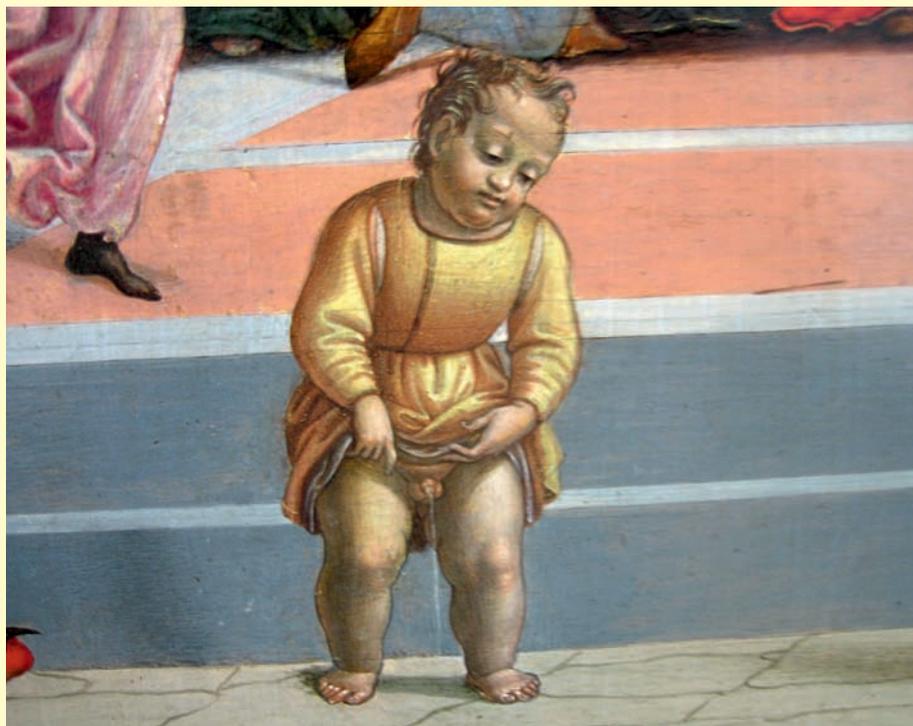


**BOLETÍN  
DE LA  
ASOCIACIÓN  
MURCIANA  
DE UROLOGÍA**



Año XIII - N° 15. MURCIA, noviembre 2008



## Asociación Murciana de Urología

### JUNTA DIRECTIVA

#### PRESIDENTE:

Pablo Guzmán Martínez-Valls

#### VICEPRESIDENTE:

Carlos Tello Royloa

#### SECRETARIO:

Antonio Prieto González

#### TESORERO:

Enrique Cao Avellaneda

#### VOCAL CIENTÍFICO:

Mariano Tomás Ros

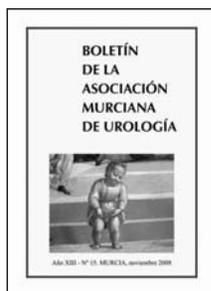
#### VOCALES:

Antonio Romero Hoyuela

Andrés Sempere Gutiérrez

#### SEDE SOCIAL:

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



Portada:

Renacimiento  
Italiano.

Gemäldegalerie,  
Staatliche Museen.  
Berlín

Foto:

Dr. Pérez Albacete

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
<b>XIV Jornada Urológica Murciana Murcia, 7 de noviembre de 2008 .....</b>	<b>6</b>
<b>Comunicaciones .....</b>	<b>8</b>
<b>Novedades en Urolitiasis .....</b>	<b>29</b>
<b>Actividades científicas realizadas por miembros de la AMU</b>	
<b>Objetivos del grupo de trabajo de Urooncología de la AMU .....</b>	<b>31</b>
<b>Mesa Redonda: Urodinámica, hiperactividad y próstata .....</b>	<b>33</b>
<b>Reuniones de Residentes de Urología .....</b>	<b>34</b>
<b>XX Reunión nacional del Grupo de Litiasis .....</b>	<b>34</b>
<b>Seminario de Historia de la Urología .....</b>	<b>35</b>
<b>Monográfico de Historia de la Urología Archivos Españoles de Urología .....</b>	<b>35</b>
<b>Equipo de Transplante .....</b>	<b>35</b>
<b>Los primeros 40 años de Urología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca .....</b>	<b>36</b>
<b>Premio Gerardo Server 2007</b>	
<b>Seguimiento de las complicaciones de las mallas sintéticas en el tratamiento de la IUE femenina .....</b>	<b>47</b>
<b>Galería urológica murciana</b>	
<b>Dr. D. Manuel Más Gilabert .....</b>	<b>53</b>
<b>Cuerpos extraños en la uretra de una mujer histérica .....</b>	<b>55</b>
<b>Noticias .....</b>	<b>59</b>
<b>Convocatoria de premios de la A M U para 2009</b>	

# Editorial

---

Ha transcurrido un año prácticamente desde que en noviembre de 2007, en nuestra última reunión de la Asociación Murciana de Urología que se celebró en Lorca, salió la nueva junta directiva que intentaba representar a los urólogos de nuestra Comunidad; que entiende que lo único que debe hacer es escuchar las ideas y los pensamientos de los compañeros de profesión para comunicarlo cuándo y a quién proceda con un único objetivo: transmitir reivindicaciones, buscar reconocimiento e intentar siempre hacer las cosas lo mejor posible y con la máxima dignidad; por otro lado, desde la misma, siempre ha sido nuestro reto transmitir la información que desde cualquier instancia nos llegue en relación con la práctica médica y dar respuesta a cualquier petición que la Sociedad Murciana solicite.

Es muy difícil, cada uno tiene sus «obligaciones», convencer y buscar participación en tareas que aunque puedan ser interesantes (así ocurre la mayoría de las veces), no dejan de suponer un sobreesfuerzo que a veces resulta imposible, puesto que tenemos el tiempo casi siempre ocupado, una actividad frenética: laboral, familiar,...; todos coincidimos que la vida no sólo gira alrededor del trabajo, sino que es una parte importante de la misma y éste supone el instrumento para poder hacer todo lo demás. Esa es entre otras, una de las razones por la que creemos que deberíamos buscar un equilibrio para poder conseguir el máximo rendimiento en lo que concierne a nuestra actividad laboral a diario.

El debate actual no sólo va a enfocarse al papel en el futuro de las Asociaciones Científicas como tales, utilidad y necesidad, sino más probablemente la participación de las mismas y su papel en el desarrollo profesional de

sus asociados, en el de las asociaciones de pacientes y en el de las relaciones con las Autoridades Sanitarias y Administración. Precisamente en estas fechas nos encontramos con una oferta pública de empleo muy limitada para nuestro colectivo y que no va a conseguir «estimular» al total de los urólogos que desempeñan un papel excepcional en la asistencia sanitaria en el Servicio Murciano de Salud, perdiéndose así una oportunidad de conseguir que los profesionales que dedican su actividad en cuerpo y alma a la sanidad pública, encuentren su merecida estabilidad; probablemente y desde una visión personal, creemos que a pesar del ofrecimiento repetido de nuestra Asociación a las autoridades sanitarias, falta comunicación entre ambas para conseguir buscar la dimensionalidad real del problema; muchas veces, los sindicatos no representan, porque resultaría casi imposible, las necesidades de todos los colectivos y en concreto de muchas especialidades, por eso, entiendo que la Administración debería escuchar a las Sociedades Científicas para conocer de «primera mano» la realidad. Por otro lado, no debemos dejar pasar, porque en la vida hay que ser agradecidos, y debemos hacernos ecos de los avances que en relación a nuestra nueva jornada laboral, la nueva remuneración de la atención continuada y los complementos de la carrera profesional, hemos conseguido en esta Comunidad Autónoma, poniéndonos a la cabeza en cuanto a ese capítulo en el Estado Español.

Debemos potenciar como Asociación y por eso debemos apoyarlo, todo tipo de iniciativas que vaya en la dirección de ampliar el conocimiento, sea directa o indirectamente relacionado con la urología (endoscopia y litiasis, oncología, laparoscopia, trasplante, suelo pél-

---

vico,... gestión clínica, estadística, ética,...); es necesario que cualquier esfuerzo sea reconocido y apoyado desde la misma. Tanto los servicios, las unidades, los grupos, las personas, tienen el apoyo de nuestra Sociedad, que aunque pequeña, porque somos en realidad un grupo de «compañeros» y sobre todo «amigos», buscan el mismo objetivo que es ampliar, mejorar el saber y hacer las cosas «bien»; creemos que eso hoy en día está conseguido y el reconocimiento de la población y del resto de las sociedades urológicas del país así lo refrenda, pero debemos mantenerlo ahora y para el futuro.

Debemos ser responsables y dotar a nuestros residentes, los futuros urólogos, de las máximas garantías para que consigan una formación de calidad, bien estructurada y con una metodología que les ofrezca conocimiento y confianza para afrontar su actividad profesional en el futuro. Es nuestra obligación y debemos responder a la misma. En la actualidad tanto

con las nuevas normas legales en relación con la figura de los tutores docentes, como la puesta en marcha del nuevo Plan de Formación del Especialista, se nos ofrece una oportunidad para conseguirlo, por eso debemos poner el máximo empeño.

Existen muchos retos desde la Asociación que están por desarrollarse, pero la única manera que los que la Junta Directiva piensa: modelos predictivos de necesidades de recursos humanos y tecnológicos, soluciones a la financiación, creación de grupos sólidos de referencia, observatorio urológico, etc., y los que cualquiera de los asociados propongáis se puedan llevar a cabo es con la participación de todos y por eso desde la Asociación Murciana de Urología queremos acabar pidiendo la colaboración, la aportación de vuestras ideas y experiencia, porque de ese modo los retos podrán coronarse con éxito. El desafío es de TODOS.

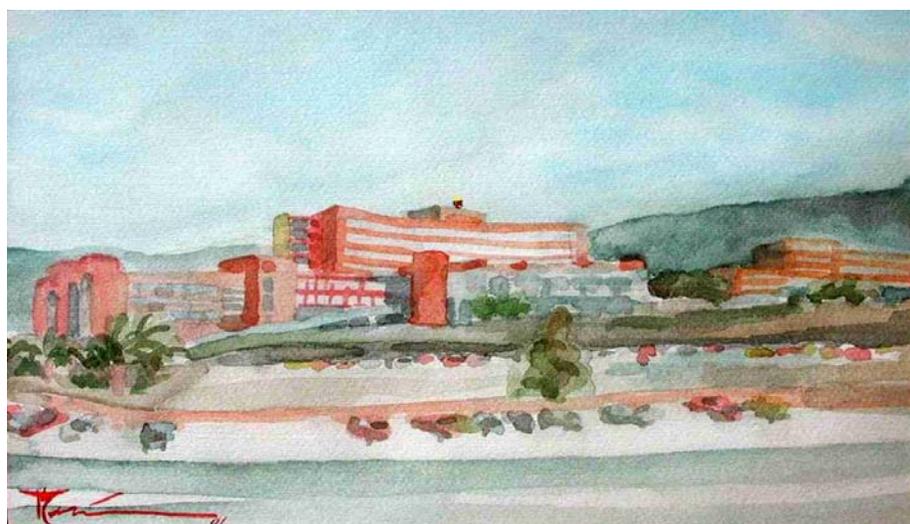
Junta Directiva de la  
Asociación Murciana de Urología



*Arrixaca*  
Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"



# **XIV JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS**



## **Conmemoración del XL aniversario de la creación del servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca**

**Organiza:** Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

**Fecha:** Viernes 7 y sábado 8 de noviembre de 2008

**Sede:** Aula 1 del edificio de dirección del Hospital U. V. Arrixaca. Murcia

# XIV Jornadas Urológicas Murcianas

---

MURCIA, 2008

El servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca acoge el desarrollo de la XIV Jornada Urológica Murciana en su propio centro y aprovecha la ocasión para celebrar el XL aniversario de su creación en el año 1968 con un encuentro de convivencia con cuantos compañeros han pasado por él.

