertículos uretrales son una patología poco frecuente cuya clínica suele ser silente o leve.

Presentamos un caso de divertículos uretrales con sintomatología poco usual, siendo causa de dolor muy importante e incapacitante en mujer de mediana edad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 45 años con historia de dolor perineal de larga evolución que es remitida a nuestra consulta desde el servicio de Ginecología, tras estudio inicial aparentemente normal y tras fracaso de tratamiento médico analgésico.

A la exploración física se aprecia en tacto vaginal tumoración dolorosa anterior dependiente de uretra. Ante la sospecha de divertículo vs quiste uretral se realizan diversas pruebas de imagen confirmatorias. Se decide tratamiento quirúrgico con exéresis de los mismos.

CONCLUSIÓN

Tras la intervención la paciente queda asintomática, confirmando que los divertículos uretrales a pesar de ser una patología poco frecuente deben ser tenidos en cuenta como diagnóstico diferencial de diversas patologías causantes de dolor en tracto urinario inferior. Destacamos la importancia de una buena exploración física.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE TUMORES RENALES INTERVENIDOS EN EL HOSPITAL SANTA MARÍA DEL ROSELL.

Hita Rosino E, Jiménez Penick FJ, Moreno Avilés J, García Espona C, Cachay Ayala E, Cao Avellaneda E, Soler Fernández J, Olmos García L, Cervell Ferrón JM, García Pérez R. Cartagena (Murcia).

Presentamos un estudio retrospectivo de 4 años sobre tumores renales intervenidos en el Hospital del Rosell. Es continuación del trabajo presentado en el Regional de 2006.

El Carcinoma de Células Renales (CCR) representa el 2-3% de los tumores del adulto; se diagnostican 4,1-4,5 casos nuevos por 10⁵ habitantes/año en España (Dr. Resel), mientras que en EEUU es de 8,7 casos; con una alta tasa de mortalidad, el doble del carcinoma prostático y vesical. La frecuencia es ligeramente superior en varones con una relación de 1,6:1, así como es más frecuente entre la cuarta y sexta décadas de la vida, con un pico máximo en la sexta década. La mayor incidencia se presenta en los países nórdicos (Dinamarca y Suecia).

Las clasificaciones por estadios más utilizadas es la de UICC ó TNM y la del Grado histológico de diferenciación nuclear (Furhman). Aunque el tamaño tumoral ha experimentado diferentes cambios en el T1, pasando éste de 2.5 cm a 7 cm (2002), en función del pronóstico. Actualmente existen autores que disminuyen el punto de corte a 5,5 cm e introducen los síntomas en todos los estadios (Ficarra V. y cols. 2005). El TNM del 2002 clasifica al T1 en a y b, T2, T3a, 3b y 3c, T4. N y M si existe afectación linfática ó metastásica..

Se trata de un estudio retrospectivo basado en las historias clínicas, para determinar la incidencia de carcinoma renal en los pacientes intervenidos en el Hospital Santa María del Rosell, así como las variables edad, sexo, localización renal, tamaño tumoral y estadio patológico.

Entre los años 2003 y 2006 se han intervenido 41 pacientes, siendo el año 2005 el que presenta un mayor número de casos (12), por el contrario en el año 2006 solamente se intervinieron 9 pacientes. Se operaron 29 hombres (70%) y 12 mujeres. La incidencia del CCR operados ha sido de 3,3 casos por 10⁵ h/a, en el Area Hospitalaria de Cartagena, que tiene una población de 300000 habitantes censados aproximadamente. El riñón derecho es el lado más frecuente con un 58%. Entre 71 y 80 años se encuentran la mayoría de los pacientes operados; con 16 casos, predominando en todos los grupos los varones (a diferencia del estudio anterior). También la década entre 51 y 60 años tuvo 11 casos.

Los CCR Incidentales han sido el 56% (23 casos), por el contrario en los Sintomáticos la semiología más común fue el dolor (predominó en el 2004), seguido del efecto masa y hematuria. En nuestra serie de casos en los pT1, existen más pacientes incidentales (16c) que sintomáticos (4c), que es lo habitual, a diferencia del estudio anterior. Los pT2 fueron los más sintomáticos. También hubo 4 casos de pT3a asintomáticos. Hay autores que indican que en tumores pequeños (pT1), la semiología denota un pronóstico desfavorable y se debería incluir como factor de supervivencia, con otras variables como Estadio tumoral y Grado de Diferenciación Nuclear.

El tamaño tumoral predominante ha sido el inferior a 7 cm con un 56% (23c), seguido de los tumores entre 7-10 cm con un 37,3% (13 c). Los tumores superiores a 5 cm son los que más síntomas producen, con un riesgo de muerte de 1,8 veces superior que los que no tienen semiología (Schips L 2003). Patard y cols 2004 refieren que la sintomatología es el factor que más se relaciona con la supervivencia. Mientras que el estadio patológico más frecuente fue el pT1 con 18 casos, seguidos del pT2 y pT3a con 12 y 8 casos respectivamente, a diferencia del estudio anterior.

La incidencia en nuestro medio de CCR es similar a la media española, ya que solo se han tenido en cuenta los pacientes intervenidos en el hospital (excluidos los casos no operados por estadio avanzado, ó se han intervenido en otro hospital). Seguramente la frecuencia absoluta es mayor.

A diferencia del estudio anterior el porcentaje de CCR Incidentales ha sido superior, probablemente por el número menor de pacientes sintomáticos, que fueron sometidos a pruebas de imagen por otras causas y hubo un diagnóstico precoz. También existe un número elevado de pT2 y pT3a.

CIRUGÍA UROLÓGICA LAPAROSCOPICA. NUESTRA EXPERIENCIA

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

INTRODUCCIÓN

Presentamos nuestra serie de cirugía laparoscópica renal y prostática analizando diversos parámetros de esta vía de abordaje.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Mayo del año 2005 hasta Octubre del 2007 se han realizado 54 intervenciones quirúrgicas por vía laparoscópica, de las cuales 40 casos corresponden a patología prostática maligna y 14 a pacientes con patología renal de diversa etiología.

Dentro de la cirugía laparoscópica prostática se analiza una primera fase donde la cirugía se realizó mediante el procedimiento de "reconversión programada". En una segunda etapa, esta misma cirugía se realizó enteramente mediante procedimiento laparoscópico. Las variables analizadas son el tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, estancia hospitalaria y complicaciones postoperatorias.

Con respecto a la cirugía laparoscópica renal se realizaron 4 Quistectomías, 9 Nefrectomías, de las cuales 5 casos fueron por patología tumoral y 4 por pérdida de la función renal (hidronefrosis y/o litiasis). Por último, en un caso se realizó Pieloplastia por estenosis de la UPU.

NEFROURETERECTOMÍA MEDIANTE LAPAROSCOPIA ASISTIDA POR LA MANO PARA EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA TRANSICIONAL DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR: UNA TÉCNICA SEGURA, FACTIBLE Y EFICAZ

Pedro A. López Gonzalez; Pedro Lopez Cubillana; Antonio Prieto Gonzalez; Alejandro Maluff Torres; Felix Escudero Bregante; Gloria Doñate Iñiguez; Ana I. López López; Mariano Pérez Albacete

Servicio De Urología. Hospital Universitario Virgen De La Arrixaca – Murcia

INTRODUCCIÓN

La nefroureterectomía con extracción de un rodete vesical perimeático es el tratamiento estándar para los tumores uroteliales del riñón y del uréter. La nefroureterectomía laparoscópica presenta ciertas controversias en el manejo del uréter distal y del rodete vesical. La llegada de la laparoscopia mano asistida (HAL) ha proporcionado una nueva alternativa mínimamente invasiva para pacientes con tumores uroteliales del tracto urinario superior. Esta técnica permite la extracción en bloque de la pieza, manteniendo los mismos principios oncológicos utilizados en la cirugía abierta. De esta forma supone una eficacia equivalente y mejor tolerada que la nefroureterectomía abierta y una reducción significativa tanto del tiempo operatorio como de la curva de aprendizaje cuando se compara con la nefroureterectomía laparoscópica estándar.

Varias técnicas se han desarrollado para la extracción del uréter distal intramural durante esta cirugía, siendo nuestra técnica preferida la escisión circunferencial endoscópica del uréter intramural.

OBJETIVO

Describimos nuestra serie de pacientes sometidos a nefroureterectomía radical por vía laparoscópica asistida por la mano (HALNU), realizando una ligadura temprana del uréter junto con la escisión cistoscópica circunferencial del uréter distal intramural, sin cierre primario del orificio vesical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una evaluación de todos los pacientes sometidos de forma consecutiva a nefroureterectomía mediante laparoscopia asistida por la mano por diagnóstico de tumor urotelial de tracto urinario superior entre noviembre de 2001 y diciembre de 2006. Valoramos datos demográficos y clínicos como edad, sexo, comorbilidad, índice de masa corporal (IMC) y valoración anestésica según ASA; datos quirúrgicos: tiempo quirúrgico, necesidad de conversión, sangrado intraoperatorio, pérdida media de hemoglobina, necesidad de transfusión, complicaciones intra y post-operatorias, inicio de tolerancia oral, días de estancia hospitalaria; y datos oncológicos: histología, estadio y grado del tumor, recidiva tumor vesical.

RESULTADOS

A un total de 20 pacientes, 16 hombres y 4 mujeres, con una media de edad de 69 años (51-88 años) se les realizó una nefroureterectomía-HAL. El estudio preanestésico reveló un IMC medio de 27'5y catalogó a los pacientes en ASA II en un 26'7%; ASA III en un 60% y ASA IV en un 13'3%. La media del tiempo quirúrgico fue de 169 minutos (100-240) con una mediana de 150 min. El sangrado intraoperatorio fue de 547 cc (50-3000) con una mediana de 300 cc. El descenso medio de Hemoglobina de 2'17 gr/dl, requiriendo transfusión de hemoderivados un 28'6% de los pacientes.

En ninguna ocasión fue necesaria la conversión a cirugía abierta., y la tasa de complicaciones fue del 38,5% para las menores, destacando por su frecuencia el íleo, la infección de herida quirúrgica y retención aguda de orina, y del 23% para las mayores (angor, insuficiencia cardiaca, y en un caso una herida accidental intestinal que fue reparada intraoperatoriamente).

Los pacientes iniciaron tolerancia oral a las 46 horas de media, si bien el 75% de ellos lo hizo a las 24 horas de la intervención. La estancia media hospitalaria fue de 5 días.

El estudio histológico de la pieza indicó la existencia de tumor urotelial de tracto urinario superior en todos los pacientes (grado I en el 11'8%, grado II en el 58'8% y grado III en el 29'4% de los casos; estadio clínico –TNM 1997- Ta: 5'6%; T1:22'2%; T2:22'2%; T3:38'9% y T4:11'1%). En el momento de la cirugía, 2 pacientes (10%) presentaron tumor sincrónico en la vejiga.

Tras un seguimiento medio de 21 meses, el 30,8% de los pacientes presentaron recidiva de tumor urotelial en vejiga (siendo de un 23% si consideramos solo las recidivas de nueva aparición), con una media de aparición a los 10 meses de la nefroureterectomía. Ningún paciente presentó cuadro de recidiva a nivel peritoneal ni en lecho quirúrgico, y solamente un paciente, con estadio patológico T4, presentó metástasis hepáticas, falleciendo durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

La nefroureterectomía laparoscópica asistida con la mano con excisión cistoscópica del uréter distal es factible, siendo una técnica segura y efectiva para el tratamiento del carcinoma de células transicionales del tracto urinario superior. Los resultados tanto a nivel operatorio como a nivel oncológico son comparables con la cirugía abierta y con la laparoscópica pura. Además presenta las ventajas con respecto a la cirugía abierta de ser una técnica mínimamente

invasiva con una mejor y temprana recuperación y con una estancia hospitalaria significativamente menor, y con respecto a la cirugía laparoscópica el tener una menor curva de aprendizaje. El defecto vesical se cierra espontáneamente con la colocación de una sonda vesical.

PIELOPLASTIA LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL.

Autores: Doñate Iñiguez G, Maluff Torres A, Escudero Bregante JF, López Gonzalez PA, Ruiz Morcillo JC, López Cubillana P, Prieto Gonzalez A, López López AI, Gómez Gomez, GA, Perez Albacete, M. Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca". MURCIA.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de la unión pieloureteral es la patología congénita más frecuente del uréter, con una incidencia de 5/100.000 casos al año.

La indicación de realizar tratamiento quirúrgico en adultos por esta patología viene dada por dolor en el flanco exacerbado con la ingesta líquida, infección urinaria, formación de litiasis, hipertensión y deterioro de la función renal.

Historicamente la pieloplastia abierta ha sido el método estándar de tratamiento de la obstrucción por unión pieloureteral con tasas de éxito de 90-100%. Actualmente el desarrollo de técnicas endoscópicas tales como endopielotomía o pielotomía laparoscópica ofrece alternativas menos invasivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos nuestra experiencia inicial de siete pacientes, diagnosticados de obstrucción pieloureteral que se sometieron al procedimiento de pieloplastia laparoscópica entre enero de 2005 y mayo de 2007.

Se trata de cuatro de pacientes varones y tres mujeres, con una edad media de 25,5 años (21-29). Seis de los pacientes tenían patología derecha y uno izquierda.

La vía de abordaje fue transperitoneal en todos los casos, el tiempo medio de cirugía fue de 3,8 horas y la estancia media hospitalaria fue de 5 días. El seguimiento de los pacientes se ha llevado a cabo mediante renograma isotópico.

RESULTADOS

El seguimiento postoperatorio oscila entre 5 y 33 meses. Durante la evolución hemos constatado complicaciones en tres de los siete pacientes que han correspondido a un reingreso que cursó con clínica de dolor en flanco, fiebre y dilatación pielocalicial que precisó derivación de la orina mediante catéter doble J. Una dilatación endoscópica mediante balón por reestenosis precoz de la unión ureteropielica y una extracción de catéter doble J ascendido.

CONCLUSIÓN

La pieloplastia laparoscópica resulta una técnica reproducible, mínimamente invasiva y con resultados funcionales superponibles a los de la cirugía abierta.

FÍSTULA ILIACO-URETERAL. UNA CAUSA EXCEPCIONAL DE HEMATURIA

Escudero Bregante J F, Capel Alemán A¹, Maluff Torres A, López González P A, Doñate Iñiguez G, López López A I, Tornero Ruiz J I, López Cubillana P, Prieto González A, Rigabert Montiel M, García Hernández J A, Gómez Gómez G A, Pérez Albacete M. Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Servicio de Radiología Vascul ar Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca¹.

El caso clínico que nos ocupa es el de un paciente que acude a la puerta de urgencias por presentar hematuria persistente de días de evolución en relación con una manipulación urológica (cambio de catéter doble "J" bilateral) en los días previos. Como antecedentes personales debemos destacar un cáncer de recto tratado mediante cirugía más quimio y radioterapia en 2001, reintervenido por dehiscencia de la anastomosis intestinal, portador de colostomía. Reintervenido en 2002 por un cuadro obstructivo intestinal. En 2004 debuta con fracaso renal agudo de causa obstructiva, secundario a fibrosis retroperitoneal que se solventa mediante nefrostomía percutánea bilateral y cateterismo doble "J" anterógrado, el paciente se realiza cambios periódicos de ambos catéteres.

El paciente ingresa en nuestro servicio en marzo de 2007 con hematuria franca anemizante que requiere transfusiones sanguíneas y un fracaso renal agudo. Con la sospecha de una lesión renal consecuencia de la manipulación previa se procede a realizar una arteriografía renal que no evidencia signos de sangrado. Ante la mala evolución del paciente que agrava su situación con un mayor deterioro de la función renal sin mejoría con tratamiento médico y la presencia nuevamente de ectasia renal bilateral se decide punción nefrostomía bilateral, objetivándose hematuria franca por nefrostomía derecha, por lo que se decide exploración en quirófano mediante pielolitotomía percutánea y revisión ureteral anterógrada que no fue completa por imposibilidad de paso por la zonaestenótica por la fibrosis retroperitoneal, no evidenciándose lesión alguna. El paciente continua evolucionando desfavorablemente, pese a la mejoría de la función renal tras las nefrostomías, con hematuria muy importante y anemizante que requiere de múltiples transfusiones por lo que se decide un nuevo intento de arteriografía. En este intento se aprecia al llegar al cruce ureteral con la iliaca el paso de contraste desde la arteria al uréter, llegando pues al diagnóstico de fístula iliaco-ureteral como causa del sangrado; se decide la colocación de una endoprótesis cediendo así la hematuria quedando el paciente asintomático y siendo alta pocos días después.

PRESERVACIÓN VESICAL Y DERIVACIÓN URINARIA TIPO MITROFANOFF. CASO CLÍNICO.

Izquierdo Morejón E., Rosino Sánchez A., Rodríguez Tardido A., B. Honrubia Vilchez, Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Hita Villaplana G., Miñana López B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer"

INTRODUCCIÓN

La preservación vesical en pacientes adultos no es un procedimiento habitual debido a las características de la patología urológica. Presentamos un caso de un varón adulto-joven donde se pudo realizar la derivación continente según técnica de mitrofanoff.

CASO CLÍNICO

Varón 36 años con antecedente de VIH+ en tratamiento por patología anal infecciosa, condilomas acuminados perianales, y en estudio por persistencia de dolor intenso en la misma zona a pesar de exéresis quirúrgica. Es diagnosticado de carcinoma epidermoide de canal anal con afectación prostática, de vesículas seminales y vesical. Tras tratamiento con quimioterapia se aprecia reducción significativa de la extensión loco-regional. Se decide cirugía con intención curativa, por lo que se propone intervención combinada digestivo-urológica.

Se decide prostatectomía con preservación vesical (tras biopsia intraoperatoria de vejiga macroscópicamente sana) y derivación tipo mitrofanoff.

CONCLUSIÓN

La evolución del paciente tras la intervención es satisfactoria con buen resultado de la derivación urinaria que es totalmente continente y con un programa de autocateterismos intermitentes. Destacamos que técnicas quirúrgicas habitualmente usadas en patología infantil pueden ser usadas en adultos con buenos resultados anatómicos y funcionales.

PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. EXPERIENCIA INICIAL.

Rodríguez Tardido A., Izquierdo Morejón E., Rosino Sánchez A., Hita Villaplana G., Honrubia Vilchez B., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Miñana López B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer".

INTRODUCCIÓN

En la cirugía urológica no contamos con un proceso sencillo para poder instaurar las técnicas laparoscópicas de una manera progresiva, siendo además necesario un volumen adecuado de casos para mantener una continuidad. Atendiendo a este principio, decidimos en nuestro hospital, comenzar con la laparoscopia por la prostatectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un total de 40 prostatectomías radicales por laparoscopia en un periodo de dos años. Describimos la técnica quirúrgica utilizada. Analizamos los resultados postquirúrgicos y funcionales inmediatos y a largo plazo así como las complicaciones.

RESULTADOS

Clásicamente se decía que la laparoscopia y más aún procedimientos como la PR, solo podían llevarse a cabo en centros de referencia y con un volumen muy alto de casos. Con nuestra experiencia ponemos de manifiesto que se trata de una técnica factible y segura (baja tasa de complicaciones) en un hospital de nivel 2.

HERRAMIENTAS DE AYUDA PARA LA TOMA DE DECISION SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE PROSTATA MEDIANTE EL PSA

Guzmán Martínez-Valls P.L., Hidalgo García I., Aguinaga Ontoso E., Gonzalez Barberá M., Menarguez Puche J.M., Ortín Ortín E., Romero Hoyuela A., Sánchez López M.C., Sánchez Sánchez J.A., Tello Royloa C., Tomás Ros M.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PI06/90246. INSTITUTO DE SALUD CARLOS III. CONSTRUCCIÓN DE UNA AYUDA PARA LA TOMA DE DECISIONES SOBRE EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA MEDIANTE EL PSA

Fundación Formación Investigaciones Sanitarias. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia. MURCIA

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

El Cáncer de Próstata (CP) es un tumor que afecta a varones de edad avanzada. En España, en el año 2002, la tasa estimada de incidencia ajustada fue de 35,9 por 100000 habitantes y la tasa de mortalidad de 14,9. En la Región de Murcia supone el 3% del total de causas de muerte en hombres. La generalización, a finales de la década de los ochenta, de la determinación sérica del PSA produjo un notable incremento en el diagnóstico de CP, con mayor porcentaje de organo-confinados. A pesar de la amplia implantación de programas de cribado y/o diagnóstico precoz de CP, estas estrategias no han demostrado hasta el momento, una disminución de la morbimortalidad por esa causa.

La mayor parte de las Asociaciones e Instituciones insisten en la necesidad de que los médicos expliquen y discutan con sus pacientes las potenciales ventajas e inconvenientes de someterse a un programa de cribado de CP; sin que exista en nuestro país herramientas construidas para ayudar a pacientes y médicos en esta decisión.

Nuestro objetivo en el futuro es construir una Herramienta de Ayuda a la Toma de Decisiones (HATD), hoy sólo compartir y analizar las existentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una revisión sistemática de la literatura a través de las diferentes bases de datos conocidas: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Cochrane, IME y búsqueda amplia en buscadores genéricos: Google con diferentes términos: MAKING DECISION (MeSH) y PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN (MeSH) y otras combinaciones; tras valorar los diferentes tipos de estudio y formato, se incluyen en una base de datos (Reference Manager), y por parte de dos

investigadores de forma independiente revisamos los abstracts de los obtenidos y acuerdan su recuperación si hay coincidencia y en caso de desacuerdo de uno de ellos también, revisando las ayudas y clasificándolas según su calidad utilizando la escala IPDAS y estructura para poder construir en el futuro la nuestra.

RESULTADOS

Han sido evaluadas 148 en total, 116 en Medline existiendo plena coincidencia en válidas 22, no útiles 88 y en desacuerdo 7, recuperándose finalmente 4 mas, por tanto un total 26. Además a través de Búsqueda en Internet y links asociados se han encontrado 14 Ayudas ya realizadas que analizamos.

CONCLUSIONES

Al analizar las existentes podemos destacar que las HATD deben incluir beneficios y riesgos usando probabilidades al hacerse el PSA, que deben elaborarse a medida del perfil clínico de riesgo del paciente y deben utilizar lenguaje sencillo, en papel o con imágenes que expliquen los valores numéricos, con ejemplos de pacientes reales y siempre Basados en la Mejor Evidencia Disponible.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LA VALIDEZ DIAGNOSTICA DE LA BIOPSIA OCTANTE TRANSRECTAL ECODIRIGIDA EN NUESTRO SERVICIO

Morga Egea, J.P. Valdelvira Nadal, P.; Sempere Gutierrez, A.; Rico Galiano, J.L.; Tomás Ros, M.; Fontana Compiano, L.O. Servicio de Urología del Hospital General Reina Sofia. Murcia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han propuesto varias opciones en cuanto al número y lugar de las muestras de biopsia prostática que deben hacerse, en función del tamaño prostático, resultado de biopsias previas, valores de PSA, etc. En Abril del año 2005 comenzamos a realizar biopsias octantes ecodirigidas en nuestro servicio. Hemos revisado las historias clínicas correspondientes a los pacientes sometidos a biopsia prostática en nuestro servicio desde octubre del año 2006 hasta Agosto del año 2007.

RESULTADOS

En un periodo de 22 meses hemos realizado 217 biopsias prostáticas, de las cuales 183 corresponden a primeras biopsias, 28 a segundas biopsias, 2 a terceras biopsias y 4 a biopsias de saturación. De los 183 pacientes que fueron sometidos a la 1ª biopsia prostática, se halló neoplasia en el 39% de ellos. Si estos pacientes los dividimos por grupos de PSA, se halló neoplasia en el 24,7% de pacientes con PSA menor de 10 ng/ml, en el 49% de los pacientes con valores de PSA entre 10 y 20 ng/ml y en el 86% con un valor de PSA mayor de 20%. De los 30 pacientes que fueron sometidos a una 2ª biopsia, se halló neoplasia en el 27% de ellos. No se halló neoplasia en los dos pacientes sometidos a una tercera biopsia. Cuatro pacientes fueron sometidos a una biopsia de saturación hallándose neoplasia de bajo en dos de ellos.

En cuanto a la utilidad del cociente PSA LIBRE/TOTAL para pacientes con PSA menor de 10 ng/ml, poniendo el punto de corte en el 15%, encontramos que sólo el 6,7% de los pacientes biopsiados con cociente mayor del 15% tenían neoplasia en la primera biopsia y ninguno en la segunda.

Del resto de pacientes a los que no se les pudo demostrar o descartar una neoplasia, el 51% de ellos tuvieron una normalización posterior de sus niveles de forma espontánea o tras cirugía desobstructiva de su HBP. Hemos tenido un caso de incidentaloma de alto grado que esta sin tratamiento actualmente. En casi el 50% de nuestros pacientes con biopsias negativas no hemos podido demostrar la ausencia o presencia de neoplasia.

CONCLUSIONES

La biopsia octante transrectal ecodirigida de la próstata tiene una utilidad similar a la de otros protocolos que incluyen un mayor número de cilindros, sin la necesidad de realizar anestesia local. La rentabilidad diagnostica de una tercera biopsia es prácticamente nula, al igual que una 2ª biopsia en pacientes con valores de PSA entre 4 y 10 ng/ml y un cociente PSA total/libre > 15%. La biopsia de saturación es útil para demostrar tumor en pacientes jóvenes con alta probabilidad de tener una neoplasia prostática.

ESTENOSIS URETRAL. NUESTRA EXPERIENCIA.

Escudero Bregante J F, Maluff Torres A, López González P A, Doñate Iñiguez G, García Hernández J A, López López A I, Tornero Ruiz J I, López Cubillana P, Prieto González A, Rigabert Montiel M, Gómez Gómez G A, Pérez Albacete M. Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVO

Evaluar la técnica quirúrgica empleada en la estenosis de uretra bulbo-membranosa mediante técnica término-terminal en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de estenosis de la uretra bulbo-membranosa que fueron sometidos a cirugía uretral entre los años 2002-2006.

Obtuvimos datos sobre la etiología de la estenosis, longitud de la misma, presencia de intervenciones previas sobre la uretra, dilataciones previas, flujometría pre y postquirúrgica, complicaciones de la cirugía y estado actual

RESULTADOS

24 pacientes diagnosticados de estenosis de uretra bulbo-membranosa, divididos en 2 grupos en función de la técnica quirúrgica utilizada.

21 pacientes (87,5%) sometidos a uretroplastia término-terminal. La edad mediana fue de 41 años (rango entre 25 – 73 años).

Las dos causas etiológicas más frecuentes fueron la traumática y la iatrogénica con 7 casos cada una (33% cada una) seguida de la infecciosa con 5 casos y 2 casos de causa congénita. La longitud media de la estenosis fue de 2cm (entre 1 cm y 3,5 cm).

Presentaron manipulación previa uretral (dilataciones uretrales, uretrotomía interna, cystocath) 13 de los 21 pacientes (62%).

La estancia media fue de 4,5 días y el tiempo medio a la retirada de sonda fue de 21 días. Solo se presentaron 2 complicaciones en el postoperatorio inmediato (un paciente con hematoma perineal que se resolvió con tratamiento conservador y un paciente que presentó infección del tracto urinario bajo). El seguimiento medio fue de 30 meses (12 - 70 meses)

17 de los 21 pacientes intervenidos (81%) están actualmente asintomáticos y con buena evolución clínica. De los 4 restantes 1 paciente requirió uretrotomía interna y está actualmente asintomático y los otros 3 pacientes fueron sometidos a una nueva intervención quirúrgica de uretroplastia con mucosa oral (2 pacientes) o mucosa prepucial (1 paciente) con buena evolución.

3 pacientes (12,5%) sometidos a uretroplastia con colgajo de mucosa oral, con buenos resultados.

CONCLUSIONES

La cirugía de la uretra mediante la técnica de uretroplastia término-terminal es una técnica reproducible y con muy buenos resultados a medio y largo plazo pese a la alta incidencia de cirugía y manipulación uretral previa.

No se ha producido en ningún paciente acortamiento uretral que condicione incurvación peneana.

SEGUIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS MALLAS SINTÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA IUE FEMENINA, POR VÍA TRANSOBTURADORA

J.L.Rico; J.P.Morga; A.Sempere; M.Tomás; P.Valdelvira; L.O.Fontana

Servicio Urología. HGU Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN

La vía obturadora, descrita por Delorme (2001), para el implante de la banda libre de tensión en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) femenina, fue concebida con el fin de evitar la morbilidad, poco frecuente, pero asociada a la vía retropúbica (Uh.Ulmster,1995): perforación vesical, hemorragia, perforación intestinal. Diversas publicaciones recientes muestran que la vía obturadora no está exenta de morbilidad, siendo en ella las erosiones vaginales más frecuentes, con el consiguiente peligro de infecciones complicadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde noviembre/01 hasta junio/07, 216 pacientes, diagnosticadas de IUE pura, han sido tratadas en nuestro Servicio con bandas suburetrales libres de tensión, de las cuales 76 lo fueron por vía retropúbica y 140 por vía transobturadora.

Diverso materiales (mallas Tipo I, II y III de la clasificación de Amid) y vías de abordaje, fueron utilizados. La erosión de la banda es un problema conocido con el uso de materiales sintéticos inorgánicos. Analizamos su incidencia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento en relación con el material utilizado.

RESULTADOS

El 6,9% del total de pacientes (15/216) presentaron erosión vaginal. Por vía retropúbica se utilizó malla Tipo I en 36 p. (0% de erosión) y malla Tipo III en 40 p. (12,5% de erosión). Por vía transobturadora, en 101 p. empleamos malla Tipo I (2,9% de erosión) y malla Tipo II en 39 p. (17,9% de erosión). En 3 p. la erosión fue seguida de formación de abscesos, dos en cara interna del muslo y fosa obturadora y otro en espacio retropúbico, que obligaron a drenaje y retirada completa de la malla (los 3p. correspondían a mallas Tipo II y III).

CONCLUSIONES

- Los p. en los que se utilizó mallas Tipo II y III deben de ser revisadas ante el menor síntoma de leucorrea, disparemia, síndrome miccional, etc..
- En los casos de erosión vaginal de malla Tipo II-III se debe retirar completamente la malla.
- Las erosiones vaginales tras implante de mallas Tipo I pueden ser tratadas conservadoramente.
- Siempre se debe utilizar en los Cabestrillos suburetrales mallas Tip

SUPERVIVENCIA GLOBAL TRAS CISTECTOMÍA RADICAL EN PACIENTES AÑOSOS (2002-2004)

Maluff Torres, A; Escudero Bregante, J.F; López Rodríguez, P.A; Doñate Iñiguez, G; Ruiz Morcillo, J.C; López Cubillana, P; López López, A.I; Gómez Gómez, G.A; Pérez Albacete, M.

H.U. Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVOS

Objetivo primario: Valorar si la edad avanzada afecta a la supervivencia global tras cistectomía radical (CR) de intención curativa o paliativa. Objetivo secundario: estudio de supervivencia según estadio clínico y patológico (T, pT).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo, descriptivo de inferencial de una cohorte de 66 pacientes sometidos a cistectomía radical por tumor vesical infiltrante (T2-4) o tumor superficial de alto riesgo (T1G3 recidivante o cis sin respuesta a BCG) entre los años 2002 y 2004. El estadiaje clínico se ha realizado mediante RTU, exploración física y TC toraco-abdomino-pélvico. Para conocer la supervivencia global se ha realizado una revisión de las historias clínicas y se ha contactado telefónicamente con los pacientes para evaluar su estado actual en aquellos casos en los que la historia clínica ha sido insuficiente. Se ha realizado un estudio estadístico de supervivencia global según edad (0-74 vs >74 años) y según estadio clínico (T) y patológico (pT) mediante curvas de Kaplan-Meier con el paquete estadístico SPSS 12.0

RESULTADOS

Con un seguimiento de entre 30 y 74 meses, no se ha observado diferencia significativa entre la supervivencia de los pacientes añosos y los jóvenes (log rank test: $p=0.4914$). No existe diferencia significativa en la supervivencia global según estadio (log rank test $p=0.3925$). La supervivencia mediana a los 5 años según estadio patológico es del 76.9% en los pT0-2, 22.2% en los pT3 (33% si N(-) y 20% si N+) y <12% en los pT4.