La Jornada Urológica está centrada en el estudio de diversas guías clínicas sobre la litiasis urinaria con el objetivo de consensuar una línea conjunta de actuación de todos los urólogos que trabajan en los Hospitales de nuestra Comunidad, con esta finalidad se desarrollará una mesa redonda formada por compañeros que han preparado las diversas líneas de trabajo sobre el tema y acerca de las cuales esperamos que se obtengan unas conclusiones para la práctica uniforme de todos los grupos.

Como novedad informamos que nos hemos visto incluidos en la modificación de los criterios de concesión para el reconocimiento oficial del evento por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Murcia, la cual, acorde con la directriz nacional y en la línea marcada por la Comunidad Europea, se prepara para otorgar créditos, a partir del próximo mes de diciembre, a cuantas reuniones y cursos se celebren bajo sus auspicios, los requisitos están a punto de publicarse en la página de Internet de Murcia Salud.

Las normativa señala la evaluación por un comité, que efectúa una auditoría sobre el contenido científico del encuentro, analiza el tema de estudio, su concordancia con el fin al que se destina el congreso y lo que se pretende lograr, la entidad organizadora y su currículo de actividades, a quién va dirigido, el número de asistentes y su perfil, la composición del comité científico, el nivel de los profesores participantes, el de las comunicaciones presentadas, la distribución de las horas de trabajo, la existencia de prácticas o de otros ejercicios anexos, etc. Estos son grosso modo los requisitos que nos hemos visto obligados a seguir.

Consideramos que cumplimos de sobra con ellos, nuestra Asociación cuenta con unos amplios antecedentes, el comité científico creemos que es el idóneo, el tema de estudio presenta unos objetivos claros, unificar los criterios de actuación en el diagnóstico y tratamiento de los enfermos con litiasis urinaria en el seno de la Comunidad y en todas las unidades de Urología de sus Hospitales, la jornada está dirigida a un reducido grupo, los urólogos murcianos, con la finalidad concreta de mejorar la atención sanitaria a estos pacientes y se ultima el acto con la conferencia del profesor invitado sobre las líneas futuras del tratamiento de la litiasis.

Queremos participaros que, con motivo de nuestro aniversario, hemos confeccionado un Manual Informativo para el paciente urológico sobre su enfermedad, con el que pretendemos ofrecer una información asequible, rigurosa y complementaria a la que se da verbalmente sobre su padecimiento en la consulta y también allanar el camino para el entendimiento del documento

---

de Consentimiento Informado que se entrega al enfermo quien debe asimilar, aceptar y firmar tras su atenta lectura y su comprensión. Hemos observado que numerosos pacientes se documentan de su enfermedad a través de Internet, estas referencias no siempre están bien estructuradas ni ofrecidas por fuentes fiables y por lo general producen más confusión que claridad. Por esta razón hemos realizado una exposición docente de las afecciones más frecuentes del aparato urinario y genital masculino, redactada de modo sencillo para que entiendan los procedimientos que es necesario efectuar para llegar a un diagnóstico, las alternativas terapéuticas posibles además de la evolución del proceso, la importancia que tiene y lo que afectará a su calidad de vida. Esperamos con ello ofrecer un servicio útil para la mejora de la relación con el enfermo y que, por el bien de su salud, encuentre en su lectura un modo de facilitar la conocimiento de su enfermedad.

Creemos que el programa preparado será de vuestro agrado y con vuestra asistencia y aportaciones obtendremos los suficientes beneficios científicos para conseguir un fructífero éxito de la Jornada en la línea de las anteriores. Los miembros del servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca hemos trabajado con ilusión para lograr un encuentro de amigos y confiamos no defraudaros.

Mariano Pérez Albacete



## **NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA DE RIÑÓN POLIQUÍSTICO**

---

Pedro A. López González, Jesús Tornero Ruíz, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete  
H. U. Virgen de la Arrixaca

### **RESUMEN**

Presentamos un vídeo sobre una nefrectomía laparoscópica de riñón poliquístico, tipo adulto, realizada en nuestro centro.

Duración: 7 min 30 seg

### **CASO CLÍNICO**

Varón de 57 años, con antecedentes personales de insuficiencia renal crónica, en tratamiento con Hemodiálisis.

Presenta enfermedad renal poliquística, tipo adulto, con TAC que informa de riñones que ocupan hasta pelvis.

Valorada para su inclusión en lista de espera de trasplante renal, se decide nefrectomía derecha laparoscópica.

## **EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO AMPLIADO DE BIOPSIAS PROSTÁTICAS**

---

Rosino Sánchez, A., Rodríguez Tardido, A., Izquierdo Morejón, E., Pietriccica, B., Honrubia Vilchez, B., Hita Villaplana, G., Guzmán Martínez-Valls, P., Romero Hoyuela, A., Miñana López B.  
Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer. Murcia

### **INTRODUCCIÓN**

Hoy en día la calidad de las biopsias realizadas es fundamental para planificar el tratamiento más adecuado para cada paciente, además de ser un tema siempre controvertido y de actualidad. El protocolo de biopsia ampliado disminuye el infraestadiaje en el grado Gleason y mejora la detección de tumores bilaterales, permitiendo una mejor planificación del paciente (linfadenectomía, preservación de bandeletas), y por tanto, probablemente mejores resultados oncológicos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

En el periodo comprendido entre marzo de 2006 y julio de 2008 se han realizado 441 biopsias según nuestro protocolo ampliado. De éstas, un número de 24 prostatectomías radicales abiertas y 43 laparoscópicas se han llevado a cabo. Nuestro objetivo es analizar la calidad de las biopsias que estamos llevando a cabo midiendo diferentes parámetros como la cantidad de biopsias unilaterales que luego se corresponden con una anatomía patológica en pieza quirúrgica bilateral, las características del tumor que no diagnosticamos y cual es realmente su importancia tomando como referencia el Gleason del mismo. Además pretendemos identificar si las biopsias positivas sólo en 1 ó 2 cilindros (situación que dado el diagnóstico precoz es más frecuente cada vez) realmente diagnostican un cáncer significativo.

### **CONCLUSIÓN**

El estudio y la evaluación de los protocolos implantados en nuestros hospitales son fundamentales a la hora de mejorar nuestra práctica diaria, y más en el caso de una prueba diagnóstica que además de diagnosticar una neoplasia, nos proporciona datos de estadiaje que nos sirven para planificar el tipo de tratamiento y en su caso, de cirugía.

## **EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS BIOPSIAS DE VESÍCULAS SEMINALES**

Rodríguez Tardido, A., Rosino Sánchez, A., Izquierdo Morejón, E., Pietriccica, B., Honrubia Vilchez, B., Guzmán Martínez-Valls, P., Romero Hoyuela, A., Hita Villaplana, G., Miñana López B. Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer. Murcia

### **INTRODUCCIÓN**

La afectación de vesículas seminales es un factor de mal pronóstico en cuanto a recidiva local y extensión a distancia, de mecanismo no del todo aclarado. En las guías actuales no están claramente definidos los parámetros en cuanto a cuándo y cómo biopsiarlas, y se reservan para pacientes con riesgo de afectación de las mismas cuando su positividad podría alterar el tratamiento de elección. Presentamos nuestro protocolo así como los resultados obtenidos en el periodo comprendido entre 2006-2008.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos un total de 34 biopsias de vesículas seminales en pacientes candidatos a prostatectomía radical en un periodo de casi dos años y medio, realizadas según los siguientes criterios:

- PSA mayor de 15
- Tacto rectal positivo en base prostática
- Nódulo hipoecogénico en base prostática o sospecha ecográfica de afectación.

Se han comparado los datos obtenidos con los informes de anatomía patológica de la biopsia y de la prostatectomía radical si ésta se realizó posteriormente.

### **RESULTADOS**

De las 34 biopsias, fueron positivas 6, no realizándose prostatectomía radical en ninguno de los casos. En 3 pacientes con biopsia de vesículas seminales negativas se realizó prostatectomía radical, siendo en la pieza quirúrgica éstas positivas. Además analizamos las características de nuestros pacientes seleccionados tanto en edad, PSA en el momento de la vesícula, como los hallazgos de la ecografía.

### **CONCLUSIÓN**

Del grupo seleccionado como de alto riesgo, el 18% presentaron una biopsia de vesículas seminales positivas. Dadas las implicaciones terapéuticas de este hecho y las escasas complicaciones que supone el tomar las muestras adicionales, creemos que el estudio de las vesículas seminales debiera estar contemplado en todo protocolo de biopsia prostática.

## **CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA INICIAL**

Pedro A. López González, Guillermo Gómez Gómez, Alejandro Maluff Torres, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

### **INTRODUCCIÓN**

La cistoprostatectomía radical abierta es el "gold Standard" para el tratamiento quirúrgico del cáncer vesical infiltrante no metastático y superficial de alto riesgo.

El desarrollo de la laparoscopia en urología ha permitido proponer a la cistectomía radical laparoscópica (CRL) como una alternativa a la cirugía abierta.

### **OBJETIVO**

Presentamos la experiencia inicial de nuestro grupo en cistectomía radical laparoscópica.

### **PACIENTES Y MÉTODOS**

Entre febrero y septiembre de 2008, se han realizado en nuestro servicio 6 CRL, 5 hombres y

una mujer, con una edad media de 66 años (rango: 58-72) y un IMC medio de 26,9 (rango: 22,9-31,2). De los 6 casos se realizó conversión a cirugía abierta en un caso, con crecimiento local avanzado (estadio T4 clínico y anatomopatológico).

A todos los pacientes se les propuso cirugía radical por Carcinoma urotelial infiltrante, exceptuando dos casos: un paciente con tumor vesical T1G3 recidivante y otro paciente con Cistitis eosinofílica-folicular, con vejiga miocárdica y síndrome miccional invalidante. En el estudio prequirúrgico no existió evidencia de enfermedad diseminada.

En todas las CRL se realizó derivación urinaria tipo ureteroileostomía cutánea, a través de una mini-laparotomía.

Analizamos también los datos de 6 cistectomías radicales abiertas, realizadas en el mismo período.

## **RESULTADOS**

### **1.- Quirúrgicos: (5 pacientes)**

La duración media de la cirugía fue de 295 minutos, requiriendo transfusión de hemoderivados un 40% de los casos. Se mantuvo perfusión analgésica con AINES durante 2,8 días de media.

Solo se presentó una complicación intraquirúrgica, apertura accidental del recto, que se solucionó mediante sutura con endo-GIA.

En el postoperatorio inmediato se apreció íleo paralítico en el 20% de los casos, y fallo renal agudo hasta en un 40% de los casos. Tuvimos 2 reingresos, ambos por ITU complicada, una de ellas asociada a uropatía obstructiva. La estancia media fue de 10,6 días.

### **2.- Oncológicos: (5 pacientes)**

Se realizó linfadenectomía ilioobturatriz en la totalidad de los casos.

El estudio anatomopatológico informó de Carcinoma Urotelial en todos los casos, excepto uno, que se intervenía por vejiga miocárdica. El estadio fue T0 (1 caso), T1(1 caso), T2b (1 caso), T3a (1 caso), T3b(1 caso). Se presentó afectación de ganglios de grasa perivesical en 1 caso, no existiendo adenopatías metastásicas ilioobturatrices en ningún caso. Todos tuvieron márgenes quirúrgicos libres.

## **CONCLUSIONES**

La cistectomía radical laparoscópica es una técnica compleja, que comparada con la cirugía abierta proporciona una menor estancia hospitalaria, menor tasa de transfusión y menores necesidades de analgesia.

Se presentó deterioro de la función renal hasta en el 40% de los casos, tratados con medidas conservadoras. Se objetivó un aumento en las cifras de Creatinina de un 68'5%, al día siguiente a la cirugía, siendo de tan solo un 9'1% al alta.

El seguimiento es demasiado corto como para poder hablar de resultados oncológicos, siendo necesarios estudios a largo plazo.