CONCLUSIONES

La edad no es una contraindicación para la realización de cistectomía radical en nuestra serie. El estadio clínico tampoco es un parámetro fiable a la hora de rechazar la cirugía de intención curativa en nuestros pacientes.

CORRELACIÓN ENTRE EL TACTO RECTAL Y EL VOLUMEN PROSTÁTICO ECOGRÁFICO

Rosino Sánchez A., Rodríguez Tardido A., Izquierdo Morejón E., Honrubia Vilchez B., Hita Villaplana G., Guzmán Martínez-Valls P.L., Romero Hoyuela A., Miñana López B.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario "Morales Meseguer". Murcia

El tacto rectal es usado habitualmente por los urólogos, además de para detectar posibles neoplasias, para tener una estimación del volumen prostático. En el servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer se consideró interesante saber si la palpación es un método fiable en nuestro medio para este fin, cuál es el volumen medio prostático correspondiente a cada grado de volumen en el tacto y si había una variabilidad significativa entre los distintos urólogos del servicio al respecto.

Para este estudio se han incluido los datos de los informes de ecografía transrectal de las biopsias realizadas en el servicio en los últimos meses, siendo excluidos aquellos datos correspondientes a pacientes con tacto rectal patológico y/o PSA > a 20 ng/ml.

Se expondrán los resultados de los datos analizados que son: el volumen en el tacto rectal (que se gradúa de 1 a 4), las características del surco medio (presente, insinuado y borrado), quién realiza el tacto rectal y el volumen calculado en la ecografía transrectal.

DETECCION PRECOZ EN EL CARCINOMA PROSTÁTICO

Montes Díaz M.J., La Iglesia Cabrerizo JR, Bitsunov Bitsunova A, Moscatiello P, Hamwalet K, López Hernandez M.A. Hospital Rafael Méndez, Lorca.

El screening del cáncer de próstata posibilita una detección más temprana, así como un aumento del número de pacientes con tumores curables mediante tratamiento local intensivo, posibilitando la disminución de la mortalidad por cáncer y la tasa anual de incidencia de enfermedad diseminada.

En el periodo correspondiente a los 2 últimos años, comprendido entre el 15 de octubre de 2005 y el 15 de octubre de 2007, 337 pacientes fueron sometidos a biopsias randomizadas prostáticas bajo guía de la ecografía transrectal (3 biopsias en cada lóbulo). Los pacientes se seleccionaron teniendo en cuenta el tacto rectal y el PSA, utilizamos el límite de corte del PSA en 4 ng/dl (menor de 4 ng/dl si el TR era sospechoso), también tuvimos en cuenta el cociente PSA libre-total, la densidad de PSA y la velocidad de PSA.

Para predecir la evolución de los pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado que optan por someterse a la prostatectomía radical, utilizamos la combinación de los factores predictivos del estadio anatómopatológico y del riesgo de progresión después de la cirugía, como son el TR (estadio clínico TNM), el nivel sérico de PSA antes de la biopsia y el grado tumoral (puntaje de Gleason). Consideramos a los pacientes con una expectativa de vida de 10 años ó mayor y su estado general de salud.

De los 337 pacientes sometidos a biopsia prostática, a 128 (38%) se les diagnosticó carcinoma prostático, de los cuales 55 (43%) tenían un cáncer clínicamente localizado así como la edad y el estado general susceptible de tratamiento radical con intención curativa.

El 2,6% tenían un PSA menor de 4 ng/dl, de los cuales el 100% eran susceptibles de tratamiento radical.

El 51,9% tenían un PSA entre 4,1 ng/dl y 10 ng/dl, de los cuales el 62,7% eran susceptibles de tratamiento radical.

El 25,4% tenían un PSA entre 10,1 ng/dl y 20 ng/dl, de los cuales el 27,5% eran susceptibles de tratamiento radical.

El 20,17% tenían un PSA mayor de 20 ng/dl, de los cuales el 4,34% eran susceptibles de tratamiento radical.

El abanico de pacientes que se incluyen en cada centro para prostatectomía radical puede ser variable, siendo un aspecto importante la adecuada información al paciente del porcentaje estimado de curación según su estadio clínico.

En los últimos años cada vez es más la oferta por parte de los centros y la demanda por parte de los pacientes de la vía laparoscópica, ya que está demostrando sus ventajas en manos expertas.

Consideramos que se ha aumentado la detección precoz del cáncer de próstata en fase teóricamente curable mediante tratamiento radical, siendo fundamental la divulgación de la determinación sistemática del PSA a todo paciente que consulta en atención primaria por sintomatología prostática, así como incluirlo como un parámetro más en las determinaciones sanguíneas de rutina en pacientes mayores de 50 años, teniendo en cuenta también a los que han sido sometidos a cirugía prostática previa, ya que el nivel de PSA tiene el valor predictivo positivo más alto para el cáncer de próstata y éste aumenta si se combina con el TR.

NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA ASISTIDA POR LA MANO. NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL.

Moscatiello, P, la Iglesia Cabrerizo, R, Monte Diaz, M.J., Bitsunov, A, Hawatmeh, k. Servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca.

En febrero de 2005 el servicio de Urología del Hospital Rafael Méndez de Lorca, comenzó un programa de cirugía renal laparoscópica asistida por la mano para pacientes que precisaran cirugía real y que pudieran beneficiarse de una técnica menos invasiva que la clásica lumbotomía y laparotomía.

Hemos revisado un total de 31 pacientes con enfermedad renal y reno ureteral, diagnosticados y tratados en nuestro centro, desde febrero 2005 hasta septiembre de 2007. En la revisión de las historias clínicas valoramos los siguientes parámetros: patología, edad, sexo, enfermedades que pudieran contraindicar este tipo de cirugía, cirugías abdominales previas, tamaño renal, tiempo de quirófano, complicaciones postoperatorias, tiempo de movilización postoperatoria y tiempo de hospitalización.

RESULTADOS

El diagnóstico anatómopatológico ha sido de 13 tumores, 17 pielonefritis crónicas y 1 nefrocalcinosis. De los 13 tumores, 6 fueron uroteliomas y precisaron nefroureterectomía, 5 tumores de células renales, un sarcoma y un oncocitoma. La edad media de presentación clínica ha sido en el caso urotelial de 72,5 años con un rango de 65 hasta 84 y compuesto exclusivamente por varones. En el caso de Tms renales la edad media ha sido de 58,4 años con un rango de 35 a 84, 4 varones y un a mujer. El paciente de sarcoma presentaba 80 años y 68 años el diagnosticado de oncocitoma. Las 17 pielonefritis crónicas, fueron 11 obstructivas por litiasis de las cuales 2 eran coraliformes y una xantogranulomatosa. La edad media de la nefrectomía ha sido de 50 años con un rango de 30 a 73 años, la pielonefritis xantogranulomatosa presentaba una edad de 57 años.

El estado general fue valorado por el servicio de anestesia con una ASA media de II-III. Un único paciente presentó ASA IV y el fue un varón de 80 años con diagnóstico de sarcoma renal estadio pT3bN1M+.

El sangrado operatorio no ha precisado ninguna reconversión, aunque 4 pacientes fueron transfundidos los cuales presentaban patología tumoral y una paciente con pielonefritis xantogranulomatosa.

Las cirugías abdominales previas, tales como apendicectomías, histerectomías, colecistectomías, sigmoidectomías, cesáreas se presentaron en 7 casos, no siendo un obstáculo para este tipo de cirugía, solo se precisó liberación de adherencias influyendo en un tiempo quirúrgico algo más prolongado.

El tamaño renal ha sido muy variable, desde los 6 cm en caso de pielonefritis crónicas a los 20.22 cm de patologías tumorales. En uno caso nos encontramos afectada la vena renal.

El tiempo quirúrgico medio total incluido el tiempo anestésico ha sido de 105 minutos para las nefrectomías simples con un rango de 60-180 minutos y de 114 minutos para las 6 nefroureterectomías al tener que asociar la desinserción endoscópica del ureter.

Las complicaciones postoperatorias se han presentado en 14 casos, necesitando sonda nasogastrica en 10 pacientes por íleo paralítico. 3 pacientes han presentado infección de la herida quirúrgica, un paciente presentó crisis de angina y un paciente neumonía.

La movilización ha sido de media a las 36 horas con un rango de 24 a 96 horas. La hospitalización media ha sido de 8 días con un rango de 4 a 13 días

CARCINOMA UROTELIAL EN RIÑÓN EN HERRADURA

Servicio de Urología. Hospital Santa María del Rosell

EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO EN GLANDE

Diferentes formas de presentación.

M. Tomás Ros, A. Hernández-Gil, J. P. Morga Egea, P. Valdelvira Nadal, J. L. Rico Galiano, A. Sempere Gutiérrez, L. O. Fontana Compiano.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

HIDRADENITIS SUPURATIVA ESCROTO-PERINEAL

J.L.Rico; J.P.Morga; A.Sempere; M.Tomás; P.Valdelvira; L.O.Fontana

Servicio Urología. HGU Reina Sofía. Murcia.

41 Congreso Urología de la Asociación Valenciana y Murciana, Castellón 2007



SISTEMA DE ALMACENAMIENTO Y VISUALIZACIÓN DE IMÁGENES RIS-PACS, EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA.

M. Tomás Ros, A. Sempere Gutiérrez, J.L. Rico Galiano, J.P. Morga Egea, P. Valdevira Nadal y L.O. Fontana Compiano. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

ANTECEDENTES

El diagnóstico por imagen tiene una importancia básica en nuestra especialidad. Gran parte de nuestras decisiones clínicas se llevan a cabo tras visualizar un estudio radiológico. La calidad y posibilidad del tratamiento de las imágenes y la agilidad en la adquisición de las

mismas por parte del clínico, pueden tener gran repercusión sobre la tarea asistencial.

OBJETIVOS

Analizar las posibilidades de utilización, prestaciones y repercusiones de un sistema de almacenamiento y visualización de imágenes RIS (sistema de información radiológico) y PACS (sistema de archivo y recuperación de imágenes), en un Servicio de Urología (Hospital General Universitario Reina Sofía).

MATERIAL Y MÉTODOS

Búsqueda electrónica de web´s y artículos relacionados con los sistemas RIS-PAC. Entrevista con personal responsable en nuestro centro del RIS webs link de Siemens y con técnicos del sistema PACS de Philips España.

RESULTADOS

La disponibilidad de un sistema de información radiológico en un Servicio de Urología (RIS weblink), no solo va a permitir la adecuación de los recursos disponibles para la realización de las exploraciones, además va a facilitar la introducción de los datos identificativos de los pacientes, la programación de exploraciones de acuerdo al catálogo de prestaciones definido (cartera de servicios). Permite el control de asistencia de los pacientes, la identificación de los profesionales que realizan la exploración y la de los radiólogos que la informan, también de los facultativos que lo consultan. Se garantiza la confidencialidad y custodia de los estudios. Es posible la interconexión adecuada con otros sistemas digitales (imagen

endoscópica, urodinámica, etc.) y a los programas de gestión de historias clínicas como SELENE. Asimismo, el sistema tiene una serie de ventajas desde el punto de vista de la organización, pues desaparece el espacio reservado para el archivo radiológico de historias clínicas, que en gran parte es ocupado por el; disminuye la necesidad de organizar, archivar, custodiar y transportar las radiografías (y la historia clínica) a las diferentes consultas

y servicios, y evita el deterioro, extravío y confusión de la placa. El control exhaustivo de todos los estudios realizados de cada paciente, evita repetir estudios.

CONCLUSIONES

El Sistema de almacenamiento y visualización de imágenes RIS-PACS es una herramienta única, en el ámbito uroradiológico, y en el conjunto de toda la Calidad Asistencial Hospitalaria.

INSTAURACIÓN DE UN PROGRAMA DE LAPAROSCOPIA EN UN HOSPITAL DE NIVEL II.

A. Rodríguez Tardido, E. Izquierdo Morejón, A. Rosino Sánchez, B. Honrubia Vilchez, G. Hita Villaplana, P.L. Guzmán Martínez-Valls, A. Romero Hoyuela, B. Miñana López.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, las técnicas laparoscópicas en el mundo urológico ya están consolidadas a pesar de su introducción relativamente tarde debido, entre otros motivos, a la falta de una técnica sencilla que permita al cirujano instruirse en las mismas de una manera progresiva, con la consecuente dificultad para su implantación generalizada.

Cuando se inicia un programa de laparoscopia, lo habitual viene siendo comenzar por la realización de nefrectomías o linfadenectomías debido a su menor dificultad en comparación con otros procesos como la prostatectomía radical o la cistectomía.

En nuestro caso, debido al mayor número volumen de cáncer de próstata, se decidió comenzar por la prostatectomía radical. Describimos el método de implantación de la misma en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se asignan de forma fija dos urólogos para comenzar con el programa, alternándose cada vez como cirujanos principales. Cada uno de ellos realiza previamente cursos de adiestramientos en animales porcinos y una estancia de 1 mes en un centro de referencia en cirugía laparoscópica extranjero. Como parte de la formación se incluyó la realización de prostatectomías laparoscópicas con varios cirujanos experimentados en nuestro quirófano.

Además se establecen una serie de puntos:

- realizar la "D2reconversión programada" D3 en caso de prolongación del tiempo quirúrgico,
- selección de pacientes adecuados,
- día de quirófano fijo y mismo personal de enfermería.

RESULTADOS

Se inician un total de 33 prostatectomías radicales laparoscópicas de las cuales se concluyen por esta vía 19. En cuanto a la evolución de los resultados obtenidos en la curva de aprendizaje, hemos de decir que se produjo la reconversión de las 14 primeras (7 por cada cirujano) y en todos los casos por el acuerdo con anestesia de no exceder el tiempo quirúrgico más allá de las tres de la tarde; a partir de ese número no fue necesario ninguna reconversión. La evolución del tiempo quirúrgico se ha estabilizado actualmente en 4 horas. Así mismo, la estancia media se reduce al 3er y/o 4º día postoperatorio Si nos referimos a las complicaciones, se realizaron dos reintervenciones debido a sangrado, y ocurrió 1 fuga de orina por obstrucción de la sonda.

A partir de las 20 primeras prostatectomías (10-11 por cada cirujano) no encontramos complicaciones, consiguiendo la estandarización de la técnica.

DISCUSIÓN

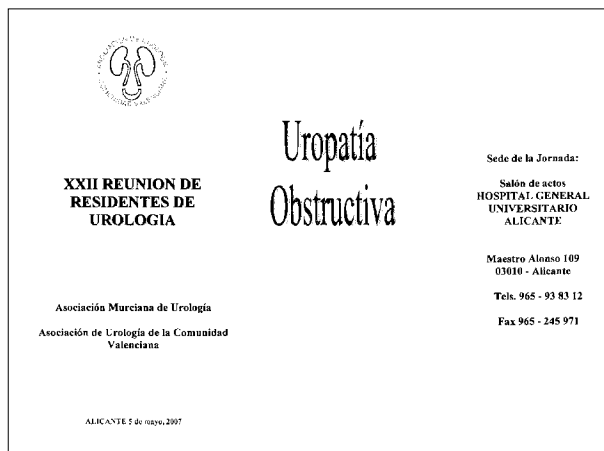
Los resultados obtenidos en la curva de aprendizaje nos muestran que con dos cirujanos experimentados y entrenados previamente (lo cual es fundamental), se pueden obtener mejores resultados que lo publicado hasta ahora para la prostatectomía radical laparoscópica (unos 20-50 casos para completar la curva de aprendizaje).

Además también creemos de vital importancia que se sigan los siguientes puntos para conseguir una correcta implantación de la prostatectomía radical laparoscópica:

- la realización de la reconversión programada para evitar complicaciones y riesgos innecesarios a los pacientes.
- participación de un equipo reducido tanto de anestesia y enfermería como de urología.
- implicar a los residentes de forma activa e iniciar su adiestramiento una vez alcanzado el nivel adecuado

Actividades científicas

AUSPICIADAS POR LA AMU Y AQUELLAS EN LAS QUE HAN PARTICIPADO SUS MIEMBROS EN EL 2007



XXII REUNIÓN DE RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA Y LA DE LA COMUNIDAD DE VALENCIA

Se celebró en el salón de actos del Hospital General Universitario de Alicante, el 5 de mayo de 2007, presidida por el jefe del servicio de Urología Dr. Juan José Lobato Encinas, bajo el tema Uropatía obstruictiva, de Murcia tomaron parte del Hospital Morales Meseguer, el Dr. Emilio Izquierdo Morejón con la ponencia Uropatía del reflujo vésico ureteral y del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, el Dr. Pedro Ángel López López con el tema Fibrosis retroperitoneal.

CURSO DE DOCTORADO AVANCES EN UROLOGÍA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA.

Tuvo lugar a lo largo del mes de junio, en el aula de la Facultad ubicado en el Hospital Virgen

de la Arrixaca, bajo la dirección de los profesores Drs. Pérez Albacete, Gómez Gómez y Server Pastor, responsables de la docencia urológica en la Universidad de Murcia. Se expusieron los temas Tumor de urotelio, Cirugía mínimamente invasiva, Trastornos urodinámicos, Patología del suelo pélvico y Oncología urológica, impartidos por varios profesores invitados.

I CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

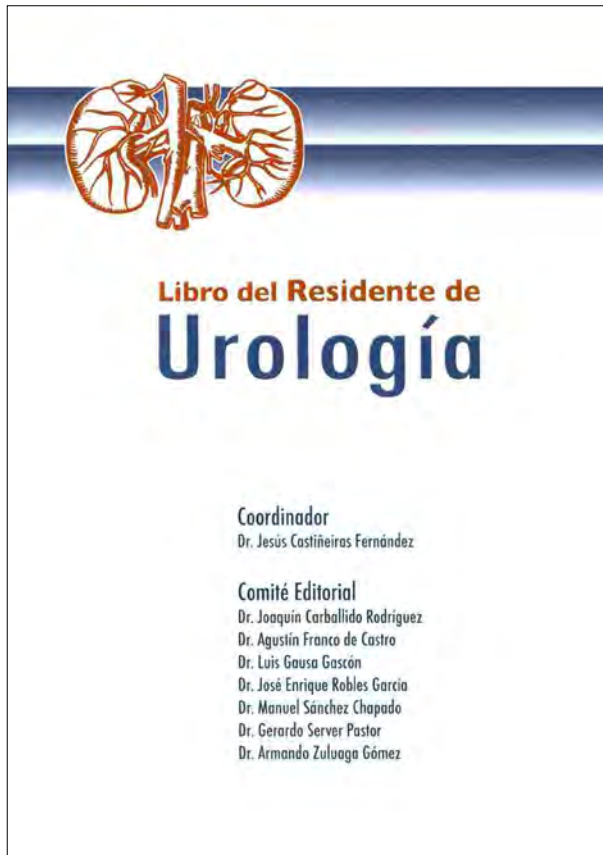
Se ha desarrollado en Madrid del 9 al 11 de octubre, proyecto en el que la Junta Directiva se ha volcado para darle la mayor altura y para que sirva como referencia para actualizar todos los temas de interés. Se solicitó la participación de los servicios de Urología de los distintos hospitales del país, entre los que fue seleccionado el Morales Meseguer de Murcia, desde donde se difundieron en directo, por vía satélite, dos operaciones renales de litotricia realizadas por los profesores invitados, el zaragozano Dr. Valdivia Uría y el alemán Dr. Sven Lahme, para lo que utilizaron el nuevo equipo de láser Holmium, con el que ha sido dotado, junto con el de Virgen de la Arrixaca, por el Servicio Murciano de Salud





II JORNADA DE ÉTICA EN UROLOGÍA

Organizada por la Oficina de Ética, de la Asociación Española de Urología, de la que forma parte el Dr. Antonio Romero Hoyuela, quien desarrolló la ponencia Controversias: ¿Es necesario un protocolo?, tuvo lugar en Madrid, el día 26 de octubre.



LIBRO DEL RESIDENTE DE UROLOGÍA

Ha sido escrito por los médicos en formación de los Hospitales acreditados para la docencia y editado por la Asociación Española de Urología bajo la coordinación del Dr. Jesús Castiñeiras Fernández y de un comité editorial, en el que participó el Dr. Gerardo Server Pastor; de Murcia el Dr. Alejandro Maluff Torres ha desarrollado el primer capítulo, Hechos trascendentales en la Historia de la Urología, y la Dra. Ana Isabel López López el treinta y siete, Infecciones específicas: tuberculosis, VIH y brucelosis; ambos temas supervisados por el Dr. Server Pastor como tutor de residentes y por el Dr. Pérez Albacete como jefe de servicio del H. Universitario Virgen de la Arrixaca; del H. Morales Meseguer, la Dra. Almudena Rodríguez Tardido ha realizado el cincuenta y uno, Patología intraescrotal benigna, bajo la dirección de los Drs. Pablo Luis Guzmán Martínez Valls como tutor y Bernardino Miñana López como responsable del servicio.

XXIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA UROLÓGICA

Se ha desarrollado en Murcia, entre los días 17 al 19 de octubre, organizado por el equipo de enfermería del servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, bajo la presidencia de Honor de S.A.R. el Príncipe de Asturias. El comité técnico ha sido dirigido por el Sr. D. Félix Peñalver Peñalver con la colaboración de D^a. Pepa Muñoz Martínez como secretaria general y D^a. Ana María Díaz Martínez, tesorera, con la colaboración del resto de los enfermeros del servicio y de los de Urología de los Hospitales de la ciudad, fue nombrado presidente de honor, el Sr. D. José Valverde Torres, primer practicante, que en nuestra Comunidad, ha ejercido exclusivamente como enfermero dedicado de lleno a la Urología en el Hospital Virgen de la Arrixaca, actualmente jubilado, además del Dr. Pérez Albacete, quien abrió el programa de trabajo con una conferencia sobre la evolución histórica de la enfermería urológica.

Inaugurado por la Excm. Consejera de Sanidad, D^a. María de los Ángeles Palacios Sánchez, con el tema de trabajo Retos de la enfermería Urológica en el siglo XXI y con la asistencia de más de trescientos inscritos, de enfermeros de Urología de los

Hospitales de todo el país, se presentaron veinticinco comunicaciones libres y sesenta póster que fueron expuestos a lo largo de los tres días que duró el congreso, además de dos mesas redondas y un taller de trabajo sobre “Nuevas tecnologías. Una

unidad de litotricia” desarrollado por el equipo urológico del Hospital Reina Sofía de Murcia. Destacaron por su alta calidad dentro de las seis ponencias programadas la pronunciada por D^a María Ruzafa Martínez, subdirectora de Enfermería de la Escuela de la Universidad de Murcia, sobre “Investigación en enfermería urológica”, la de D^a. Rosa Blanco Herrera, coordinadora de trasplantes del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca sobre “Proceso de donación y trasplante de órganos. Actuación de enfermería y

gestión del proceso en el trasplante renal”, la de D^a. Paloma Echeverría Pérez, directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia “Situación de los nuevos títulos de grado y postgrado” y como colofón la magistral conferencia del murciano Dr. D. Damián García Olmo, cirujano proctológico y director de la Unidad de Terapia celular del Hospital La Paz de Madrid “Suelo pélvico. Células madre aplicadas a la incontinencia urinaria”



ACTIVIDADES PREVISTAS PARA EL 2008



XX REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE LITIASIS, ENDOSCOPIA Y LAPAROSCOPIA URINARIA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Organizado por el servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca y la colaboración de los del Morales Meseguer y del Reina Sofía de Murcia, y presidido por el Dr. Pérez Albacete, tendrá lugar los días 31 de enero y 1 de febrero en el hotel Nelva de la capital. En él se conmemorará el XXV aniversario de la creación de los grupos y, en el amplio programa establecido, se debatirán los temas de mayor actualidad en conferencias, debates cara a cara así como el punto de vista y la opinión del experto, por un nutrido grupo de profesores invitados.

CONMEMORACIÓN DEL XL ANIVERSARIO DE LA CREACIÓN DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (1968-2008)

Se celebrará con un acto científico cuyo programa se encuentra en elaboración y en el que esperamos la participación de cuantos profesionales sanitarios han ejercido en el centro a lo largo de estos años.

LA OFICINA DE HISTORIA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Coordinada por el Dr. Pérez Albacete, tiene previsto desarrollar un curso formativo para urólogos interesados en la investigación histórica, que tendrá lugar en Madrid en la sede de la AEU en el próximo mes de octubre.

Premio Salvador Pascual 2006

BIOPSIAS BAJO ANESTESIA

Escudero Bregante J F, López Cubillana P, López López A I, Maluff Torres A, López González P A, Cao Avellaneda E, Prieto González A, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Gómez Gómez G, Pérez Albacete M. Servicio de Urología Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

La biopsia es la prueba diagnóstica de elección en el cáncer de próstata. Los protocolos de biopsias han sufrido modificaciones, existiendo una tendencia a aumentar el número de cilindros extraídos en cada muestra con el fin de aumentar la rentabilidad diagnóstica de esta técnica. Esto significa un aumento de la agresividad de la prueba, con menor tolerancia por parte del paciente, por lo que ha sido necesario el uso de técnicas de anestesia para minimizar estas molestias.

OBJETIVO

Validar nuestro sistema de anestesia local.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recogido los datos de **162 pacientes** consecutivos sometidos a biopsia prostática entre los meses de agosto de 2005 y mayo de 2006 por presenta elevación de PSA. Se realizó una división de los pacientes en dos grupos (con y sin anestesia). La asignación de cada paciente a cada uno de los grupos se hizo de forma aleatoria mediante el lanzamiento de moneda al aire. Los pacientes quedaron distribuidos de la siguiente forma:

- 77 pacientes en el grupo A (sin anestesia) y
- 85 pacientes en el grupo B (con anestesia).

Se recogieron en todos lo pacientes los datos de filiación, nivel de PSA,... (figura 1). Además de estos datos, se incluyó una escala analógico-visual sobre el dolor que la realización de la prueba había ocasionado a los pacientes (figura 2).

El anestésico utilizado fue mepivacaina al 2%, administrada bajo control ecográfica a nivel del pedículo vasculo-nervioso prostático, en la zona conocida ecográficamente como "signo del Monte Everest". Se administraron 5cc de anestésico en cada pedículo. Tras 5 minutos de espera se procedía a la realización de la biopsia. Tras esta, los pacientes respondían al cuestionario sobre el dolor. Este cuestionario era realizado por un evaluador externo al procedimiento y que por lo tanto desconocía si el paciente había recibido, o no, anestesia.

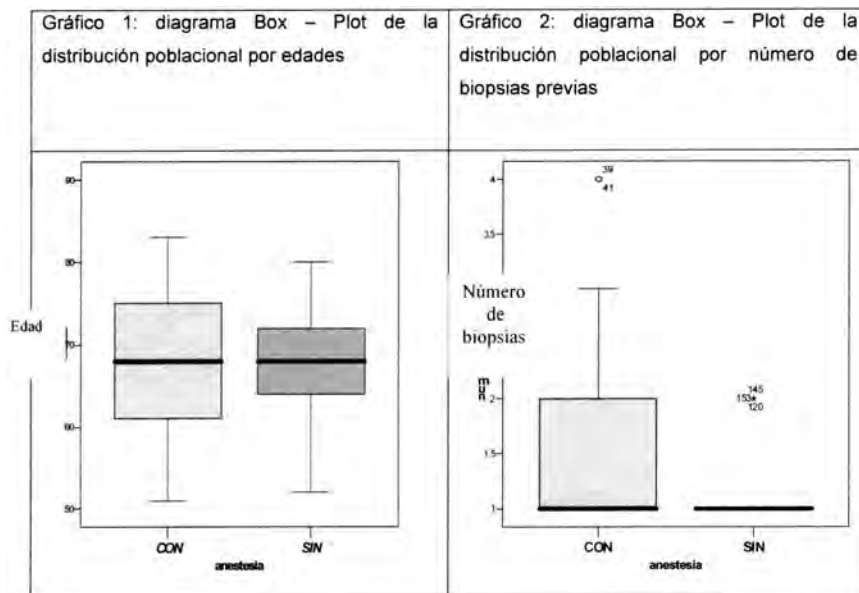
Se realizó un análisis de la homogeneidad poblacional en ambos grupos previo al estudio comparativo del dolor. Posteriormente se practicó un estudio comparativo de este parámetro mediante el test de t de Student. Todos los análisis estadísticos se han practicado mediante el paquete estadístico SPSS 12.0



RESULTADOS

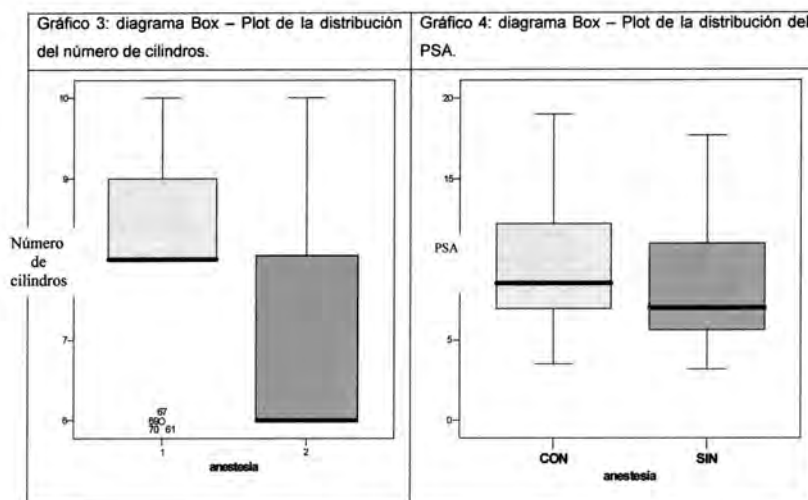
HOMOGENIDAD POBLACIONAL:

La **edad** media en el grupo A era de 67,38 años (IC95%: 65,13-69,62) y en el grupo B de 66,07 años (IC95%: 65,43-70,62), sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,504$). (gráfico 1). El **número de biopsias** previas fue de 1,19 (IC95%: 1,06 – 1,32) en el grupo A (sin anestesia) y 1,56 biopsias (IC95%: 1,29 - 1,82) para el grupo B, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 0,341$). (gráfico 2)



El **número de cilindros** tomados fue de 7,35 (IC95%: 6,91- 7,8) en los pacientes del grupo A y 8,2 cilindros (IC95%: 7,84– 8,56) en los del grupo B, con diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0,0001$). Esto significa que se tomaron más cilindros en los pacientes a los que se realizó la prueba con anestesia. La distribución de la serie se puede apreciar gráficamente en el diagrama Box - Plot (gráfico 3).