Concluimos que la cistectomía radical es una técnica factible, segura, con datos quirúrgicos comparables a la cirugía abierta.

## **PROSTATECTOMÍA RADICAL EXTRAPERITONEAL: COMPARACIÓN DE LAS VÍAS DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICA Y ABIERTA. RESULTADOS ONCOLÓGICOS, FUNCIONALES Y PERIOPERATORIOS**

J. Oñate Celdrán, M. Tomás Ros, J. P. Morga Egea, P. Valdevira Nadal, A. Andreu García, A. Sempere Gutiérrez, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

## **OBJETIVO**

Comparar dos vías de abordaje quirúrgico (prostatectomía radical laparoscópica extraperitoneal [LRP] vs. prostatectomía radical retropúbica [RRP]), con la finalidad de ver si la primera puede ser considerada en nuestro medio la técnica estándar para el tratamiento de cáncer de próstata localizado.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

De una serie de 228 pacientes intervenidos de prostatectomía radical en nuestro Servicio (1995-2008), se revisan los datos de las historias clínicas de 125 pacientes consecutivos y contemporáneos diagnosticados de cáncer de próstata localizado, independientemente la técnica quirúrgica utilizada. De éstos, 70 se intervinieron por LRP (16 reconversiones programadas) y 57 por RRP. Mediante un estudio observacional, no aleatorizado, retrospectivo, se comparan las siguientes variables: tiempo quirúrgico, número de concentrados de hemáties necesarios, incidencias en el postoperatorio inmediato, estancia hospitalaria, continencia, estenosis de neocuello, márgenes quirúrgicos libres de enfermedad y recurrencia bioquímica ( $PSA \geq 0.3$  ng/dl). Ambos grupos resultan homogéneos en términos de edad, estadio tumoral, índice de Gleason e indicación de la técnica quirúrgica elegida.

## **RESULTADOS**

Tiempo quirúrgico medio (incluyendo tiempo anestésico): LRP 290 minutos vs. 216 RRP. Media de concentrados de hemáties necesarios: 1.66 en LRP vs. 2.71 en RRP. Media de estancia hospitalaria: 7.72 días en LRP vs. 8.22 en RRP. Continencia total: 62.06 % en LRP vs. 59.25 % en RRP (RR = 0.92). Continencia con mínima protección: 93.10 % en LRP vs. 87.03 % en RRP (RR = 0.50). Estenosis de neocuello intervenida quirúrgicamente: 12.76 % en LRP vs. 8.21 % en RRP (RR = 1.37). Márgenes quirúrgicos libres: 80.76 % en LRP vs. 77.16 % en RRP (RR = 0.92). Porcentaje de recurrencia bioquímica: 21.42 % en LRP vs. 31.14 % en RRP (RR = 0.68).

## **CONCLUSIONES**

No existen diferencias representativas en los resultados oncológicos entre la LRP y la RRP. La LRP se asocia a una menor necesidad de transfusión de hemoderivados, así como a una reducción de la estancia hospitalaria. La LRP mostró mejores resultados en el grado de continencia transcurrido un año. La RRP demostró una menor tasa de estenosis de neocuello. Por ello concluimos, pese a que nuestra serie de LRP es muy pequeña, que ésta vía de abordaje quirúrgico puede ser considerada estándar para el tratamiento del cáncer de próstata localizado en nuestro Servicio.

## **SIGNIFICADO DE LA PROGRESIÓN BIOQUÍMICA TARDÍA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL. DATOS DE NUESTRA SERIE**

Ángel Andreu García, Pedro Valdevira Nadal, Juan P. Morga Egea, Julián Oñate Beltrán, Andrés Sempere Gutiérrez, José Luis Rico Galiano, Mariano Tomás Ros, Óscar Fontana Compiano.  
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## **OBJETIVOS**

Valorar nuestra experiencia respecto de la historia natural del cáncer de próstata que sufre progresión tardía tras la prostatectomía radical, en términos de tiempo hasta la aparición de clínica, metástasis o hasta la muerte por enfermedad.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Análisis retrospectivo de 187 pacientes con cáncer de próstata clínicamente localizado, sometidos a prostatectomía radical. Se definió el evento progresión bioquímica tardía (PBQT), como el

presentar un PSA mayor de 0,3 ngr/ml. a partir del tercer año de la cirugía, excluyendo del análisis los casos con tiempo de seguimiento inferior al mencionado.

## **RESULTADOS**

De los 187 casos, hacen progresión bioquímica 30 pacientes (16%), de estos hacen PBQT, 11 pacientes, de los cuales 8 están en tratamiento solo con observación y 3 con bloqueo hormonal, no objetivándose en estos metástasis, ni éxitus cáncer dependiente.

De los 11 registros con PBQT, tenían una mediana de PSA previo a la cirugía por encima de 12,58 ngr, mediana de tiempo de seguimiento de 60 meses y de Gleason superior a 5.

El grupo con PBQ temprana tenía una mediana de PSA previo a cirugía por encima de 11,2ngr, mediana de tiempo de seguimiento de 20 meses y de Gleason superior a 5.

## **CONCLUSIÓN**

- LA PBQ es el criterio de valoración utilizado en clínica para identificar fallos del tratamiento radical del cancer de próstata.
- Aproximadamente entre el 15 y el 53% de los pacientes sometidos a tratamientos curativos primarios desarrollaran una PBQ, formando un grupo heterogéneo en el que no todos desarrollaran recidivas tumorales clínicamente significativas, creando esta situación de incertidumbre en la interpretación de la elevación del PSA.
- Complejidad en la decisión terapéutica de la PBQT, debiendo decidir desde la vigilancia ante la progresión sin clínica, o decidir tratamiento según normogramas que valoran los distintos factores de riesgo.
- Serán precisos estudios a más largo plazo y con series amplias para una mejor interpretación y tratamiento de la PBQ.

## **PROSTATECTOMÍA RADICAL EN HOSPITAL “SANTA MARÍA DEL ROSELL” (1998-2007)**

Eugenio Hita Rosino, Francisco J. Jiménez Penick, Enrique Cao Avellaneda, Juan Moreno Avilés, Carlos García Espona, Max Cachay Ayala, Juan M. Soler Fernández, José M. Cervell Ferrón, Ricardo García Pérez.

Servicio de Urología. Hospital Universitario “Santa María del Rosell”. Cartagena.

## **INTRODUCCIÓN**

El tumor de próstata y su tratamiento quirúrgico de intención curativa, la prostatectomía radical, son motivo de constantes análisis y estudios. La revisión de los resultados obtenidos en los distintos centros donde se realiza es indispensable para el adecuado control de calidad y toma de futuras decisiones.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo con análisis inferencial de la experiencia en esta técnica en el Hospital Universitario “Santa María del Rosell” de Cartagena desde el año 1998 hasta el final del año 2007. Se han revisado los archivos clínicos del Servicio y la historia hospitalaria para la obtención de los datos. Se incluyen: edad del paciente, PSA previo a cirugía, sumatorio Gleason de la biopsia, informe anatomopatológico de la pieza (sumatorio Gleason, bordes quirúrgicos afectados, estadio), recurrencia bioquímica y tratamientos adyuvantes utilizados. Los datos se analizaron estadísticamente con el programa SPSS 11.5.

## **RESULTADOS**

Se han revisado 93 pacientes. Más de la mitad de los casos se han realizado en los últimos 5 años, con un máximo de 26 casos en 2006 y 2007. La edad media fue de 63,7 años, con 75 años como edad máxima para la cirugía. EL PSA prequirúrgico medio se situó en 8,64. Mostramos

la evolución de estos datos a lo largo de los 9 años estudiados. El sumatorio Gleason de la biopsia fue en más del 75% de los casos 6 ,(rango de 4 a 9). Hemos encontrado una correlación estadísticamente significativa (Coeficiente de correlación de Pearson =0,362 ( $p=0,017$ )), entre el sumatorio de Gleason de la biopsia y el de la pieza quirúrgica. El estadio patológico final mayoritario fue el pT2.

El 29% de los pacientes operados presentaron márgenes quirúrgicos afectados, encontrando una mejora de este resultado a lo largo de los años revisados. Realizamos un modelo de predicción estadística de la presencia de bordes quirúrgicos positivos con los factores expuestos, encontrando factor pronóstico estadísticamente significativo sólo el PSA prequirúrgico.

En 17 pacientes se diagnosticó recidiva bioquímica (PSA > 0,2 ng/ml) , lo que supone un 18,72% del total de los pacientes incluídos. Desarrollamos un modelo de predicción estadística para este evento, encontrando como único factor de riesgo relevante el sumatorio de Gleason de la pieza y la ausencia de bordes quirúrgicos afectados como factor protector. En la gran mayoría de los pacientes afectados (más del 80%) no se realizó tratamiento adyuvante hasta el momento de la revisión.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de nuestra experiencia de los últimos 10 años coinciden en líneas generales con la mayoría de series publicadas. El PSA previo es factor pronóstico para la presencia de márgenes quirúrgicos y el sumatorio de Gleason para la aparición de recidiva bioquímica. No obstante, para el corto período de seguimiento para esta entidad, los resultados deben ser analizados con cautela.

## **CIRUGÍA CONSERVADORA EN EL TRATAMIENTO DE LAS MASAS RENALES**

A. Sempere Gutiérrez; J.P. Morga Egea; P. Valdevira Nadal; J. Oñate Celdrán; M. Tomás Ros; J.L. Rico Galiano; A. Andreu García; L.O. Fontana Compiano.

Servicio de Urología.

Hospital General Universitario Reina Sofía. MURCIA

## **INTRODUCCIÓN**

Las indicaciones de la cirugía conservadora en el tratamiento de los masas renales están, hoy en día, bien establecidas tanto para aquellas realizadas de forma obligada, relativa y electiva permitiendo supervivencias equiparables al tratamiento radical.

## **OBJETIVO**

Analizar de forma retrospectiva la cirugía ahorradora de nefronas realizada en nuestro servicio en los últimos 10 años valorando resultados tanto oncológicos como de funcionalidad renal.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Ente enero de 1998 y octubre de 2008 hemos realizado 21 cirugía conservadoras por tumoración renal. 6 eran mujeres y 15 hombres con una edad media de 60,4 años (rango 38-75). El seguimiento medio fue de 38 meses (rango 5-118). Las variables analizadas son el tipo histológico, estadio tumoral, tamaño, localización, tipo de indicación, resultados oncológicos y de función renal al final del seguimiento.

## **RESULTADOS**

De las 21 cirugías conservadoras 16 correspondían a carcinoma de células renales (CCR), 4 angiomiolipomas y 1 nefroma multiquístico. El tamaño tumoral medio fue de 3,6 cms. La localización fue en 14 casos en riñón derecho y 7 en riñón izquierdo siendo mesorrenal en 5 casos y 16 en los polos. En cuanto al tipo de indicación fue obligada en 3 casos (monorreno, IRC, bilateral), relativa en 4 casos (IR moderada, diabetes) y en 14 casos fue electiva. Todos los pacientes con indicación electiva permanecieron con función renal normal al final del seguimiento. Del resto

ninguno empeoró su función renal a causa de la cirugía.

Con respecto a los 16 casos de CCR, 15 fueron estadio T1a (tamaño tumoral medio 2,2 cm; rango 0,5-4 cm) y 1 T1b (tamaño tumoral 5 cm). En cuanto a la supervivencia global de este grupo ninguno falleció por el carcinoma de células renales. No se objetivaron en el seguimiento recidivas locales ni a distancia. 2 enfermos fallecieron por otras neoplasias (pulmón y estómago).

## **CONCLUSIONES**

La cirugía conservadora de parénquima renal es un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento de las masas renales desde el punto de vista oncológico y de funcionalidad renal. Los resultados de nuestra serie son equiparables a los publicados en la literatura internacional.

## **UROPORTAL.NET: CINCO AÑOS EN INTERNET**

---

Carlos Tello Royloa  
UroPortal.net

En noviembre de 2003 se presentaba en las IX Jornadas Urológicas Murcianas: Uroportal.net, un portal de información urológica dirigido a profesionales que recoge y clasifica enlaces a páginas urológicas de Internet.