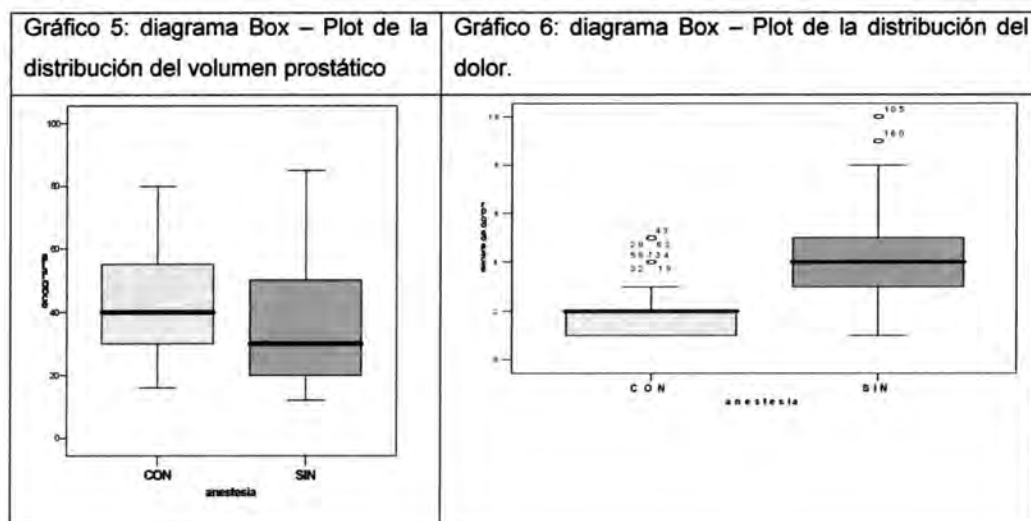
El nivel de **PSA** fue de 13,05 ng/ml (IC95%: 7,20- 18,90 ng/ml) en los pacientes del grupo A (sin anestesia) y 13,42 ng/ml (IC95%: 8,70 – 18,13 ng/ml) en los pacientes del grupo B no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con una ($p = 0,303$). La distribución de la serie se puede apreciar gráficamente en el diagrama Box - Plot (gráfico 4)



El **volumen prostático** fue de 40,05 cc (IC95%: 29,17 – 50,94 cc) en los pacientes del grupo A y 43,96 cc (IC95%: 36,61 – 51,30 cc) para el grupo B, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (**p = 0,412**). (gráfico 5).

EVALUACIÓN DEL DOLOR:

En cuanto a la **evaluación del dolor**, medido mediante la escala analógico-visual que puntúa de 1 a 10, en función de cada grupo obtuvimos que la media de dolor para el grupo A (sin anestesia) fue de 4,13 puntos con un IC95%: 3,71 – 4,56 puntos, mientras que para el grupo B la media de dolor fue de 1,87 puntos con un IC95%: 1,64 - 2,11 puntos, existiendo entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con una **P < 0,0001**. La distribución de la serie se puede apreciar gráficamente en el diagrama Box – Plot (gráfico 6)



DISCUSIÓN

En el momento actual el diagnóstico de cáncer de próstata sigue siendo un problema dado que la única forma de diagnóstico de certeza de la enfermedad es la biopsia de próstata, y esta técnica aunque poco invasiva no está exenta de complicaciones, además de que la rentabilidad de la prueba no es excesivamente alta como muestran series como la de Schröder et al, en el Estudio Randomizado Europeo de Screening del Cáncer de Próstata (ERSPC), en la rama de Países Bajos que habla de una positividad de entorno a un 29,2%, o series como la de Gore et al, que habla de una rentabilidad del 24% con la biopsia sextante; esta poca rentabilidad conlleva un aumento en el número de rebiopsias a fin de intentar diagnosticar la mayor parte de los pacientes con cáncer de próstata (1,2).

Existe por ello una tendencia al abandono de la técnica descrita por Hodge de biopsia sextante, quedando esta para pacientes con PSA > 10 ng/ml y un nódulo palpable, además recientes estudios hablan de que la tasa de detección decrece conforme lo hace el número de cilindros (3).

Actualmente se imponen nuevos protocolos con biopsias ampliadas obteniendo más muestras con el fin de aumentar la rentabilidad de la prueba minimizando la morbilidad para el paciente. Pese a que esta idea de aumentar el número de cilindros parece estar clara no existe un acuerdo en cuál es el número total de cilindros que hay que obtener y existen muchos protocolos y esquemas como el nomograma de Viena de Djavan et al que valora a cada paciente en función de la edad, PSA, volumen prostático (4), o esquemas como el de Eskew et al que hablan de un protocolo de biopsia sistemática de las 5 regiones, consistente en una biopsia sextante tradicional con muestras de la zona lateral y central de la glándula, con este protocolo de 13 a 18 cilindros obtienen 35% más de detección que la biopsia sextante tradicional (5), existen muchos otros estudios como los de Gore JL y Chang JJ en los que se habla de un aumento en la detección

del cáncer de próstata de un 24 – 36% por el hecho de aumentar de 6 cilindros a 10 – 12 (2,6). En nuestro caso adoptamos un sistema de biopsia ampliada consistente en tomar 10 cilindros (5 a cada lado) realizando la biopsia sextante clásica con cuatro cilindros más 2 cerca del ápex y 2 en zona periférica cerca de la base.

Pese a no estar claro cual es el mejor protocolo de biopsia, en lo que si parece haber acuerdo es que este aumento en el número de muestras conlleva un aumento de la morbilidad para el paciente, ya desde el mismo instante de la realización de la prueba debido al dolor que ocasionan las punciones para obtener las muestras, por ello son muchos los autores y estudios como Matlaga et al, Pareek et al, Seymour et al, Rodríguez et al, Adamakis et al, etcétera, que hablan de la necesidad de anestesia local y de sus claras ventajas frente a placebo o a la aplicación intrarrectal de gel anestésico. En este punto las Guías Clínicas Europeas de Urología son claras y hablan de la necesidad de usar anestesia local y también hablan de que de los varios métodos analizados el uso de la inyección periprostática de anestésico local parece la mejor por que combina eficacia alta, fácil aplicación y baja tasa de complicaciones (7).

Nosotros coincidimos también en este punto, ya que como hemos demostrado en nuestro estudio existe una diferencia estadísticamente significativa entre realizar la biopsia con anestésico y realizarla sin él, con una disminución del dolor desde un dolor moderado cuando se hace sin anestesia a un dolor leve cuando se realiza con anestesia

CONCLUSIONES

Podemos concluir que la biopsia prostática con anestesia local es significativamente mejor tolerada que la biopsia sin anestesia

También podemos decir que gracias al uso de anestesia local es posible aumentar el número de cilindros de cada biopsia disminuyendo además la morbilidad de paciente en lo que al dolor se refiere.

Este aumento del número de cilindros posibilita un aumento de la rentabilidad de la biopsia

REFERENCIAS

1. Schröder et al. Prostat – specific antigen – based early detection of prostate cancer – validation of screening without rectal examination. *Urology* 2001 enero; 57 (1): 83-90.
2. Gore JL, et al. Optimal combinations of systematic sextant and laterally directed biopsies for the detection of prostate cancer. *J Urol* 2001; 165: 1554–9.
3. Hodge KK, McNeal JE, Terris MK, Stamey TA. Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate. *J Urol* 1989; 142(1):71-74, discussion 74-75.
4. Djavan B et al. Prostate biopsy: who, how and when. An update. *Canadian Journal of Urology*. 2005 Febrero; 12 (1):44-8.
5. Eskew LA, Bare RL, McCullough DL. Systemic 5 region prostate biopsy is superior to sextant method for diagnosing carcinoma of the prostate. *J Urol* 1997; 157(1):199-202.
6. Chang JJ et al. Prospective evaluation of lateral biopsies of the peripheral zone for prostate cancer detection. *J Urol* 1998; 160: 2111–4.
7. A. Heidenreich, G. Aus, C.C. Abbou, M. Bolla, S. Joniau, V. Matveev, H-P. Schmid, F. Zattoni Guidelines on Prostate Cancer. *European Association of Urology* 2007

Premio Gerardo Server 2006

CÓLICO NEFRÍTICO POR MIGRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

Doñate Iñiguez G, Tornero Ruiz J, López López A I, Maluff Torres A, Escudero Bregante JF, López González P.A, Nicolás Torralba J.A, Rigabert Montiel M, Cao Avellaneda E, Gómez Gómez G, Pérez Albacete M.

CASO CLÍNICO

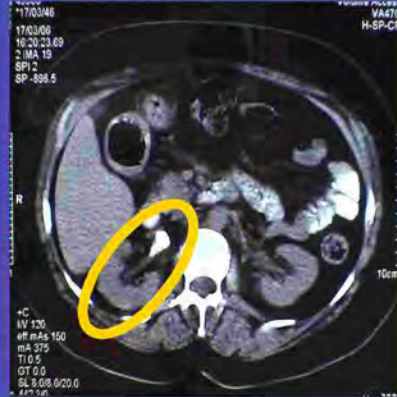
Mujer de 60 años remitida a Consulta de Urología por cuadro de polaquiuria, disuria y molestias lumbares inespecíficas de dos años de evolución. Ha sido tratada por su médico de familia con antibióticos, antiinflamatorios y estrógenos vaginales sin mejoría clínica.

Figura 1



La analítica general no muestra alteraciones y el urocultivo resulta negativo. La ecografía renal objetiva una imagen sugestiva de litiasis renal derecha sin hidronefrosis. La radiografía de abdomen (figura 1), muestra una imagen alargada de densidad cálcica en silueta renal derecha. Se realiza TAC abdominopélvico que evidencia litiasis pseudocoraliforme en pelvis y cáliz inferior de riñón derecho sin ectasia de la vía (figura 2).

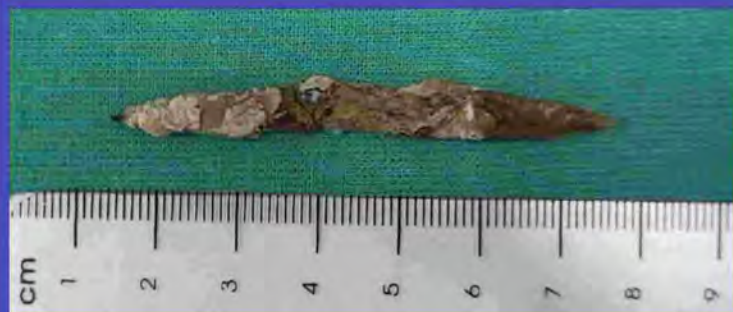
Figura 2



Ante la rareza en la forma litiásica se incide en la anamnesis y la paciente refiere haber tragado hacia 27 años un mondadientes de forma accidental, motivo por el cual consultó una semana después por hematuria macroscópica. Se realizó estudio mediante Rx simple en la que no se apreciaron hallazgos patológicos (figura 3) así como urografía intravenosa en la que se evidenció la existencia de un ureteroceles bilateral no obstructivo.

Con el diagnóstico de presunción de cuerpo extraño intrarrenal calcificado –probablemente migrado desde duodeno- se decide realizar nefrolitotomía percutánea para su extracción, previa comprobación mediante ureterorenoscopia que la litiasis estaba libre en la vía hueca.

Figura 3



A los 3 meses de la cirugía percutánea la paciente evoluciona favorablemente, sin clínica miccional y sin evidenciarse mediante urografía restos litiásicos en riñón derecho.

DISCUSIÓN

La presencia de un cuerpo extraño intrarrenal es un hallazgo poco frecuente. La mayor parte de los casos se trata de material quirúrgico remanente a cirugías previas, o instrumentación de la vía urinaria con catéteres o sondas de nefrostomía que se rompen accidentalmente en su manipulación. Mucho menos frecuente es la migración de cuerpos extraños desde el tracto gastrointestinal a la vía urinaria. En estos casos, la anamnesis constituye un pilar fundamental para llegar al diagnóstico. El abordaje percutáneo resultó una opción adecuada para extraer la litiasis en su totalidad minimizando la morbilidad.

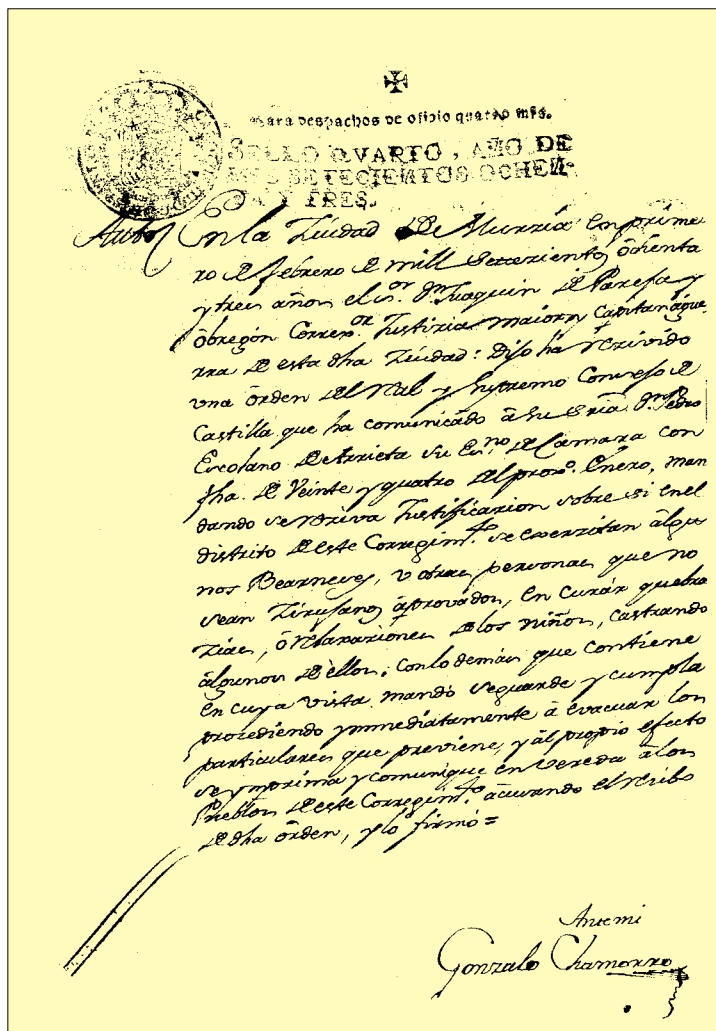
Prohibición de castrar. Real Orden de 1783

En la búsqueda de documentos urológicos que tengan relación con nuestra comunidad encontramos, entre los legajos existentes en la biblioteca municipal, una Orden del Real Consejo, fechada en 1783 y remitida al corregidor de la ciudad de Murcia, en la que se prohíbe castrar a los niños como medio para solucionar las hernias inguinales y que, por considerarla interesante, dada la fecha en la que está hecha, la reproducimos.

Sabido es que la práctica manual, como era considerada la cirugía, era despreciada por los médicos y que en las universidades su enseñanza consistía únicamente en leer las obras de los clásicos y la Cirugía Magna de Guido de Cauliaco, escrita en 1364; no se realizaban disecciones ni tenía lugar actuación operatoria alguna por lo que la preparación de los así formados era nula, además de que, por lo general, su intervención se encontraba sometida al mandato del galeno por ello eran pocos los ciru-

janos latinos; la atención a estas patologías se hallaba en manos de los cirujanos-barberos, gentes sin estudios que aprendían de sus mayores el oficio y quienes tenían que pasar unas pruebas ante el Protobarberato para poder ejercer, pese a ello el escaso número de concededores del arte de la heriotomía sin castración hacía que ésta fuera casi una norma dadas las limitadas nociones anatómicas y quirúrgicas que poseían.

Pedro Virgili (1699-1776), con la fundación de los Reales Colegios de Cirugía en 1750, puso fin a esta situación y consiguió renovar los estudios quirúrgicos y formar cirujanos bien preparados con lo que elevó su categoría y su consideración profesional y logró que se modificase el panorama quirúrgico gracias a una generación de cirujanos con conocimientos tanto morfológicos como de las técnicas operatorias y habilidosos en su práctica.



1783

Año 2 1783.

Omn. del R. Consejo prohibiendo que los Bearneses ni otras personas se yntrometan à Castrar niños, ni en Curaciones de quebradas H.^a



EN representacion de 15 de este mes se ha hecho presente al Consejo por el Illmo. Señor Fiscal Conde de Campomanes, que por el descuido ó ignorancia de las Comadres ó Parteras, nacen quebrados muchos niños en las Provincias de Búrgos, Palencia, Leon y ótras; que, como remedio de este mal, abusan varios Curanderos Bearneses, castrando los niños que con mayor facilidad, y sin daño del Estado, podrian ser socorridos con bragueros y otros medios conocidos en la Cirugía, lamentándose muchas personas zelosas y amantes del bien comun, del abuso que hacen dichos Bearneses en perjuicio de la Poblacion. Y que siendo esta materia mui digna de que se examinase, no podía dexar de manifestarlo al Consejo, con las providencias que estimaba convenientes se tomasen, para que desde luego se atajase el mal, y preparase el remedio sólido.

El Consejo, en vista de dicha representacion,

ha acordado, entre otras cosas, que V. reciba justificacion sobre este abuso en el distrito de ese Corregimiento, así de parte de los citados Bearneses, como de otros qualesquiera, que sin profesar la Cirugía, ni estar examinados por los Proto-Cirujanos, se atreven á castrar los niños, á pretexto de estar aprobados; y constando de la certeza, publique V. bando prohibiendo este abuso, con la prevencion de que la curacion de los quebrados se ha de hacer precisamente con direccion de Cirujano aprobado, y apercibidos con prision y destino á las armas por ocho años á los que contravinieren por la primera vez, disponiendo V. que en cada Pueblo de ese Corregimiento se fixe Edicto impreso, y se copie en los libros de Ayuntamiento, y quedándose con las diligencias originales, remita V. copia integra de ellas al Consejo.

Ademas de esta providencia, y deseando el Consejo que por medios conocidos se curen las quebraduras en todas las Provincias del Reino, ha hecho el

Orden del Real Consejo prohibiendo que los Bearneses ni otras personas se prometan á Castrar Niños, ni en Curaciones de quebranzias.

En representacion de 15 de este mes se ha hecho presente al Consejo por el Illmo. Señor Fiscal Conde de Campomanes, que por el descuido ó ignorancia de las Comadres ó Parteras, nacen quebrados muchos niños en las Provincias de Burgos, Palencia, León y otras; que, como remedio de este mal, abusan varios Curanderos Bearneses, castrando los niños que con mayor facilidad, y sin daño del Estado, podrían ser socorridos con bragueros y otros medios conocidos en la Cirugía, lamentándose muchas personas zelosas y amantes del bien común, del abuso que hacen dichos Bearneses en perjuicio de la población. Y que siendo esta materia mui digna de que se exâminase, no podía dexar de manifestarlo al Consejo, con las providencias que estimaba convenientes se tomasen, para que desde luego se atajase el mal, y preparase el remedio sólido.

El Consejo, en vista de dicha representación, ha acordado, entre otras cosas, que V. reciba justificación sobre este abuso en el distrito de ese Corregimiento, así como de otros cualesquiera, que sin profesar la Cirugía, ni estar exâminados por los Proto-Cirujanos, se atreven á castrar los niños, á pretexto de estar aprobados; y constando de la

certeza, publique V. bando prohibiendo este abuso, con la prevención de que la curación de los quebrados se ha de hacer precisamente con dirección de Cirujano aprobado, y apercebidos con prisión y destino á las armas por ocho años á los que contravinieren por la primera vez, disponiendo V. que en cada Pueblo de ese Corregimiento se fixe Edicto impreso,

y se copie en los libros de Ayuntamiento, y, quedándose con las diligencias originales, remita V. copia íntegra de ellas al Consejo.

Ademas de esta providencia, y deseando el Consejo que por medios conocidos se curen las quebraduras en todas las Provincias del Reino, ha hecho el debido encargo á los Alcaldes Mayores de Cirugía del Proto-Medicato, para que dispongan se forme un tratado de estas curaciones, prescribiendo en él las precauciones necesarias, que sirva de norma á los Cirujanos, y se haga familiar su conocimiento á las Comadres que, por no saber tratar bien las criaturas al tiempo de nacer, dan ocasión á que

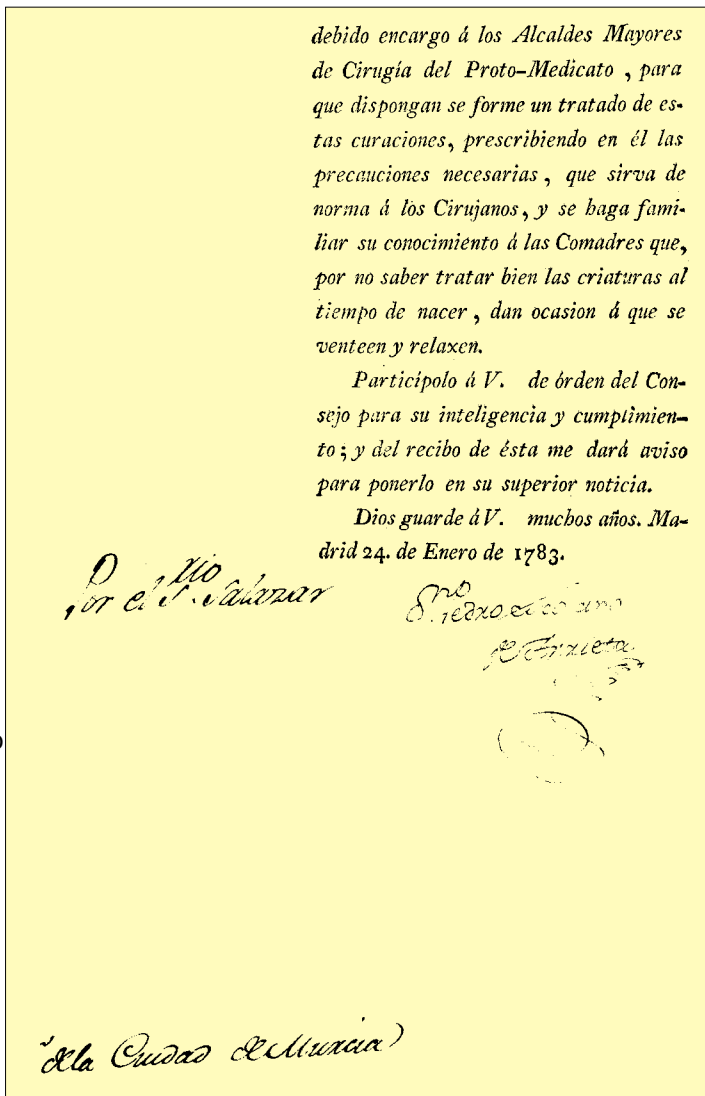
se venteen y relaxen.

Participolo á V. de orden del Consejo para su inteligencia y cumplimiento; y del recibo de ésta me dará aviso para ponerlo en su superior noticia.

Dios guarde á V. muchos años. Madrid 24 de Enero de 1783.

Por el secretario Salazar
Pedro Ercolano De Arrieta
Rúbrica

Corregidor de la Ciudad de Murcia



Aproximación histórica al desarrollo de la enfermería urológica

En la Baja Edad Media las órdenes religiosas de clérigos con tonsura obligaban a tener barberos en los monasterios, en algunas sus reglas incluían la realización de una sangría periódica (fig. 1), de ahí que el arte de rapar las cabezas y de sangrar recayera en la misma persona lo que fue el punto de partida de los llamados cirujanos barberos, que, dada la escasez de médicos y considerados como artesanos, fueron los encargados de atender sanitariamente a la población; ya en 1310, los barberos llegaron a agruparse en una Cofradía en Valencia al margen de los cirujanos. Como notas curiosas encontramos, en las ordenanzas del Concejo de Murcia de 1320, que se prohíbe a los barberos o alfaquemes colocar, como reclamo, en la puerta de sus tiendas la muestra de lo extraído en la sangría y en Mallorca, por las mismas fechas, no podían cortar el pelo ni afeitar los sábados por la tarde, domingos y festivos bajo multa de cinco sueldos.



Fig.1 Práctica de la sangría

Dada la proliferación de sanadores, curanderos, santiguadores, alquimistas, nigromantes, charlatanes y vididores varios que explotaban la credulidad de las gentes en la lucha contra la enfermedad, Juan II de Castilla, en el primer tercio del siglo XV, para regular su ejercicio, instituyó el tribunal de los Examinadores Reales ante quienes tenían que justificar sus conocimientos aquellos que deseaban ejercer el oficio. En el año 1500, periodo del Renacimiento, una pragmática de los Reyes Católicos amplía aquella organización con el Protobarberato y reglamenta la actividad de los barberos y sangradores:

Mandamos que los Barberos y Examinadores Mayores de aquí en adelante no consientan ni den lugar, que ningún barbero ni otra persona alguna pueda poner tienda para sajar ni sangrar, ni echar sanguijuelas, ni ventosas, ni sacar dientes ni muelas, sin ser examinados primeramente por los dichos maestros Barberos Mayores personalmente.

Los llamados barberos y flebotomistas eran gentes sin estudios, conocedoras del arte de curar, en el que se inician sobre los quince años, se instruyen con sus mayores o con los maeses o maestros, nombre que adquieren los ya veteranos y examinados por el Protobarberato, los noveles siguen a los maeses en sus giras y curas quirúrgicas o de barbería, ayudándolos y aprendiendo el oficio que una vez aprobados podrán ejercer; por lo general lo harán en aquellas pequeñas poblaciones que no puedan pagar a un cirujano latino o también entrarán como asalariados en las galeras o en los hospitales, en donde cumplen las órdenes dadas por los médicos a los que tienen obligación de acompañar, al igual que a los cirujanos, en sus visitas a los enfermos para conocer los remedios que tienen que administrar.

El cometido de los flebotomistas o sangradores era hacer sangrías, con mucho la intervención más frecuente, realizada siempre bajo la autorización del galeno, las herramientas propias de la profesión son los hierros (fig. 2), su arma era la lanceta de la que había diversos tipos, de grano de cebada con la punta roma, de lengua de serpiente de terminación más aguda y la de grano de avena intermedia entre las anteriores y la más adecuada para los principiantes. Los barberos usaban cuchillos de cortar carne

*Conferencia dada en XXIX Congreso de Enfermería Urológica, Murcia, 17 octubre de 2007.

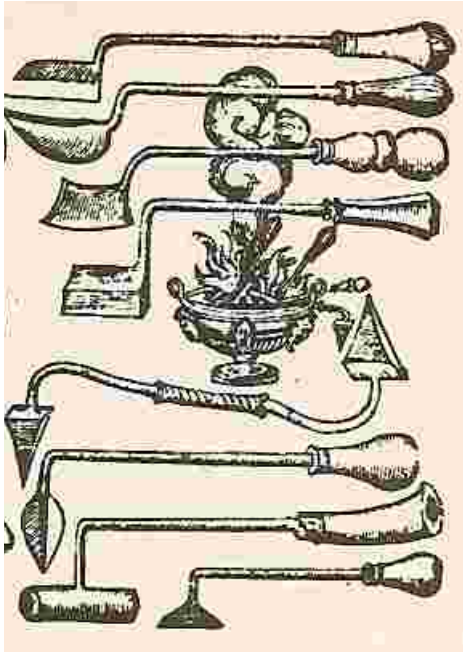


Fig. 2 Diversos tipos de lancetas para la práctica de la sangría y de cauterios.

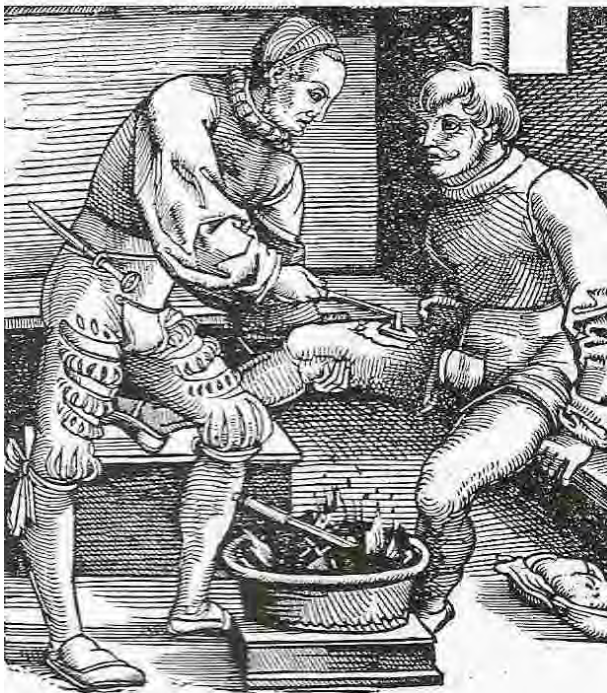


Fig. 3 Realización de un cauterio en una herida

para sajar, agujas para dar puntos, jeringas para los lavados y disponían de estuche con tijeras y pinzas, también de mondadores de oídos, de bacines y de un conjunto de recipientes con ungüentos y polvos diversos, su práctica habitual era colocar ventosas y clísteres, hacer purgas, aplicar bálsamos, aceites, ungüentos, ceratos, emplastos y sanguijuelas, curar llagas y tiñas, dar uncciones mercuriales, hacer fumigaciones y realizar operaciones sencillas como suturar heridas, además del oficio propio de su nombre, afeitar con tijera o navaja, para lo que no se necesitaba examen. Existía el barbero de partido, asalariado por alguna institución o contratado por el concejo de las poblaciones, de ejercicio fijo y con la obligación de residir en el municipio y el ambulante, que ofrecía sus servicios de plaza en plaza, algunos a medio camino entre los curanderos y los salutores, estos por lo general muy abundantes.

Los médicos formados en las universidades estudiaban las lenguas clásicas, lucían ropaje negro y levita larga y despreciaban la obra manual, como era conocida la cirugía, que era practicada por el cirujano-barbero, que vestía traje corto y no dominaban más que la lengua popular, el romance, estaba especializado en el arte quirúrgico y se les conocía como cirujanos de heridas, ya que eran los encargados de coserlas y de realizar los cauterios (fig. 3), las actuaciones urológicas que llevan a cabo eran efectuar sondajes, jeringar o lavar la vejiga y la uretra, efectuar dilataciones con algalias o con sondas en las estenosis uretrales, por lo general gonocócicas; eran cultos e ilustrados, disponían de los llamados libros de barbería, algún tratado de anatomía o de cirugía escritos o traducidos a lengua romance. Como ejemplo, señalamos que el padre de Miguel de Cervantes ejercía de cirujano-barbero.

Los Empíricos, Romancistas o Prácticos, llamados así por no tener estudios universitarios al no saber latín, el idioma culto de la época y expresarse en el lenguaje vulgar hablado por el pueblo eran profesionales dedicados a la cirugía mayor entre los que encontramos a los litotomistas, o primitivos urólogos, profesionales diestros exclusivamente en la extracción de cálculos, para lo que disponían del instrumental necesario, los de la vejiga por medio de la operación de la talla, a través de una incisión realizada por el periné, y que en las mujeres efectúa sin romper su virtud, sacar las piedras de la uretra y tratar las estenosis ocasionadas por las carúnculas, con el empleo de cáusticos, consecuencia del mal de Venus o enfermedad venérea; los hernistas o curadores de quebrados (fig. 4), esto es, los que corregían las hernias inguinales sin extirpar los



Fig. 4 Operación de hernia

las comadres o parteras y los callistas. Esta especialización fue el inicio de la separación entre las diferentes ramas de la cirugía.

La Urología española del Renacimiento ocupa el periodo más fecundo en el estudio de las enfermedades de las vías urinarias, en el que sobresale la edición de dos importantes obras, *Cura de la piedra y dolor de la ijada o y cólica renal* (Toledo, 1498), de Gutiérrez de Toledo, que tiene la prioridad histórica de ser el libro que recoge ampliamente todo la ciencia que sobre la patología litiásica se tenía, y el *Tratado nuevamente impreso de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y orina* (Madrid, 1588) del alcaíno Francisco Díaz (1527-1590), en el que se reúne todo el saber urológico de su tiempo, es éste uno de los mejores textos europeos de la época, aceptado como el primer tratado de Urología de la historia de la Medicina y su autor reconocido como Padre de la Urología.