Cinco años después Uroportal se ha convertido en una web de referencia para muchos urólogos españoles y especialmente hispanoamericanos: más de un millón de visitas de más cien países avalan la aceptación de este portal especializado.

UroPortal se encuentra en lugar predominante en buscadores como Google, Yahoo, MSN... y está incluido en el directorio DMOZ (open directory project) que utilizan los principales buscadores.

A lo largo de estos cinco años se han desarrollado páginas especializadas en distintas subespecialidades y patologías: andrología, oncología, incontinencia, uroginecología, urología pediátrica, urología geriátrica, laparoscopia..., una sección sobre tecnología médica y productos sanitarios, un tutorial de medicina basada en la evidencia, un directorio de guías de práctica clínica, una versión reducida en inglés y otros recursos y herramientas.

Aunque UroPortal se diseñó inicialmente como una web para profesionales, en la actualidad incluye también una sección para pacientes que recopila información de la máxima calidad sobre temas urológicos.

Siguiendo las nuevas tendencias de la Web 2.0, se han ido creando distintos blogs como el de novedades en uroportal, uro-internet, vídeos de urología... y se ha incorporado en algunas páginas la sindicación de contenidos de otros medios como PubMed.

Nuevos recursos y proyectos están en fase de diseño y pronto estarán disponibles en la web.

## **AUDITORÍA DOCENTE PARA FOMENTAR LA EXCELENCIA CLÍNICA**

---

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

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

## **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

El principal objetivo del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (SNS) es dar respuesta a los retos que tienen planteados el SNS, incrementando la cohesión del sistema; garantizado la equidad en la atención, con independencia del lugar en el que residan y asegurando que ésta sea de la máxima calidad.

Dentro de las 6 grandes áreas de actuación: Protección, Promoción de la Salud y Prevención; Fomentar la Equidad; Apoyar la Planificación y el desarrollo de los Recursos Humanos en Salud; Utilizar las Tecnologías de la Información para Mejorar la Atención; Mayor Transparencia; destaca la de Fomentar la Excelencia Clínica. Dentro de esta área destacan diferentes estrategias como la de establecer los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios a nivel del SNS, garantizar la calidad de los centros, servicios y procedimientos de referencia del SNS estableciendo un modelo de acreditación y por último fortalecer el proceso de auditoría docente.

Con motivo de la realización de la Auditoría Docente a nuestro Servicio dentro del Plan de Auditorías de Centros y/o Unidades acreditados para la docencia postgrado llevada a cabo los días 10 y 11 de Junio de 2008 y la de Nuestro Hospital los días 28,29 y 30 de Octubre de 2008 presentamos el procedimiento, documentación y evaluación de la misma

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Realizamos un análisis de todos los documentos que nos solicitan los auditores de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Hacemos una búsqueda activa tanto en buscadores como en páginas web relacionadas para la localización de estrategias, planes docentes y evaluaciones de otras Unidades y Centros Hospitalario. Se consigue toda la documentación solicitada por el equipo auditor poniéndola tanto ésta como el Tutor docente, Jefe de Servicio, Jefe de Estudios y la dirección del Centro a su disposición.

## **RESULTADOS**

Se relata como se desarrolló el procedimiento de auditoría al que fuimos sometidos y las consideraciones más importantes propuestas. Destacando de todas ellas: la necesidad de la "personalización" y adecuación del cumplimiento del programa docente de Urología no sólo al año de Residencia sino al individuo. La necesidad de la evaluación continua y la necesidad de seguimiento de cumplimiento del mismo y la obligatoriedad del uso del Libro de Residente como instrumento de recogida de toda la formación del residente.

## **CONCLUSIONES**

El Plan de Auditorías del Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud buscar fomentar la Excelencia tanto en la atención de los pacientes, promoción de la Salud como en la formación de profesionales sanitarios. El conseguir un estándar de calidad es una obligación para todos aquellos centros que estamos acreditados para la docencia. Nuestro objetivo es cumplirlo.

## **EL CISTOCELE COMO FACTOR DE DISFUNCIÓN MICCIONAL**

---

Pedro A. López González, Ana López López, Pedro López Cubillana, Pablo Martínez Pertusa, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

## **INTRODUCCIÓN**

Existen controversias con respecto a si la presencia de Cistocele, y el grado de este, es un factor de obstrucción del trato urinario inferior (TUI).

## **OBJETIVOS**

Valorar la relación entre el cistocele y la obstrucción del tracto urinario inferior. Un objetivo secundario fue valorar la relación entre el cistocele y la existencia de otros prolapsos de órganos pélvicos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluaron, de forma retrospectiva, 200 casos de mujeres sometidas a estudio urodinámico, de forma consecutiva, entre diciembre-06 y diciembre-07.

A todas las pacientes se les realizó una exploración física uro-ginecológica, valorando la presencia de prolapso urogenital. El cistocele se evaluó según la escala de Baden y Walker-1972-. Se clasificaron a las pacientes en 2 grupos:

- Grupo A: Ausencia de cistocele (Grado 0) y Grado I.
- Grupo B: Cistocele significativo (Grado II-IV)

Se analizaron como criterios urodinámicos, para el diagnóstico de obstrucción del TUI, el residuo postmiccional (RPM)>20%, el flujo máximo (Qmax)<15 ml/s; y la presión del detrusor en el flujo máximo (PrDetQmax)>25 cmH<sub>2</sub>O.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Ausencia de flujometría libre o flujometría con volumen vaciado < 150 ml.
- Existencia de patología neurológica.
- Antecedentes de cirugía urogenital.

## RESULTADOS

La edad media de las pacientes fue de 56 años (12-83), de las cuales un 46'5% no presentaba cistocele, un 17'5% cistocele grado I, un 28% grado II y un 8% grado III.

Apareció un RPM>20% en un 28%, 22,9%, 33'9% y en un 62'5% de los casos para el Cistocele Grado 0, I, II y III de forma respectiva (P:0'02).

El análisis de las diferencias, entre variables asociadas a obstrucción del TUI, fueron estadísticamente significativos, a favor de la asociación del cistocele grado II-IV (grupo B) con parámetros obstructivos miccionales. (tabla 1)

Tabla 1	RPM Medio	RPM>20%	Qmax<15ml/s	PrDetQmax >25cmH <sub>2</sub> O	Sig.
Grupo A	17'3%	26'6%	15'6%	26'3%	P<0'05
Grupo B	29'8%	40'3%	27'8%	47'8%	

Las pacientes con cistocele significativo presentaron incontinencia urinaria con una frecuencia del 75% (De esfuerzo: 34'7%, de urgencia: 13'9%, mixta: 26'4%). Se detectó hiperactividad vesical en un 45'8%.

El cistocele se asoció significativamente con la presencia de otros prolapsos urogenitales.

## CONCLUSIONES

La presencia de cistocele significativo es un factor asociado a disfunción de vaciado miccional. El cistocele se asocia a la existencia de otros prolapsos urogenitales.

## UN NUEVO ESTÁNDAR: VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

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

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

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La vasectomía es uno de los métodos más sencillos, rápidos y efectivos para asegurar la contracepción. Las dos técnicas quirúrgicas más frecuentes son el método de incisión y la técnica

de Vasectomía Sin Bisturí (VSB). La VSB la desarrolló el Dr. Li en China hace 30 años y requiere de dos instrumentos diseñados por él: pinza de anillo y pinza afilada de mosquito. La técnica procura reducir los efectos adversos y acortar el tiempo de cirugía.

El objetivo primario es comparar la efectividad, seguridad y aceptabilidad del abordaje de la VSB en relación con la técnica habitual de incisión con bisturí, analizando nuestra serie y el secundario: analizar las diferentes técnicas anestésicas: aguja, spray/jet (Madajet) y EMLA en combinación con Mepivacaína que hemos practicado en algunos casos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Realizamos un búsqueda bibliográfica en MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, COCHRANE,... con términos: "VASECTOMY"(MeSH) AND "NO SCALP" (libre) para el objetivo primario y "VASECTOMY" (MeSH) AND "ANESTHETIC, LOCAL" (MeSH) para el secundario. Se realizaron búsquedas en listas de referencias de artículos y resúmenes de Congresos. Se analizan los abstracts obtenidos por parte de dos investigadores de forma independiente y se seleccionaron aquellos que presentaban coincidencia en su selección. Las medidas de resultado se centraron en aquellas clínicamente relevantes: efectos adversos (dolor, hematoma, infección,..) y medidas secundarias: dolor, tiempo, inicio de actividad sexual ...Analizamos los procedimientos realizados en nuestro Centro con la técnica de VSB que comenzamos hace 15 meses.

## **RESULTADOS**

De 119 obtenidos, se seleccionaron 22 por estar relacionado. Se incluyeron Ensayos Clínicos, Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis. Destacamos la Revisión Cochrane de 2007 "Incisión con bisturí vs sin bisturí para la vasectomía", dos Ensayos Clínicos: Christensen y Sokal, y una Revisión Sistemática de Labrecke de 2004 (con 31 estudios); todos concluyen que la VSB es mas segura que la convencional.

En relación con la técnica anestésica seleccionamos 9 y se describen: spray/jet (Madajet) y convencional con aguja, obteniendo resultados similares en cuanto a tolerancia y dolor. Sólo tres hacen referencia al uso de EMLA, usado para minimizar la molestia de la inyección. No hay ninguno que la utilice como tratamiento anestésico único en piel en combinación con otro en gotas.

En nuestra serie el tiempo de cirugía y las molestias han sido sustancialmente mas cortas que con la convencional sobre un total de 160 casos.

## **CONCLUSIONES**

El abordaje del conducto deferente sin bisturí (VSB) presenta menos hemorragia, hematoma, infección y dolor, con un tiempo de cirugía mas corto y reanudación de la actividad sexual más rápida que la técnica convencional y resultados de efectividad similar a ésta. El uso EMLA en combinación con Mepivacaína pudiera ser óptimo para la VSB, aunque faltan estudios que lo confirmen.

## **NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA. VISIÓN EN EL TIEMPO A TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA**

---

M. Tomás Ros, J. Oñate Celdrán, A. Sempere Gutiérrez, J.P. Morga Egea, P. Valdelvira Nadal, A. Andréu García, J.L. Rico Galiano y L.O. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

## **INTRODUCCIÓN**

La Nefrolitotomía percutánea (NLP), desde sus inicios en los 70, y la rivalidad en los 80 con la Litotricia Extracorpórea por Ondas de Choque (LEOCH), ha ido perfilando sus indicaciones. Aunque plantean indudables retos con dificultades técnicas específicas, problemas asociados

intra o peri operatorios, instrumentación o tecnología de última generación, su condición de técnica poco invasiva y su alta tasa de resolución en la litiasis compleja la convierten en un recurso imprescindible para el tratamiento de la misma.

## OBJETIVOS

Valorar la utilidad de NLP a través de la experiencia que iniciamos en 1990, y como progresivamente hemos ido aumentando sus indicaciones.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos repasado la evolución de la NLP en nuestro Servicio a largo tiempo (1989-2008), sobre las diferentes fases de adaptación a las indicaciones y a los medios tecnológicos. Además mediante un estudio observacional, no aleatorizado, retrospectivo hemos revisado las historias clínicas de los últimos 38 procedimientos consecutivos. Se recogen datos sobre edad, lateralidad, indicaciones, composición, aspectos técnicos, complicaciones, transfusión, estancia hospitalaria, resultados mediante aclaramientos completos con o sin tratamientos auxiliares.