Tras la brillantez y alto nivel adquirido por la Medicina española durante este tiempo, comienza una etapa de declive con la llegada al trono de Felipe II quien en la pragmática de 1556, prohibía el cursar estudios en Universidades extranjeras así como la entrada de textos o tener contactos con el resto de los países de nuestro entorno, además del control de los libros científicos por la Inquisición (fig. 5), para impedir la propagación de la doctrina protestante, se cae en una etapa de estancamiento del conocimiento, mientras que en el resto de Europa se va a

producir su continua progresión con el abandono de las teorías clásicas. De este modo entramos en el siglo XVII, definido culturalmente como Barroco, con una decadencia en todos los órdenes científicos y, aunque en las Universidades se crean las cátedras de cirugía, no se produce avance quirúrgico alguno ya que mantienen su enseñanza tradicional y su práctica continúa en manos de los empíricos y de los barberos. En 1630 se edita en Madrid la primera obra en la que se enseña la práctica de la sangría, *Tratado breve de flebotomía*, escrita por Diego Pérez del Busto, sangrador de S. M, Protobarbero y Alcalde Mayor examinador de todos los flebotomistas del reino.

El siglo XVIII comienza con la entrada en España de los Borbones, con Felipe V en 1700 y se extiende hasta el término de la invasión napoleónica, época conocida como la Ilustración, en la que experimenta un auge creciente de la burguesía en detrimento de la nobleza acompañado de una gran influencia francesa con manifestaciones culturales y traducciones de textos extranjeros. La presencia de médicos galos incorpora la actualidad científica europea, con ello la Medicina alcanza un notable desarrollo; en Cirugía, y dada la deplorable situación existente, Pedro Virgili (1699-1776) consideró preciso preparar a los cirujanos de los navíos de su Majestad, fundó los Reales Colegios de Cirugía, el de Cádiz,



Fig. 5 Quema de libros por la Inquisición

en 1748, para formar a los cirujanos de la Armada, el de Barcelona, en 1760, para los del Ejército y el de Madrid, en 1787, para los civiles, lo que determinó una completa renovación de la enseñanza al introducir la disección anatómica y la práctica quirúrgica, con lo que le dio un extraordinario impulso y logró situarla a la altura de los mejores centros europeos.

A finales del siglo XVIII los Reales Colegios serán los encargados de la docencia y sus alumnos deben aprobar su aptitud ante su tribunal en lugar del Protomedicato. La atención sanitaria de la población se encuentra distribuida entre: los Médicos, que estudian en la Universidad y son los encargados de las enfermedades internas, los Cirujanos Latinos, que cursan tres años de Instituciones médicas, los Romancistas con certificación de prácticas y el Sangrador, cirujano de menor categoría equiparado al barbero.

Al siglo XIX lo acompaña en su primer tercio la represión absolutista de Fernando VII, con la pérdida de la libertad científica y de imprenta, es un agitado periodo de nuestra historia en el que se produce un importante retroceso con una progresiva decadencia y en el que queda detenido cualquier intento de renovación. En 1804 se reglamentan los estudios en los Reales Colegios y se le confiere el título de Licenciado al cirujano latino, el de Romancista queda igual y al sangrador el de "Cirujano de pasantía", de estos, a los que ejercen en hospitales militares se les añade el de "Segundo Ayudante Honorario de Cirugía", en 1815. En 1827 los Reales Colegios se transforman en Colegios de Medicina y Cirugía y conceden los nombramientos de Médico-Cirujano y de "Cirujano sangrador", que faculta para realizar una cirugía rudimentaria.

La llegada al trono de Isabel II en 1834 estabiliza algo la situación política, se inicia un auge económico seguido de una apertura ideológica que hace que regresen numerosos exilados lo que repercute en un paulatino resurgir de la Medicina y de la Cirugía; gracias a la libertad de prensa comienza el periodismo científico, aparecen las primeras revistas médicas y se organizan Congresos de Medicina. En 1836 una nueva distribución denomina Cirujano de primera, a los que son, además, licenciados en Medicina, Cirujano de segunda al romancista y "Cirujano de tercera" al sangrador. En 1845 la legislación autoriza para practicar la sangría y las operaciones de cirugía menor a quienes se hubiesen adiestrado en los hospitales y establece una nueva clase, los "Ministrantes", que permite además la aplicación de medicamentos, realizar cauterios, manejar y admi-

Por la Ley Moyano, de 1857, se reorganizan los estudios sanitarios, se adscriben a la Universidad los Reales Colegios de Cirugía que desaparecen como tales y se crea la figura del "Practicante", cuyo reglamento, que establece los límites de la profesión, se edita en 1861. Con la Restauración, en 1868, aún con sus más y sus menos por la turbulencia política, podemos decir que se consolida esta titulación que engloba al anterior cirujano sangrador y que se mantendrá por espacio de casi cien años.

En la segunda mitad de la centuria se produce la transformación de la Cirugía con la introducción de la anestesia por éter por el dentista norteamericano W. Morton (1819-1868) en 1846, junto con la medidas de asepsia preconizadas por el húngaro Ignacio Semmelweis (1818-1865) en Viena, de la antisepsia en los quirófanos por el inglés Josef Lister (1827-1912), tras publicar sus experiencia en 1867, seguido del control hemostático de los vasos sanguíneos con la práctica de ligaduras, todo ello marca el despegue quirúrgico que permite el acceso a las grandes cavidades naturales y sitúa al arte de operar en un lugar preeminente de la ciencia médica. La continua labor docente llevada a cabo por los Reales Colegios de Cirugía preparó a una generación de grandes cirujanos generales con un amplio conocimiento anatómico, extenso bagaje y habilidad manual que descollaron y fueron quienes practican las operaciones sobre las vías urinarias. El sevillano Federico Rubio y Galí (1827-1902) es la figura quirúrgica má importante de la centuria por la fundación del Instituto de Terapéutica Operatoria, en la Moncloa, en Madrid en 1880, centro docente y asistencial en el que se inició la especialización quirúrgica y donde organizó un dispensario de enfermedades de los órganos genitourinarios en 1885 que fue desempeñado por Enrique Suénder Rodríguez (1829-1897) como profesor de Vías Urinarias y considerado como el primer urólogo español. Así mismo consciente, el Dr. Rubio, de la necesidad de colaboradores en las específicas labores de las especialidades y preocupado por su formación creó en 1895, para su enseñanza y preparación, la Escuela de Enfermería de Santa Isabel de Hungría, según el modelo de Florence Nightingale, a la que conoció durante su estancia en Londres, fue la primera del país, aunque no llegó a tener reconocimiento oficial.

La invención del cistoscopio por el berlinés Nitze (1848-1906) en 1879, el descubrimiento de los Rayos X por Roetgen (1845-1923) en 1895, la adscripción al aparato de una uña, para permitir el cateterismo ureteral por el hispano cubano Joaquín Albarrán (1860-1912), en 1897, lo que posibilitó la



Fig. 6 El Practicante Titular de España. Boletín órgano oficial de la Asociación Nacional de Practicantes Titulares auxiliares de inspectores Municipales de Sanidad. Editado en Murcia entre 1928 y 1932.

inyección de contraste a su través para opacificar a los Rayos X la vía urinaria en 1906, por los alemanes Voelcker (1872-1955) y Von Lichtenberg (1880-1949) y la urografía intravenosa, por este último en 1926, con la introducción de los contrastes yodados, crean la Urología como una rama de la Cirugía que requiere la presencia de profesionales preparados para indicar, efectuar e interpretar los resultados y a su vez de ayudantes cualificados para colaborar en su realización.

Los primeros servicios denominados de Vías Urinarias se organizan en Madrid, en el Hospital Provincial, en 1889, dirigido por Alfredo Rodríguez Viforcós (1854-1903); en el Hospital de la Princesa, funcionó una consulta de patología urogenital en 1890 con Manuel Barragán y Bonet (1861-1932) al frente. En Barcelona, se instituyó en el Hospital del Sagrado Corazón en 1880, atendido por José Parés y Puig (1863-1926). Víctor Azcárreta Colán (1857-1937) montó una clínica especializada en 1895, en la que impartía lecciones prácticas de Urología.

En el primer tercio del siglo XX los médicos españoles que desean formarse en la cirugía del aparato urinario acuden a los principales hospitales europeos en los que las técnicas quirúrgicas se encuentran plenamente desarrolladas, a Viena, Berlín, o Londres pero sobre todo a París, al Hospital Necker junto a los Drs. Félix Guyon (1831-1920) considerado el creador de la especialidad y Joaquín Albarrán; constituirán una brillante y numerosa generación de

urólogos con vocación que, con un tremendo esfuerzo personal y sin ayuda alguna, lograrán levantar la especialidad y organizar los servicios urológicos en los grandes hospitales a los que darán una categoría y un prestigio equiparable a los mejores centros europeos; la constitución de la Asociación Española de Urología en enero de 1911 por Luis González-Bravo y Serrano (1855-1929), su fundador y primer presidente, da entrada al reconocimiento oficial de la Urología en nuestro país.

En 1915 se adscribe la titulación de Enfermera para las mujeres y se crean Escuelas de enfermería para su aprendizaje, se constituyen Colegios Profesionales de Practicantes, que editan Boletines (fig. 6) en los que recogen la actividad de sus afiliados y muestra la pujanza que adquieren. La Guerra Civil dio al traste con la labor realizada y la siguiente etapa de aislacionismo internacional postergó durante más de veinte años el progreso médico.

En 1952 se igualan los estudios de enfermería, de practicantes y de matronas y nacen los Asistentes Técnico Sanitarios (ATS) y, por último, en 1977, se unifica el nombre y se califica de Enfermería a la profesión, que se eleva a rango universitario con la actual nominación de Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), que próximamente con la unificación de los estudios en todos los estados miembros de la Comunidad Europea alcanzará el título de Grado de cuatro años, con la posibilidad de poder realizar el doctorado.

La continua evolución de la Medicina exige de una especialización en todos los órdenes sanitarios, los profesionales de enfermería además de las atribuciones propias de su carrera en la atención y cuidados a los pacientes, en los servicios hospitalarios se les necesita como personal capacitado para llevar a cabo variadas tareas, en Urología, tanto para las exploraciones rutinarias y la asistencia en quirófano, como por la continua aparición de nuevas técnicas, endoscópicas, laparoscópicas, cirugía percutánea, trasplante renal, litotricia por ondas de choque, etc., por lo que sus conocimientos, preparación y presencia se hacen imprescindibles.

Recordamos algunos nombres de enfermeros Urología, expertos en dilataciones difíciles, en colocar sondas y en fijarlas correctamente, arte que enseñaron a las sucesivas generaciones de aspirantes a urólogos que discurrían por los centros, como D. Fernando Mateos y D. Gonzalo del Río en el Hospital de La Princesa de Madrid, D. Bernardino Díez Martín en el también madrileño Hospital General, D. José Valverde Torres, aquí en Murcia en el Hospital Virgen de la Arrixaca, como ejemplo y representación de tantos otros en el resto del país, a los que con estas líneas les expreso nuestro reconocimiento de su gran labor. Fueron los pioneros y los que hicieron posible la constitución de la Asociación Española de Enfermería en Urología (ENFURO) (fig. 7), en abril de 1977 que con este su trigésimo aniversario se



Fig. 7 Logotipo de la Asociación de Enfermería Urológica, ENFURO.

mantiene con una constante y elevada actividad como lo demuestra este su vigésimo noveno Congreso.

Bibliografía

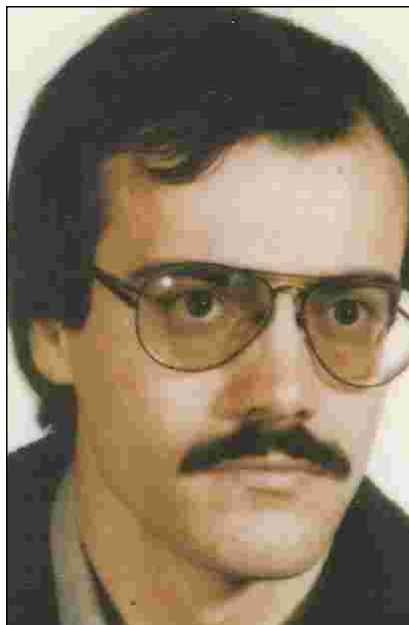
ALBARRACÍN TEULÓN, A. La titulación Médica en la España del siglo XIX. *Asclepio*, XXI: 27-34, 1969.

PÉREZ ALBACETE, M. La Urología en el Renacimiento, en *Historia Biográfica y Bibliográfica de la Urología Española*, Edicomplet, Madrid, 2000.

IBID. 100 Figuras de la Urología Española, Tip. San Francisco, Murcia, 2005.

Mariano Pérez Albacete
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Galería de urólogos murcianos



Dr. D. Emilio Falcó Falcó (1954-1990)

Nacido en la población alicantina de Pinoso el 21 de abril de 1954, en el seno de una familia de agricultores, realizó los estudios primarios en su localidad natal y en el instituto de enseñanza media Alfonso X de Murcia los de bachillerato seguidos de los de Medicina en la recién inaugurada Facultad de la Universidad de Murcia en su quinta promoción; los finalizó en julio de 1979 con la calificación de sobresaliente en el examen de Licenciatura.

Aprobó el examen MIR con el número 60, lo que le permitía poder elegir plaza en cualquier punto de España y prefirió realizar la especialidad de Urología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca iniciándola en enero de 1980 hasta diciembre de 1984. Durante su etapa de médico residente destacó por su interés en el estudio y por la agudeza de sus observaciones, lo que reflejaba un temperamento clínico que quedó ampliamente complementado por su tesón en la dedicación práctica, por su habilidad quirúrgica y por la realización de trabajos y comunicaciones a congresos. Terminó con una extensa formación operatoria como primer cirujano, entre intervenciones medianas y grandes realizó unas 160, de las cuales ochenta en el último año.

Al finalizar la residencia logró un puesto interino de urólogo adjunto en el Hospital de la Seguridad Social en Albacete, en el que ejerció desde el 14 de enero de 1985 hasta 15 de abril de 1987, fecha en la que aprobó las oposiciones convocadas por el INSALUD y obtuvo plaza en los Hospitales de Albacete y de Caravaca de la Cruz, ciudad por la que se decantó dada su proximidad a Murcia y por la oportunidad de, al ser un centro de nueva creación, poder organizar un servicio comarcal de Urología con unos criterios bien definidos ya por su experiencia y conocimiento de la materia. El 24 de abril de 1987 tomó posesión como facultativo especialista en Urología en el Hospital del Noroeste, lamentablemente las expectativas que ofrecía el puesto al ser un Hospital recién construido, no se vieron facilitadas por la administración que consideró suficientes las plantillas de personal tenidas como básicas, por lo que se vio obligado a asistir a la población como único urólogo, con la consiguiente imposibilidad de realizar una labor asistencial completa. Insatisfecho por este motivo, su espíritu trabajador y su sentimiento de responsabilidad se rebelan, desea seguir aprendiendo, ofrecer la formación adquirida, dar el máximo de sí mismo en ayuda al enfermo, evitar adocenarse,


MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
 DIRECCION GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD
 EL SUBDIRECTOR GENERAL DE PERSONAL

CERTIFICA:

QUE D. EMILIO FALCO FALCO
 HA COMPLETADO DURANTE LOS AÑOS 1.980-81-82-83-84
 EN HOSPITAL " VIRGEN DE LA ARRIXACA " - Murcia
 EL PERIODO DE RESIDENTE EN LA ESPECIALIDAD DE :
UROLOGIA

Y HA SUPERADO LOS CONDICIONAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA RESOLUCION DE LA
 DIRECCION GENERAL DEL "INSALUD" DE 13 DE MAYO DE 1.982 (B. O. E. 2-6-82).

PARA QUE CONSTE A TODOS LOS EFECTOS QUE LAS DISPOSICIONES VIGEN-
 TES ESTABLECEN LO FIRMO EN MADRID A 9 ENE. 1985

Registrado al nº 9566

todo ello le hizo solicitar y consiguió completar su jornada laboral en el Hospital de Virgen de la Arrixaca, en donde, por espacio cercano al año, tuvimos la fortuna de contar con su colaboración, dos días a la semana pasaba consulta y realizaba la cirugía menor en Caravaca y los tres restantes participaba como urólogo de la actividad de trabajo del servicio de Urología en Murcia. Como anécdota y señal de la precariedad de material y medios con el que nos desenvolvíamos en aquellos años, se rompió el resector del que disponíamos en el Servicio de Urología de la Arrixaca y durante un par de meses nos servimos del que tenía él en Caravaca, que aún se encontraba sin usar y que generosamente se apresuró a poner a nuestra disposición.

A primeros de 1989 volvió a presentarse a un concurso oposición convocado por la Comunidad valenciana en el que obtuvo plaza en el servicio de

Urología del Hospital de Villajoyosa, en Alicante, en donde firmó la plaza en el mes de septiembre de dicho año, pero su inquietud por acercarse a Murcia le hizo volver a concursar y en diciembre de 1989 aprobó otro puesto de urólogo en el Hospital Comarcal de la Vega Baja de Orihuela; al acudir a tomar posesión el 30 de enero de 1990, sufrió un mortal accidente de tráfico, con lo que perdimos a un excelente urólogo, trabajador responsable e incansable, buen amigo, de carácter serio pero animoso a quien le gustaba pintar, dispuesto siempre a ayudar y, en su vida familiar, esposo y padre querido.

A su funeral, celebrado aquí en Murcia, acudieron compañeros de todos los centros por los que pasó, quienes profundamente afectados expresaban el mismo sentimiento de dolor por la desaparición de una persona de su calidad profesional y humana.


ASOCIACION ESPAÑOLA DE UROLOGIA
 GRUPO DE URODINAMICA

D. EMILIO FALCO FALCO, ha asistido a la Reunión Nacional de Urodinámica y del Capítulo Español de la Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (S. I. N. U. G.) en calidad de CONGRESISTA, celebrada en MURCIA los días 9 y 10 de Febrero de 1989.

Coordinador Nacional  Dr. J. Conejero Sugráties
 Presidente Comité Organizador  Dr. G. Serrador Falgás
 Secretario Reunión  Dr. P. Martínez Perisosa

E. FALCO FALCO, F. I. BON BENETO, P. MARTINEZ PERTUSA, M. PEREZ ALBACETE
y G. SERVER FALGAS

Infección urinaria hospitalaria

Estudio evolutivo en cuatro años

Publicado en
ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGIA
Tomo 34. Noviembre-diciembre 1981. Número 6

Hemos entresacado algunas de las publicaciones y trabajos diversos en los que participó:

«Acidosis metabólica tras resección transuretral». Carta al director. Hospital del Noroeste. Caravaca, 1986-87.

«Infecciones urinaria hospitalaria». Arch. Esp. Uro. 34 (6): 431-436, 1981.

«Hematuria en los traumatismos renales». Actas Urol Esp. VI (1): 1982.

«Válvula ureteral. Aportación de un caso». Arch. Esp. Uro. 37, 6: 541-544, 1984.

«Valor pronóstico de la fijación de los anticuerpos "in situ" en los tumores vesicales». XIV Reunión de Urólogos de Levante, Elche, abril de 1980.

«Lesiones ureterales de origen ginecológico». XV Reunión de Urólogos de Levante, Valencia, abril de 1981.

«Ureterohidronefrosis en el prolapso genital». XV Reunión de Levante, Valencia, abril de 1981.

«Traumatismos vesicales». XVI Reunión de Urólogos de Urólogos de Levante, Cartagena, marzo de 1982.

«Cirugía endoscópica en el ureteroceles del adulto». XVII Reunión de Urólogos de Levante, Gandía, marzo de 1983.

«Valoración de la ureterosigmoidostomía como tipo de derivación urinaria». Congreso Nacional de Urología, La Coruña, 1983.

«Indicaciones de urgencia de la punción percutánea renal». XVIII Reunión de Urólogos de Levante, Benidorm, marzo de 1984.

«Cirugía de la hidronefrosis. Nuestra experiencia». XX Reunión de Urólogos de Levante, Albacete 1986.

«Resultados de la cirugía reconstructiva en los traumatismos de uretra». XX Reunión de Urólogos de Levante, Albacete, marzo de 1986.

«Tratamiento de los condilomas acuminados con ciclofluoracilo tópico». XXIV Reunión de Urólogos de Levante, Murcia, marzo de 1990.

«Balanopostitis por infiltración linfoplasmocitaria. Presentación de dos casos». XXIV Reunión de Urólogos de Levante, La Manga del Mar Menor, Murcia, marzo de 1990.

Socios actuales AMU

Fundadores

PÉREZ ALBACETE MARIANO
LORCA GARCÍA JOSÉ
MORENO AVILÉS JUAN
LA IGLESIA CABRERIZO RAMÓN
MURCIA VALCÁRCEL ALBERTO
ALCARAZ REVERTE JOSÉ PASCUAL
ASENSIO EGEA LUCAS
CASTILLO CEGARRA DIEGO
CERVELL FERRÓN JOSE M^a
CUESTA CLIMENT FC^o. VICENTE
FERNÁNDEZ SALVADOR FRANCISCO
FONTANA COMPIANO LUIS ÓSCAR
GARCÍA HERNÁNDEZ JOSÉ ANTONIO
GARCÍA PÉREZ RICARDO
GÓMEZ GÓMEZ GUILLERMO
GUARDIOLA MÁS ÁNGEL
HITA ROSINO EUGENIO
HITA VILLAPLANA GREGORIO
JIMENEZ LÓPEZ JOSÉ MIGUEL
LESCURE DEL RÍO SANTIAGO
LÓPEZ CUBILLANA PEDRO
MARTÍNEZ PERTUSA PABLO
MESEGUER CARPE FULGENCIO
NORTES CANO LEONARDO
OLMOS GARCÍA LUIS
PEÑARANDA GIL DE PAREJA PEDRO
PÉREZ CALVO JOSE JOAQUÍN
PREFASI MARTÍNEZ JOSÉ LUIS
PRIETO GONZÁLEZ ANTONIO
RICO GALIANO JOSÉ LUIS
RIGABERT MONTIEL MARIANO
SERVER PASTOR GERARDO
TOMÁS ROS MARIANO
OJADOS CASTEJÓN FRANCISCO
DE PAZ SÁNCHEZ RAMÓN
TELLO ROYLOA CARLOS
ROMERO HOYUELA ANTONIO

De número

MONTES DÍAZ MARÍA JOSÉ
GARCÍA ESPONA CARLOS
MORGA EGEA JUAN PEDRO
GUZMÁN MARTÍNEZ-VALLS PABLO LUIS
MIÑANA LÓPEZ BERNARDINO
FERNÁNDEZ APARICIO TOMÁS
SANTAMARÍA FERNÁNDEZ OLEG
SEMPERE GUTIÉRREZ ANDRÉS
NICOLÁS TORRALBA JOSÉ ANTONIO
BAÑÓN PÉREZ VICENTE JOSÉ
NAVAS PASTOR JACINTO
GARCÍA LIGERO JULIÁN
SOLER FERNÁNDEZ JUAN MANUEL
VALDELVIRA NADAL PEDRO
TORNERO RUIZ JESÚS IGNACIO
GARCÍA GARCÍA FELIPE
MONTESINOS BAILLO ANASTASIO
CAO AVELLANEDA ENRIQUE
ROMERO PÉREZ PEDRO
LÓPEZ LÓPEZ ANA ISABEL
ROSINO SÁNCHEZ ANTONIO
ANDREU GARCÍA ÁNGEL
JIMÉNEZ PENICK FRANCISCO J.
MORENO SANTURINO ANTONIO
BITSUNOV BITSUNOVA ANDRÉS

Agregados

RODRÍGUEZ TARDIDO ALMUDENA
MALUFF TORRES ALEJANDRO
ESCUDERO BREGANTE JOSÉ FÉLIX
LÓPEZ GONZÁLEZ PEDRO ÁNGEL
HONRUBIA VILCHEZ BEATRIZ
IZQUIERDO MOREJÓN EMILIO
DOÑATE ÍÑIGUEZ GLORIA

Noticias

El Dr. D. **José Antonio García Hernández**, adjunto del servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, ha finalizado con gran aprovechamiento el máster, de tres años de duración (2004-2007) con 60 créditos Investigación en trasplantes de órganos sólidos patrocinado por la Universidad Autónoma de Madrid y dirigido por la Organización Nacional de Trasplantes.

Felicidades al Dr. D. **Andrés Sempere Gutiérrez** por la obtención del grado de Doctor por la Universidad Católica San Antonio con su memoria Tratamiento del carcinoma de células renales mediante cirugía radical frente a cirugía conservadora. Revisión sistemática y metaanálisis, dirigida por los Drs. D. Tomás Fernández Aparicio y D. Andrés Martínez-Almagro.

El Dr. D. **Pedro Valdevira Nadal** ha pasado a formar parte del equipo de Urología del Hospital Reina Sofía de Murcia, como facultativo especialista de área, ante la próxima instalación en el centro de la unidad de litotricia por ondas de choque.

El Dr. **Enrique Cao Avellaneda** ha cesado como urólogo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y ha comenzado a formar parte del Servicio de Urología del Hospital Santa María del Rosell de Cartagena.

La Dra. **Ana Isabel López López**, al finalizar su periodo de formación como residente, ha sido contratada en el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca como facultativa especialista de área.

El Dr. **José Luis Rico Galiano**, ha consolidado su plaza de facultativo especialista de área del servicio de Urología del Hospital Reina Sofía de Murcia.

El Dr. D. **Antonio Romero Hoyuela** ha sido nombrado miembro de la Oficina de Ética de la AEU.

El Dr. D. **Carlos Tello Royloa** ha sido designado asesor de metodología en la revista Actas Urológicas Españolas.

El Dr. D. Mariano Pérez Albacete ha dirigido como editor invitado un número monográfico en la revista Archivos Españoles de Urología sobre Historia de la Urología, octubre 2007, 60 (8): 835-1.048.

Beca y Premios de la AMU

CONVOCATORIA PARA EL AÑO 2008

La junta directiva de la Asociación Murciana de Urología, consciente de la necesidad de actualizar y adecuar las bases de nuestros premios, acorde a las nuevas iniciativas y necesidades tanto de los asociados como de la Asociación en sí, decidió en reunión de la junta Directiva, modificar las bases de dichos premios, que entran en vigor para los premios del año 2007.

Beca de investigación "Meseguer Huertos"

- 1.- Dicho premio se concederá con carácter bianual.
- 2.- Se otorgará al proyecto de investigación o de memoria para el desarrollo de una tesis doctoral presentado por un miembro de la AMU.
- 3.- Para optar a la misma se presentará una memoria detallada del proyecto, con el visado de su director, si procediera, que incluya un estudio pormenorizado en el que se especifique de manera clara:
 - a) Objetivo principal del trabajo.
 - b) Periodo de tiempo en el que se va a desarrollar dicho trabajo.
 - c) Necesidades económicas previstas para su realización.
- 4.- La cuantía monetaria total del premio se cifra en 2.000 euros; de los cuales, se entregará el 50 % en el momento de la concesión del premio y el 50% restante a su finalización.
- 5.- El premiado tendrá la obligación de presentar a la Asamblea de la Asociación una memoria detallada de su trabajo a la finalización del mismo.
- 6.- En el caso de que la duración del proyecto sea superior a un año, el premiado tendrá la obligación de presentar una memoria anual a la junta Directiva en la que quede de manifiesto el estado actual de su trabajo.

Dicha memoria se presentará siempre antes de la realización de la Asamblea ordinaria de la Asociación.
- 7.- El incumplimiento de los apartados 5 y 6 de las bases, o la no realización del proyecto de investigación, según los plazos previstos para el desarrollo del mismo, anulará las condiciones de la Beca, llegándose incluso a exigir la devolución de la misma si la junta directiva así lo considerara.

Premio "Salvador Pascual"

- 1.- Se concederá con una periodicidad anual.
- 2.- Se premiará el mejor trabajo urológico original presentado en el congreso de la AMU, o en cualquiera de sus reuniones científicas, así como en los de la Asociación Española de Urología, ya sea comunicación, póster, vídeo o cualquier otra, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU, por parte de los urólogos miembros de la AMU.
- 3.- Para optar al premio se deberá entregar el trabajo por escrito desarrollado en el formato habitual, a saber: resumen, introducción, material y métodos, discusión, conclusiones y bibliografía. Así como una copia en formato electrónico.
- 4.- La cantidad establecida es de 700 euros.
- 5.- El trabajo premiado se publicará en el primer Boletín anual de la AMU que se edite tras la concesión del premio.
- 5.- El jurado que otorgará el premio estará formado por la junta directiva de la AMU, que previamente a la reunión anual de la Asociación se reunirá para efectuar la votación oportuna.
- 6.- En caso de que dos trabajos tenga el mismo número de votos, será el voto del Presidente el que determine el trabajo ganador del premio.
- 7.- Este premio puede quedar desierto, si la junta directiva considera por mayoría que ninguno de los trabajos presentados reúnan las exigencias mínimas para ser merecedor del mismo.
- 8.- Para optar al premio, los trabajos han de presentarse en la sede de la AMU, al menos 45 días antes de la celebración de la reunión anual.

Premio "Gerardo Server"

- 1.- Se concederá con una periodicidad anual.
- 2.- Se premiará a la mejor comunicación presentada en reunión anual de la Asociación, bien sea presentación oral o póster.
- 3.- Podrá optar a este premio, cualquier póster presentado por un miembro de la AMU en cualquier otra Reunión o Congreso en la que participe la AMU o la AEU, durante el curso académico correspondiente, definido como el periodo comprendido entre dos reuniones sucesivas de la AMU,
- 4.- Los trabajos que quieran optar a recibir el premio, tendrán que ser presentados en la reunión anual de la asociación.
- 5.- En el caso de los póster, estos deberán estar colocados en el lugar designado para ello desde el momento de la inauguración de la reunión anual de la AMU hasta a finalización de la misma para que puedan ser valorados correctamente por todos los miembros de la asociación.
- 6.- Los trabajos se numerarán según orden de colocación en la zona de la exposición designada para este fin.
- 6.- El jurado que otorgará este premio estará compuesto por todos los miembros de la AMU, los cuales emitirán su voto, de manera anónima, en una papeleta diseñada para tal efecto, donde figurará en una columna el número del trabajo precedido de la letra C o P, según se trate de póster o comunicación oral, y en otra la puntuación otorgada. Cada uno de los trabajos se puntuará numéricamente de 1 a 5.
- 7.- Para recoger los votos se dispondrá una urna o similar que estará expuesta a todos los miembros de la AMU desde el inicio de la reunión hasta la finalización de la última sesión científica previa a la asamblea ordinaria de la asociación.
- 8.- Se contabilizará como nulo aquel voto que no valore a la totalidad de los trabajos presentados para optar al premio.
- 9.- La asignación establecida es de 450 euros junto a la publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU.
10. El premiado tendrá la obligación de facilitar a la junta Directiva una copia en formato digital del trabajo para su posterior publicación en el Boletín anual de la AMU.

Bases generales:

- 1- Es condición indispensable para concursar que los trabajos sean originales e inéditos, no podrán estar publicados, ni optar a otros premios.
- 2- Todos los trabajos que quieran optar a cualquiera de los premios, y aquellos que quieran ser presentados en la reunión anual de la asociación, deberán ser facilitados en formato digital al vocal de actividades científicas antes de la finalización de la misma para su publicación en la página web de la AMU.

Se remitirá obligatoriamente el original con una copia en papel además de presentarlo en soporte de CD o disquete, dirigidos al Sr. Secretario de la AMU, por correo certificado o en sobre cerrado y con fecha de entrada en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia. Tanto para optar a la beca como para el premio "Salvador Pascual", se deberán presentar los proyectos o trabajos, 45 días naturales antes de la celebración de la Jornada anual de la Asociación.
- 3- El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo, el cual debe ser miembro de la Asociación Murciana de Urología, y estar al corriente del pago de la cuota.
- 4- La designación de los ganadores y la entrega de los premios, se realizará durante el transcurso de la reunión anual preceptiva de la AMU.
- 5- El jurado estará formado por los miembros de la junta directiva de la AMU en la Beca "Meseguer Huertos" y en el premio "Salvador Pascual" y sus decisiones serán inapelables; sus componentes no podrán ser receptores de la beca ni de dicho premio., los cuales podrán ser declarados desiertos. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.

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