## RESULTADOS

**Edades:** entre 29 y 78 años (x 49), 20\_ y 18\_. **Lateralidad:** 17 sobre riñón derecho y 21 sobre riñón izquierdo. **Indicaciones:** 19 coraliformes (9 completos), 9 litiasis piélicas >2cm, 5 litiasis únicas de cáliz inferior, 2 litiasis sobre divertículos caliculares, 2 litiasis piélicas cálcicas < 2 cm. resistentes a LEOCH, 1 litiasis ureteral obstructiva. (10 Pacientes habían recibido LEOCH previa). **Composición:** 7 litiasis cistínicas, 4 úricas, 1 fungus-ball, el resto cálcicas o infectivas (6 cultivos previos con Proteus). **Aspectos técnicos:** 3 en supino y el resto en prono, 36 trayectos con dilatadores telescópicos de Alken y 2 dilataciones con balón de alta presión, 2 extracciones con cestas tipo Dormia, 4 con pinzas, 2 con láser Holmium y el resto tras fragmentación con Litoclasth. **Complicaciones:** 3 reconversiones, 1 por sangrado y 2 por fracaso de buen acceso a vía, 1 hematoma retroperitoneal resuelto espontáneamente. En 10 pacientes fue necesario transfusión. No hemos tenido fístulas arteriovenosas, tampoco lesiones pleurales ni de colon. **Estancia hospitalaria** de 2-11, media (5,04) días. **Tasa libre de litiasis:** Buenos resultados sin LEOCH sin tratamientos accesorios 25 (65%) y con LEOCH adicionales 33 (86%), residuales significativas 4 (10%).

## CONCLUSIONES

La NLP en la actualidad ha concretado sus indicaciones como claramente reflejan las Guías Prácticas Clínicas, por lo tanto los residentes deben ser formados en esta técnica. Los servicios de Urología que quieran realizar NLP, no deben dejar las nefrostomías en manos de los Radiólogos. El Instrumental ya sea fungible o inventariable, y las fuentes de energía son básicas para un correcto tratamiento. Nuestra experiencia ya antigua, aunque condicionada por la casuística, demuestra que en nuestro medio es factible y útil su realización.

## NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA: CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

---

Doñate Íñiguez G, Escudero Bregante JF, López González, PA, Ruiz Morcillo JC, Moreno Alarcón C, Rigabert M, Tornero J, López AI, Gómez ,G, Pérez Albacete, M.  
Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

## INTRODUCCIÓN

El objetivo del manejo quirúrgico de los cálculos renales es lograr la máxima eliminación de cálculos con la mínima morbilidad del paciente. La nefrolitotomía percutánea supone un abordaje mínimamente invasivo para litiasis complejas que no son candidatas a litotricia por ondas de choque.

Presentamos a continuación nuestra experiencia en los últimos 4 años en la cirugía percutánea en la patología litiasica.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Entre Diciembre de 2004 y Septiembre de 2008 realizamos 37 procedimientos en 35 pacientes, de los cuales 28 eran mujeres y 9 hombres con edades comprendidas entre 21 y 77 años. La cirugía se realizó en decúbito prono en 15 casos, y en decúbito supino en 22. El abordaje quirúrgico fue a través del cáliz inferior en 29 casos y en cáliz medio en 8 casos. El tamaño medio de la litiasis fue de 4 cm<sup>2</sup> y 10 fueron coraliformes completos.

## **RESULTADOS**

El tiempo medio de cirugía fue de 3 horas aproximadamente. La punción renal fue guiada por Rx en todos los casos excepto en 1 que se guió ecográficamente.

Se colocó catéter doble J en 28 casos. Hubo una complicación intraoperatoria (desgarro ureteral). Y como complicaciones en el postoperatorio inmediato cabe destacar una sepsis urinaria y una lesión del plexo braquial, ambas con buena evolución posterior.

21 pacientes quedaron limpios tras la cirugía, y 16 con restos litiasicos, 8 de ellos recibieron litotricia extracorporea.

La estancia media hospitalaria fue de 5,2 días.

## **CONCLUSIÓN**

La cirugía percutánea renal es una técnica segura, resolutive y mínimamente invasiva que permite abordar los calculos complejos sin recurrir a cirugía abierta y es reproducible con los medios adecuados y el entrenamiento básico.

## **NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA CON LÁSER HOLMIUM**

---

Pedro A. López González, Jesús Tornero Ruíz, Mariano Rigabert Montiel, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete H. U. Virgen de la Arrixaca

### **RESUMEN**

Presentamos un video sobre una nefrolitotomía percutánea realizada en nuestro centro.

Duración: 7 min 30 seg.

### **CASO CLÍNICO:**

Varón, de 74 años, con antecedentes de miocardiopatía hipertrófica y fibrilación auricular.

Remitido al Servicio de Urología por hematuria macroscópica, dolor en fosa renal izquierda e infecciones urinarias de repetición.

Se le realizaron, como exploraciones complementarias:

- Radiografía simple de abdomen
- Ecografía renal
- Urografía IV

Se diagnosticó de Litiasis Coraliforme, que ocupaba pelvis y grupo calicular inferior de riñón izquierdo.

## **CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA CON URS FLEXIBLE Y LÁSER HOLMIUM**

---

Pedro A. López González, Mariano Rigabert Montiel, Jesús Tornero Ruíz, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete H. U. Virgen de la Arrixaca

## RESUMEN

Presentamos un video sobre cirugía retrógrada, usando el ureterorenoscopia flexible y láser Holmium, realizándose extracción de litiasis intrarrenal y endopielotomía endoscópica.

Duración: 7 min 30 seg

## CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años sin antecedentes clínicos de interés.

Valorada por el Servicio de Urología por cólicos renoureterales, derechos, de repetición.

Se realizan como exploraciones complementarias:

- Rx simple de abdomen
- Ecografía renal
- UIV
- Gammagrafía renal, en el límite de la normalidad.

Se objetiva litiasis intrarrenal, en grupo calicular inferior de riñón derecho, realizándose litotricia extracorpórea. Tras LEOCH, presenta múltiples fragmentos litiásicos residuales, por lo que se decide extracción de cálculos con URS flexible.

Ante la persistencia de la clínica, imagen endoscópica de estenosis funcional de la unión ureteropielica y nueva gammagrafía renal anormal, se decide endopielotomía retrógrada endoscópica con láser Holmium.

## RESULTADO DEL TRATAMIENTO CON LITOTRICIA EXTRACORPÓREA CON ONDAS DE CHOQUE EN PACIENTES CON CÁLCULOS CORALIFORMES

---

E. Izquierdo Morejón, A. Rodríguez Tardido, B.N. Pietrìcicà, R. Montoya Chinchilla, 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. Murcia.

Unidad de litotricia Dornier Med Tech. Clínica Belén. Murcia\*

## INTRODUCCIÓN

La litiasis es una patología con una prevalencia general del 10%, cuya incidencia y naturaleza ha variado según el sexo y la edad de los pacientes, y depende de la influencia de factores de riesgo vinculados al sexo y al peso corporal por la influencia de hábitos higiénico-dietéticos, tratamientos antibióticos y hormonales, etc... Históricamente, los diferentes tipos de litiasis han ido afectando a distintos estratos de la sociedad.

En el caso de los cálculos coraliformes, la presencia de litiasis en la vía urinaria se puede comportar de forma obstructiva, según sean completos o incompletos, con el riesgo de complicaciones funcionales importantes de forma retrógrada que puede precisar derivaciones urinarias. En su mayoría, los cálculos coraliformes están infectados por gérmenes ureasopositivos, de los que el *Proteus* es el más importante, lo que lleva a administrar antibioterapia. Químicamente, en tres de cada cuatro casos, el cálculo es de estruvita, compuesto por fosfatos de amonio, de magnesio y de calcio, de dureza intermedia.

Si bien las mejoras en las técnicas endourológicas las han hecho más eficaces, la LEOC se ha mantenido como una buena opción terapéutica, mejorando sustancialmente si se complementan ambas, llegando a igualar los resultados de la cirugía abierta.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Entre octubre de 1998 y diciembre de 2007, se trataron 45 pacientes con cálculos coraliformes

de ambos sexos con predominio de mujeres, con una relación de 3 a 2, con edades comprendidas entre 24 y 76 años, de media 49 años. La media de sesiones por paciente fue de 1.9. En 4 casos se trataron cálculos bilaterales y el resto unilaterales (28 riñón izquierdo y 17 riñón derecho). Tras la 1ª sesión nos encontramos con pacientes con; restos litíasicos renales no subsidiarios de nueva sesión con LEOC, o con pacientes con necesidad de retratamientos (2 o más sesiones). Como pruebas complementarias diagnósticas de utilizaron radiografías abdomino-pélvicas AP y lateral y urografías IV. Se utilizó sedación con Alfentanilo y Midazolam a dosis bajas y pudiendo incrementarse para mejorar la tolerancia del procedimiento.

## **CONCLUSIÓN**

El tratamiento de las litiasis urinarias mediante litotricia con el litotriptor Dornier Compact-Delta, muestra buenos resultados, obteniendo un amplio porcentaje (46%) de los pacientes libres de litiasis con una sesión. La mitad de los pacientes, por el volumen de los cálculos, requirió nueva sesión con LEOC; solucionándose la litiasis en más del 60% de los casos con 2 sesiones, en más del 80% de los casos con 3 sesiones y más del 90% con 4 sesiones.

## **URETROPLASTIA CON INJERTO DE MUCOSA ORAL. RESULTADOS LARGO PLAZO**

Morga Egea, J.P., Valdevira Nadal, P., Oñate Celdrán, J. Sempere Gutiérrez., A., Andreu García, A., Rico Galiano J.L., Tomás Ros, M., Fontana Compiano, L.O.  
Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio de Urología

## **OBJETIVOS**

Valorar los resultados obtenidos a largo plazo en los pacientes sometidos a uretroplastia con injerto de mucosa oral (yugal).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Hemos revisado las historias clínicas de los pacientes intervenidos en nuestro servicio con un seguimiento de, al menos, 40 meses tras la cirugía, obteniendo un total de 16 pacientes. Todos ellos, excepto dos, tenían afectación de uretra bulbar, aunque la mitad de ellos también tenían afectada la uretra peneana en mayor o menor medida. De los dos pacientes que tenían afectación mayoritaria de uretra pendular, uno estaba diagnosticado de Balanitis Xerótica y el otro había sufrido numerosas intervenciones previas por hipospadias.

Se compara el pico de flujo máximo preoperatorio con el inmediatamente posterior a la cirugía, y éstos con el actual.

## **RESULTADOS**

La edad media de los pacientes es de 50 años, con un rango que varía entre los 19 y los 69 años. El tiempo de seguimiento medio tras la cirugía es de 65 meses; rango entre los 40 y los 101 meses.

La media de pico de flujo máximo preoperatorio es de 5,25 ml/sg, y el inmediatamente posterior de 24 ml/sg, con un rango que varía entre los 13 y los 47 ml/sg, aunque el paciente con menor pico de flujo máximo debe estar en tratamiento con alfa-bloqueo por H.B.P.

El pico de flujo medio tras el periodo de seguimiento es un 34% menor que el obtenido inmediatamente tras la cirugía. Parece que este descenso es más acusado en los primeros meses y que, sin llegar a estabilizarse, persiste a lo largo del tiempo. Cuatro pacientes han precisado dilataciones posteriores, temporalmente, por estenosis de un extremo del parche, siendo en nuestro caso, más frecuentes en el extremo distal (uretra penena); probablemente por una peor irrigación de esta zona. De ellos, dos han precisado cirugía reparadora con nuevo parche de mucosa oral y han sido precisamente los que tenían afectación de uretra estrictamente peneana.

## CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos son los esperables según la literatura, que por otra parte, no suele reflejar resultados flujométricos, sino clínicos.

Este descenso del flujo máximo se debe a la retracción que sufre el injerto a lo largo del tiempo, por lo que, aunque existe un consenso general de que el mejor tratamiento para las estenosis de uretra bulbar es el uso de parches de mucosa ora, cuando no se puede realizar una anastomosis termino-terminal, lo cierto es que no es una solución definitiva, debiendo dejar claro al paciente que probablemente deberá ser sometido a nuevas intervenciones, aun sin que haya complicaciones.

## UROLITIASIS EN INTERNET

---

Carlos Tello Royloa  
UroPortal.net

Con motivo de la celebración de las XIV Jornadas Urológicas Murcianas, que tienen como tema monográfico la litiasis urinaria, se ha desarrollado en UroPortal.net una sección monográfica dedicada a la urolitiasis.

La página urolitiasis incluye como en otras ocasiones una selección de enlaces clasificados a los mejores recursos de Internet.

Se han creado distintas secciones sobre: Recursos generales, Epidemiología de la litiasis urinaria, Cólico renal, Metabolismo y Estudio metabólico, Diagnóstico por imagen, Litiasis vesical, Tratamiento médico de la litiasis urinaria, Litotricia extracorpórea por ondas de choque, Ureteroscopia, Nefrolitotomía percutánea, Cirugía abierta de la litiasis urinaria, Cirugía laparoscópica de la litiasis urinaria, Urolitiasis en pediatría y Urolitiasis y embarazo

El desarrollo de la web 2.0 y especialmente de la sindicación de contenidos mediante los canales rss nos permite mostrar en las distintas páginas de "Urolitiasis" los últimos artículos indexados por PubMed. Se incluyen así los últimos ensayos clínicos aleatorios, meta-análisis o las guías de práctica clínica así como los últimos trabajos (que se actualizan de forma automática) sobre los distintos temas antes mencionados.

Otras secciones como vídeos o webcasts ofrecen una selección de recursos multimedia sobre litiasis.

La página Uro-Pacientes de UroPortal.net incluye también una sección sobre litiasis urinaria que ofrece las mejores páginas web con información para pacientes sobre esta patología y que fue objeto de análisis en una comunicación presentada a la Reunión Nacional de Litiasis, endoscopia y laparoscopia celebrada este año en Murcia.

## “LITIASIS RENAL SINTOMÁTICA EN EMBARAZADAS. RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO”

---

Ruiz Morcillo JC, López González PA, López Cubillana P, Doñate Íniguez G, Moreno Alarcón C, Escudero Bregante F, Server Pastor. G, Pérez Albacete M.  
Servicio de Urología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca.

### INTRODUCCIÓN

La incidencia de urolitiasis durante el embarazo varía entre el 0.026 y el 0.53 % (sintomáticas 1 de cada 200 y 1 cada 2000 según las series) y, según determinados estudios, no hay diferencias significativas entre la incidencia de litiasis en embarazadas en comparación con los controles no gestantes emparejados por la edad. A pesar de esto, la verdadera incidencia es difícil de estudiar porque, clásicamente, sólo los cálculos sintomáticos son diagnosticados en las embarazadas,

mientras que en la población general también se diagnostica la litiasis como hallazgo incidental en los estudios de diagnóstico por imagen. Hoy día la litiasis renal sintomática en embarazadas se considera una de las causas más frecuentes de dolor abdominal que precisa ingreso hospitalario así como de sufrimiento fetal y parto prematuro por lo continua siendo un reto diagnóstico-terapéutico para ginecólogos y obstetras, urólogos y anestesiistas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

A través de la Unidad de Codificación de nuestro hospital, cuantificamos todas pacientes embarazadas que han precisado ingreso hospitalario en los servicios de Ginecología y Obstetricia, Urología o Unidad de Corta Estancia debido a un cólico renal agudo con o sin urolitiasis demostrada en el período comprendido entre el 1 de Enero de 2003 y el 7 de Julio de 2008. Revisamos en mayor profundidad las características de las pacientes embarazadas ingresadas en los años 2007 y hasta el 7 de Julio de 2008. Revisión de la literatura actual más reciente y elaboración de recomendaciones para el manejo de la litiasis sintomática durante el embarazo en nuestro medio hospitalario.

## **CONCLUSIONES**

La litiasis sintomática en embarazadas es relativamente frecuente en nuestro medio. En nuestra serie, el dolor en flanco durante el tercer trimestre de la gestación fue la forma de presentación clínica más frecuente. **RECOMENDACIONES:** En primer lugar sería recomendable el tratamiento de las litiasis asintomáticas detectadas en mujeres que deseen quedarse embarazadas. Durante el episodio agudo de dolor, el tratamiento conservador (reposo, hidratación adecuada y analgesia) debería de ser la primera opción terapéutica ya que existe un 70-80% de probabilidad de paso espontáneo de la litiasis. El análisis de orina, bioquímica general y hemograma en toda embarazada con litiasis sintomática puede aportar información de utilidad. La ecografía (con medición del índice de resistencia vascular y la visualización de los jets ureterales) continúa siendo el primer método diagnóstico. La resonancia magnética nuclear puede ser una opción válida de diagnóstico libre de radiación en casos complejos aunque su acceso de forma urgente limita su uso. El uso de otros métodos diagnósticos (TC y UIV con exposición limitada a radiación o Renograma isotópico) está sujeto a discusión. En caso de fallo del tratamiento conservador la inserción de un catéter ureteral doble J o la punción nefrostomía guiada por ecografía son opciones terapéuticas no curativas válidas y de fácil acceso, ambas con sus ventajas e inconvenientes. En centros con personal experimentado y con recursos disponibles, la ureteroscopia con extracción de la litiasis en casos muy seleccionados puede ser una opción terapéutica a tener en cuenta como tratamiento primario.

## **GANGRENA DE FOURNIER, REVISIÓN DE 20 CASOS**

---

R. Montoya Chinchilla, E. Izquierdo Morejón, B.N. Pietricicà, A. Rodríguez Tardido, 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. Murcia.

## **INTRODUCCIÓN**

La gangrena de Fournier (GF) descrita por primera vez como gangrena escrotal por Baurienne, es una infección necrosante subcutánea de origen urogenital o anorrectal, que afecta a la zona genital, perineal y abdominal anterior en la que está implicada habitualmente flora mixta. La GF es una enfermedad poco prevalente, que afecta generalmente a pacientes con patología de base asociada. Al ser una enfermedad de alta letalidad, todo médico debe estar alerta para actuar precozmente instaurando el tratamiento adecuado sin demora evitando alargar la duración de tratamientos antibióticos empíricos que suelen ser ineficaces como única forma terapéutica.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

Estudiamos de forma retrospectiva 20 casos de GF diagnosticados en nuestro Hospital, desde Enero de 1997 hasta Junio de 2008. Los datos recogidos para el estudio fueron la filiación, edad, sexo, días de estancia hospitalaria, días entre el inicio de la clínica y el comienzo del tratamiento, factores predisponentes, antecedentes patológicos, clínica, datos analíticos, cultivo microbiológico, antibioterapia, número de reintervenciones, ingreso y días de estancia en UCI, complicaciones y exitus letalis.

## **RESULTADOS**

La gran mayoría de los pacientes revisados fueron varones (80%), con una edad media de 61 años. Todos tenían importante patología orgánica de base y presentaban factores predisponentes, destacando la diabetes mellitus (80%) seguida de obesidad (55%), como las dos patologías más frecuentes de nuestra serie. La clínica fue similar en casi todos los pacientes, con un eritema y celulitis inicial acompañado de calor y dolor local en la zona urogenital o anorrectal asociada a cuadro febril (90%). El tiempo medio de evolución del cuadro hasta el inicio de tratamiento quirúrgico fue 6.56 días y la estancia media hospitalaria fue de 25.7 días. En todos los pacientes se realizó desbridamiento en una o varias sesiones y se instauró antibioterapia intensa, así como medidas de soporte metabólico. El germen aislado más frecuentemente en los cultivos realizados al exudado purulento durante el acto quirúrgico fue *E. coli*, seguido de *Bacteroides*, aunque habitualmente eran polimicrobianos. Los antibióticos más usados fueron rocefalin y gentamicina aislados o en combinación con otros. De todos los pacientes revisados, el 40% de ellos necesitó ingresar en Unidad de Cuidados Intensivos durante un periodo medio de 10´6 días. Fallecieron 2 pacientes (10%), siendo ambos ancianos con diversos factores de riesgo.

## **CONCLUSIONES**

La GF es una entidad patológica con alta mortalidad (en nuestra serie un 10%) favorecida por factores predisponentes como la diabetes mellitus o el tabaquismo cuya causa desencadenante es una enfermedad perirrectal o urogenital que no ha sido tratada correctamente. Debido a su pronóstico infausto, un diagnóstico precoz y una intervención multidisciplinar adecuada temprana y agresiva son esenciales para una buena evolución.

## **LITIASIS MÚLTIPLE RENAL Y MIGRACIÓN A MÚSCULO PSOAS CON EVOLUCIÓN INFECCIOSA GENERALIZADA DESFAVORABLE**

---

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

Servicio de Urología Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia.

## **INTRODUCCIÓN**

La litiasis urinaria es una patología de alta prevalencia que en la mayoría de los casos se soluciona con tratamiento médico, LEOC, maniobras endourológicas o percutáneas para la extracción del cálculo en función de su ubicación, tamaño, composición,.... En algunos casos la presencia de litiasis en la vía urinaria puede ser única o múltiple y se comporta de forma obstructiva o infecciosa con el riesgo de complicaciones funcionales importantes de forma retrógrada que precisa de derivaciones urinarias e incluso de tratamiento quirúrgico curativo de forma programada o urgente por afectación de estado general. Presentamos un caso de litiasis múltiples de larga evolución, sin clínica manifiesta por el paciente, que fistulizaron y migraron al músculo psoas, formándose un absceso y provocando sepsis urinaria mortal.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Presentamos el caso de un paciente de 78 años ingresado por infección de tracto urinario con clínica larvada y evolución tórpida, siendo diagnosticado finalmente de CRU complicado con migración litiásica múltiple extrarenal y múltiples abscesos abdominales musculares y viscerales que requirió tratamiento multidisciplinar quirúrgico urgente por sepsis urinaria.

## **CONCLUSIÓN**

Inicialmente el paciente fue diagnosticado de nueva ITU, y alteración inespecífica de estado general atribuido a sus antecedentes no urológicos y tratamientos previos con ansiolíticos. Pero ante consulta a urología y la revisión de sus antecedentes urológicos, encontramos un paciente con un CRU complicado evolucionado infradiagnosticado. El paciente evolucionó desfavorablemente pese a tratamiento quirúrgico urgente multidisciplinar y cuidados intensivos.

Por lo que debemos realizar un estudio diagnóstico con una completa anamnesis y las pruebas complementarias protocolizadas de los pacientes varones con CRU, necesarias para el manejo adecuado y obtener los mejores resultados terapéuticos.

## **FIBROSIS RETROPERITONEAL SECUNDARIA A FÁRMACOS**

---

Moreno Alarcón C., López López A., López González P.A., Escudero Bregante J.F., Ruiz Morcillo J.C., López Cubillana P, Doñate Íniguez G., Pérez Albacete M.

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

## **INTRODUCCIÓN**

La fibrosis retroperitoneal (FRP) es una enfermedad poco frecuente que suele presentarse como una placa fibro-inflamatoria que engloba la aorta abdominal y la cava inferior por debajo de las arterias renales, pudiendo afectar también a los tercios superior y medio de ambos uréteres. Su etiopatogenia es desconocida, pero en un 30% de casos de FRP pueden identificarse fármacos o enfermedades que facilitan o inducen la aparición de la enfermedad. Entre los fármacos inductores destacan los antimigrañosos como la Metisergida y la Dihidroergotamina.

## **CASO CLÍNICO**

Varón de 45 años que consulta por dolor en fosa renal derecha. Fumador, sin otros factores de riesgo cardiovasculares. Solo destaca el tratamiento crónico con Dihidroergotamina Mesilato por cefaleas y AINEs ocasionales para el tratamiento de las crisis. Sin antecedentes quirúrgicos previos.

Acude a urgencias de su hospital de referencia en Agosto '08 por dolor lumbar derecho. A su llegada a urgencias presenta Creat: 5 mg/dL, realizándose derivación urinaria con catéter ureteral derecho de urgencia, siendo dado de alta con Creat: 1'3 mg/dL con estudio posterior en consultas externas. Se realiza TAC que revela una masa retroperitoneal que engrosa grandes vasos, uréteres y fascia perirrenal izquierda. Se realiza RMN que informa de masa con señal intermedia en T1 y T2 mal delimitada que ocupa gran parte del retroperitoneo, engloba aorta abdominal a partir de la bifurcación de la mesentérica superior, extendiéndose más allá de la bifurcación de las arterias ilíacas y que afecta al tercio medio del uréter izquierdo, siendo estos hallazgos compatibles con fibrosis retroperitoneal. Se realiza PAAF TC-guiada que no muestra células malignas. Durante los estudios descritos precisa nuevo ingreso en Septiembre '08 por oliguria y dolor abdominal bajo, presentando Creat: 14'4 mgr/dL, K+ 7'2 e hidronefrosis grado II derecha en el estudio ecográfico. En este momento es remitido a nuestro hospital con doble cateterización ureteral. A su ingreso el 15-9-08 presenta anuria de 24 horas de evolución, doble cateterización ureteral, Creat: 15'8 mgr/dL; Urea 177 mgr/dL; Na+ 130 mgr/dL, K+ 6'8 mgr/dL, PCR: 13'3, pH: 7'218; Sat O2: 89'7 %; Hto: 29%; Hb 27%; Leucocitos en sangre: 8690 (80% neutrófilos). Inmediatamente

se realiza hemodiálisis, variando levemente los niveles de creatinina y al día siguiente (16-9-08) se realiza nueva hemodiálisis y se inicia tratamiento corticoesteroideo intravenoso. A las 24 horas de iniciar el tratamiento corticoideo (17-9-08) el paciente inicia diuresis, se pauta tratamiento diurético y se suspende la hemodiálisis. Continúa evolucionando favorablemente hasta ser dado de alta el día 24-9-08 (última analítica Creat: 1'62 mgr/dL) siguiendo tratamiento con corticosteroides orales y tamoxifeno.

## **CONCLUSIÓN**

El tratamiento de la obstrucción del tracto urinario en la FRP ha sido clásicamente quirúrgico, mediante técnicas de liberación de los uréteres; pero este caso clínico es un ejemplo de que actualmente la actitud conservadora mediante derivación urinaria por instrumentación retrógrada del tracto urinario y tratamiento inmunosupresor asociado se deberían considerar la primera línea de tratamiento, que de resultar efectiva puede evitar la morbimortilidad asociada a la cirugía.

## **CÁNCER DE PENE EN ESTADIO AVANZADO**

---

Pedro A. López González, Gerardo Server Pastor, Belén Ferri Ñíguez, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de pene es una neoplasia poco frecuente, representando menos del 1% de los tumores que afectan al varón. Esta relacionada con factores como la existencia de fimosis, déficit de higiene y lesiones producidas por el virus del Papiloma Humano (VPH). El carcinoma de células escamosas representa más del 95% de los casos, encontrando en el resto los tumores mesenquimatosos y el cáncer metastático.

Para su manejo es necesario tener en cuenta la lesión primaria, los ganglios linfáticos regionales y las metástasis a distancia. Su aspecto más controvertido es el papel de la linfadenectomía, que aunque ha demostrado ser una terapia eficaz para los pacientes con ganglios linfáticos afectados, presenta una alta tasa de morbilidad (30-50%).

Describimos un caso clínico de cáncer de pene de estadio avanzado, con importante crecimiento local.

### **CASO CLÍNICO**

Antecedentes Personales: Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas conocidas, hipertenso, con Diabetes Mellitus tipo II, sin antecedentes quirúrgicos y con habito tabáquico de 30 cig/día.

El paciente consulta por masa a nivel genital que le ocasiona dificultad progresiva para la micción espontánea. Refiere una evolución de unos 2 años, relacionando su origen con contactos sexuales de riesgo. Fimosis desde la infancia, sin realizar nunca retracción prepucial. Síndrome constitucional intenso, con pérdida de peso, astenia e hiporexia.

Exploración Física: Destaca una masa, de unos 14x14 cm, a nivel genital, que parece provenir del pene, no reconociéndose meato uretral ni otras estructuras del pene. Múltiples adenopatías inguinales.

Exploraciones Complementarias:

- Rx Tórax: Sin hallazgos patológicos.
- RMN: Masa centrada en escroto, polilobulada, que envuelve a glande y testículos llegando a región prepúbica. Adenopatías bilaterales inguinales e ilíacas.
- Serología de VIH y LUES: Negativa.

Cirugía: Se realiza resección de masa, emasculación, con margen de seguridad, y uretrotomía

perineal. Colgajo de músculo vasto lateral derecho, con paleta cutánea de 13x8 cm, para cubrir defecto. Linfadenectomía inguinal superficial, derecha, de estadiaje.

Anatomía Patológica: Carcinoma epidermoide infiltrante de pene con márgenes quirúrgicos libres. Afectación ganglionar metastásica. Estadío pT3N3M0

Evolución: Valorado por el S. de Oncología, desestima tratamiento adyuvante, por la situación clínica del paciente, trasladándose a Unidad de Cuidados Paliativos.

## **DISCUSIÓN**

El cáncer de pene es infrecuente, afectando a varones mayores de 60 años, siendo la existencia de fimosis el factor relacionado más común.

Hasta más de un 30% de los casos consultan después de 1 año desde el inicio de la lesión, debido a la escasa sintomatología y en la mayoría de las ocasiones por vergüenza o miedo a una cirugía mutilante.

En caso de afectación ganglionar clínica, la linfadenectomía radical (inguinal e ilíaca) es el tratamiento de elección. Cuando existe afectación de ganglios pélvicos esta indicada la quimioterapia neoadyuvante con linfadenectomía radical tardía.

En nuestro caso, la extensa afectación ganglionar y el deterioro del estado general del paciente contraindicaron otros tratamientos distintos a una cirugía resectiva.

## **FÍSTULA ENTEROVESICAL DE ORIGEN IATROGÉNICO**

---

Pedro A. López González, Gerardo Server Pastor, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, Jose C. Ruiz Morcillo Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete  
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

## **INTRODUCCIÓN**

La fístula enterovesical es una comunicación anormal entre la vejiga y un segmento del tubo digestivo. La localización más frecuente es en el colon (90%) y la causa más frecuente es la diverticulitis aguda de sigma complicada, pero también puede ser causada por tumores, por enfermedad inflamatoria intestinal y como resultado de un tratamiento previo con radiación.

Entre las complicaciones urológicas tardías, después de un tratamiento con radioterapia pélvica, por cáncer ginecológico, destacan: estenosis ureteral distal, necrosis ureteral distal, reflujo ureteral bilateral, fístulas vesico-vaginales, fístula vesico-enterica, microvejigas fibroticas y estenosis uretral.

Los síntomas más frecuentes, de este cuadro, son la neumaturia, disuria, fecaluria, hematuria y dolor abdominal.

## **CASO CLÍNICO**

Antecedentes: Mujer de 87 años, con antecedentes de adenocarcinoma de endometrio (estadío I-C), realizándose histerectomía con doble anexectomía y tratamiento con radioterapia adyuvante (1987).

Múltiples ingresos por cuadros de pseudoobstrucción intestinal, relacionados con proctocolitis y enteritis actínica severa, con presencia de úlceras y estenosis objetivadas por colonoscopia.

Ingreso en 2003, en Servicio de Urología, por cuadro de fallo renal agudo, de causa obstructiva, con hidronefrosis bilateral, resuelta con sondaje vesical. Desde entonces portadora de sonda vesical a permanencia

Enfermedad Actual: La paciente ingresa a cargo del Servicio de M.I.Digestivo por dolor abdominal hipogástrico, de un mes de evolución, con salida de material fecaloideo por sonda vesical. El cuadro se inicia tras cambio de sonda vesical en su centro de salud.

Durante el ingreso la paciente presenta cuadro febril, con deterioro del estado general y fallo renal agudo con oligoanuria y aumento en las cifras de creatinina (2,8 mg/dl), por lo que es valorada por el servicio de Urología. A la exploración presenta dolor a la palpación en hipogastrio y puñopercusión renal bilateral positiva.

Exploraciones Complementarias:

Ecografía que informó de hidronefrosis bilateral y colelitiasis.

Colonoscopia que informó de mucosa de recto con imagen en empedrado y úlceras, no pudiéndose avanzar a más de 30 cm del ano por estenosis infranqueable.

TAC de urgencia que informó de vejiga redondeada, de pequeño tamaño, de paredes engrosadas. Sonda vesical que sobrepasa los límites de la vejiga.

Evolución: Ante esta situación se realiza laparotomía exploradora de urgencia. En esta se objetiva fístula vesico-cecal, con sonda vesical alojada en ciego. Se realiza resección de trayecto fistuloso con cierre primario de orificio fistuloso a nivel de ciego y de vejiga. La vejiga aparece con paredes engrosadas, rígida, y de pequeño tamaño.

En el postoperatorio la paciente presenta cuadro de distress respiratorio y fallo multiorgánico, falleciendo a los 11 días de la cirugía.

## **DISCUSIÓN**

Aunque las lesiones crónicas urinarias por radiación no son frecuentes, en torno a un 5%, su manejo puede ser complicado. Describimos un caso de fístula vesico-cecal, de localización del todo inusual, con un origen multifactorial: 1) La existencia de una microvejiga fibrosa, 2) los cuadros de suboclusión intestinal, 3) Proctocolitis muy severa con estenosis y úlceras a este nivel, 4) sondaje vesical traumático.

Esta describe la importante latencia entre la lesión y el tiempo transcurrido desde la radioterapia, siendo en nuestro caso de 20 años.

## **ANGIO-TC/RECONSTRUCCION 3D EN PATOLOGÍA VASCULAR RENAL**

---

J. Oñate Celdrán, J. García Medina, M. Tomás Ros, J.P. Morga Egea, P. Valdevira Nadal, A. Sempere Gutiérrez, A. Andréu García, J.L. Rico Galiano y L.O. Fontana Compiano.

Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

Presentamos imágenes de reconstrucciones tridimensionales tras realización de Angio-TC de pacientes con diferentes patologías vasculorenales.

# Novedades en Urolitiasis

---

Dr. Juan A. Galán Llopis

El campo de la Urolitiasis ha experimentado en los últimos tiempos grandes avances en todas sus vertientes, incluyendo los mecanismos de formación de los cálculos, investigación básica y clínica y de forma especial desde el punto de vista tecnológico, sobre todo en la parte concerniente al tratamiento mediante procedimientos endourológicos, catapultados por la aparición de nuevos uretero/nefroscopios flexibles y el armamentario auxiliar para la extracción y/o fragmentación de los cálculos.

En esta conferencia pretendo hacer un repaso de las últimas novedades en cada una de estas vertientes y también de aquellos temas que, aunque no son tan novedosos, han recuperado el interés tras los nuevos hallazgos.

## **Mecanismos de formación de cálculos**

Se distinguen dos tipos de cálculos fundamentales de oxalato cálcico: los papilares, con origen en la papila renal a la que frecuentemente se encuentran pegados sobre la llamada placa de Randall y los no papilares, formados en cavidades renales de baja eficacia urodinámica. Recientemente se han publicado varios trabajos por urólogos y nefrólogos en Indiana (IKSI) sobre las placas de Randall y los cálculos de OxCa monohidrato papilares, utilizando imágenes digitales obtenidas mediante ureteroscopia y relacionándolas con el tipo de cálculo, llegando a la conclusión de que las placas son necesarias para su formación. Incluso llegan a describir tres mecanismos diferentes para la formación de dichos cálculos.

## **Técnicas de imagen**

A las ya clásicas pruebas radiológicas como la RSA, ecografía, UI V y más recientemente TAC para el diagnóstico, se añaden nuevas técnicas como la TAC de papilas renales (diferentes en litiasicos y no litiasicos) y microTAC de papilas y cálculos renales para distinguir diferentes tipos de cálculos.

## **Genética / biología molecular**

Hay estudios sobre todo en la litiasis cálcica hipercalciúrica y en la hiperoxaluria, que junto con los avances en investigación clínica y básica han permitido la utilización de medicamentos para el tratamiento de enfermedades graves como la hiperoxaluria primaria.

## **LEOC**

Quizás sea el campo en el que menos se ha avanzado, sin haberse alcanzado, a pesar de la aparición de nuevos modelos de litotriptores electromagnéticos, la efectividad que mostraban los electrohidráulicos. Recientemente se ha fabricado un modelo de litotriptor que utiliza energía electroconductiva, que a una teórica mayor efectividad debido a una mayor distancia focal incorpora tecnología de pantallas táctiles para la localización automática del cálculo tanto con fluoroscopia como con ecografía.

## **Endourología**

Es sin duda la vertiente más desarrollada en los últimos años, que ha permitido el cambio en algunas indicaciones terapéuticas. Su principal problema, obviamente es el coste inicial del aparataje y su fragilidad, que encarece el mantenimiento, pero son muchas las ventajas que ofrece. La aparición de nuevos endoscopios (cisto/nefroskopios, ureteroskopios) flexibles y accesorios atraumáticos para la sujeción y extracción de los cálculos (nitinol) junto con el cambio progresivo en la mayoría de centros de las posiciones quirúrgicas permiten accesos combinados percutáneos y endourológicos retrógrados que permiten minimizar el número de actuaciones sobre un paciente. Por otra parte se pretende disminuir el número de complicaciones durante o tras la cirugía mejorando el acceso percutáneo (empleando técnicas de imagen como segmentaciones tridimensionales / volumetría o la arteriografía in situ) o evitando la colocación de catéteres percutáneos o derivaciones internas para evitar molestias al paciente. La laparoscopia no aporta mucho de momento en el tratamiento de la litiasis, salvo en aquellos casos en los que se puedan hacer tratamientos combinados en el mismo acto quirúrgico.

## **Prevención y tratamiento médico**

La aparición del llamado síndrome metabólico (HTA, obesidad, hiperuricemia, diabetes, resistencia a la insulina, dislipemia...) en el mundo de la litiasis ha permitido nuevos enfoques sobre todo en el campo de la prevención, tanto de litiasis como de eventos cardiovasculares. Han surgido «nuevas» enfermedades como la litiasis secundaria a cirugía bariátrica, anabolizantes y suplementos vitamínicos (gimnasios), litiasis medicamentosas como por topiromato, etc que abren otras perspectivas en el campo de la litiasis. Tras alguno de los últimos trabajos publicados parece que no está tan claro que el aumento de ácido úrico en orina, por sí mismo, sea un factor de riesgo para la formación de cálculos de oxalato cálcico y que los valores hasta ahora considerados «normales» no solo de ácido úrico, sino también de calcio pueden haber quedado obsoletos y necesiten revisión. A raíz de otros trabajos recientes puede que comiencen a haber dudas con respecto a las recomendaciones dietéticas.

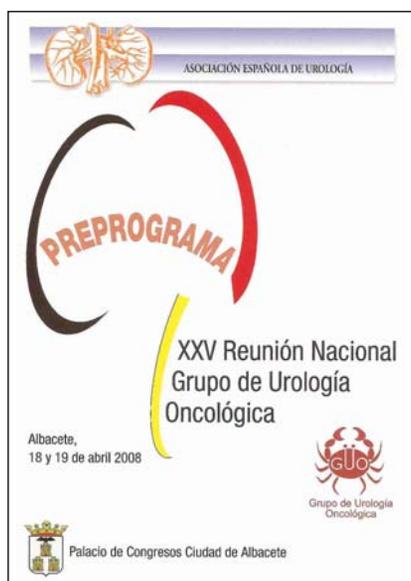
## **Nuevas tecnologías**

La endoscopia virtual sigue siendo «nueva» por la imposibilidad, en la mayoría de casos, de los radiólogos de colaborar de forma continuada, por motivos asistenciales y de carga laboral, pero ofrece en casos concretos ayuda importante para esclarecer la patología.

Desde hace pocos meses se pueden conseguir, prácticamente a tiempo real, imágenes tridimensionales de la vía urinaria a partir de las imágenes del videoendoscopio, que nos pueden ofrecer más información y ser de utilidad durante la cirugía endoscópica de la litiasis.

# Actividades científicas realizadas por Miembros de la AMU

## OBJETIVOS DEL GRUPO DE TRABAJO DE UROLOGÍA ONCOLÓGICA DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Estimados compañeros de la Asociación Murciana de Urología:

Como muchos de vosotros sabréis, en la pasada Reunión del Grupo de Urología Oncológica celebrada en Albacete fui elegido Coordinador Nacional del grupo, cargo que fue ratificado en la Asamblea del 16 de junio en el pasado Congreso de Barcelona. Aprovecho para agradecer vuestro apoyo personal.

A petición del Dr. Mariano Pérez Albacete os hago llegar esta comunicación con la finalidad de exponeros algunos de mis objetivos para los próximos cuatro años para los que he sido elegido. Creo que es una oportunidad para hacer que en este periodo la Urología murciana pueda tener una mayor representación, tanto a nivel individual como a través del grupo de medicina basada en pruebas.

Lógicamente, los cambios que voy a im-

pulsar serán graduales pues lo contrario sería una falta de consideración y respeto a la labor de mis predecesores.

Mis esfuerzos se van a centrar tanto sobre la mejora de la estructura de la Reunión anual como en la creación de un grupo estable de investigación a nivel nacional. Este fue mi compromiso durante la presentación de mi candidatura.

Respecto a la Reuniones anuales, mi empeño irá dirigido a mantener e intentar mejorar aquello que parece funcionar bien a criterio de los asociados. No obstante, pienso que es necesario aportar innovaciones que las doten de un mayor dinamismo, evitando la sobrecarga de información. En ese sentido, pienso que nuestra Reunión anual debe tener un contenido eminente práctico, evitando en la medida de lo posible, superposiciones de temas con el Congreso Nacional. De esta forma intentaremos que tenga una personalidad (valga la analogía) más definida, que los urólogos deseen asistir a la misma por su calidad. Para ello, se incluirán las siguientes secciones:

- Sintetizar la evidencia científica del momento en los temas seleccionados. Esta sección será llamada «negro sobre blanco». Tratará de exponer lo que admite un mayor grado de acuerdo científico.
- Se incluirán temas de actualización relevantes sobre aquellos contenidos de máxima actualidad que exijan una puesta al día.
- Habrá una sección de controversias sobre las «zonas de grises» de las áreas de

conocimiento tratadas. En esta se incluirán opiniones contrapuestas de expertos en la materia.

- Por último, procederemos al desarrollo en profundidad, con un enfoque práctico, de un aspecto relevante en la práctica de la oncología urológica. En la próxima Reunión de Madrid 2009 trataremos sobre «Organización de un hospital de día uro-oncológico». Será enfocado a partir de modelos de excelencia referidos a los tres grupos de hospitales de nuestro país (terciario, secundario y comarcal) de manera que puedan servir de «benchmarking» para mejorar la calidad de nuestra asistencia sanitaria.

Respecto a la producción de conocimiento, es un hecho indiscutible que el potencial de nuestros servicios no va acorde con una producción científica de calidad. Este es un diagnóstico evidente y no debería quedar así en el ámbito de conocimiento oncológico que nos ocupa. Como expuse en la presentación de mi candidatura, una solución es lograr una cooperación efectiva a través de la creación de un **club de hospitales** (realmente, de Servicios de Urología) en el que tendrían cabida todo tipo de hospitales, aunque los principales beneficiados sean los secundarios al estar «presos» de sus dimensiones en relación a su gran potencial humano.

Es mi intención recabar el apoyo de la Junta Directiva de nuestra Asociación para crear una estructura sólida, fiable y duradera que se mantenga al margen de las personas que la dirijan y en la que el cumplimiento de objetivos y grado de participación en los proyectos determine el peso específico de cada servicio o asociación que forme parte de la misma.

Como los buenos edificios se empiezan por los cimientos, dedicaré los próximos meses a configurar la estructura y procesos básicos que puedan garantizar el éxito. Hay muchos

elementos que definir ya que el grupo Uro-oncológico no cuenta con una estructura operativa formal. El primer paso debe ser establecer cuál es la mejor estructura jurídica en la que puede encuadrarse para aplicar un sistema de calidad total que garantice el adecuado funcionamiento de los procesos implicados (financiación, administración, producción, difusión). Este es un tema controvertido pero, necesariamente, debe ser el primero en abordar.

Es mi interés, además, potenciar la comunicación con los socios a través de la página web de la Asociación Española de Urología ([www.aeu.es](http://www.aeu.es)).

Pienso que es una buena oportunidad para que desde Murcia se solicite la organización de alguna de nuestras reuniones anuales. Aunque se que es difícil en este momento, pues hay varias ciudades interesadas, espero que en poco tiempo seamos capaces y logremos traernos la organización de este evento. Desde luego contará con todo mi apoyo entusiasta.

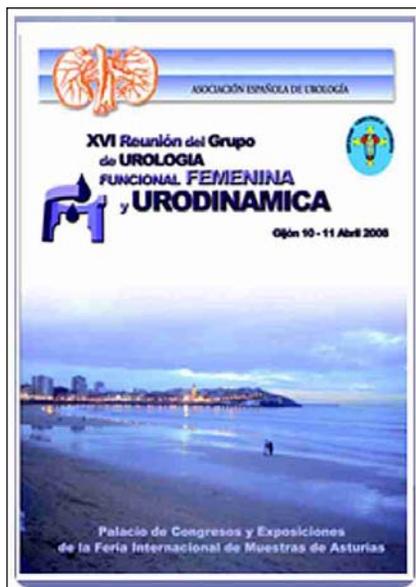
Me gustaría animaros a participar activamente en todos los eventos que organicemos en el ámbito de la oncología urológica. Os adelanto que en las próximas reuniones se les va a dar mayor importancia a los posters, seleccionando los de mayor calidad que serán defendidos en horario de máxima audiencia y no relegándolos al final como hasta ahora.

Espero poder discutir personalmente con vosotros estas y más cosas que se os puedan ocurrir.

Por último, agradezco al Dr. Mariano Pérez Albacete su invitación a exponer estas intenciones en el Boletín de nuestra Asociación

Bernardino Miñana López  
Coordinador Nacional del  
Grupo de Urología Oncológica

## MESA REDONDA: URODINÁMICA, HIPERACTIVIDAD Y PRÓSTATA



El pasado 10 de Abril de 2008 durante la celebración de la XVI Reunión del Grupo de Urología Funcional Femenina y Urodinámica, celebrada en Gijón los días 10 y 11 de Abril de 2008 se realizó una Mesa Redonda donde participé como Moderador/Coordinador para lo cual realizamos un ejercicio de Evidencia con Metodología MBE (Medicina Basada en la Evidencia); se nos planteó desde la organización el abordaje de tres temas o preguntas:

1. Tratamiento de los LUTS (síntomas del Tracto Urinario Inferior) y HBP (Hiperplasia Benigna de Próstata). Implica intervención diferida de adenoma sintomático y de mayor volumen. Agustín Franco de Castro de Hospital Clínico de Barcelona
2. Tratamiento de los LUTS y HBP. El tratamiento farmacológico mejora síntomas en muchos pacientes. Argimiro Collado Serra del IVO de Valencia
3. Lugar de la Urodinámica en la era de tratamiento Farmacológico de los síntomas, hiperactividad y volumen prostático. Jesús Salinas Casado del Hospital San Carlos de Madrid

Como Moderador-coordinador realizaba una introducción con un ejercicio de evidencia con cada una de las preguntas planteadas y el análisis de cada uno de los grandes estudios:

VETERANS, PREDICT, MTOPS, MTOPS 2006, CombaT. Dividimos la Mesa en dos grandes partes: por un lado un escenario que era la de un paciente con síntomas del tracto urinario inferior y HBP y una segunda ese mismo paciente pero con Hiperactividad vesical y queríamos descubrir el papel de la Urodinámica y el uso de los anticolinérgicos

Se estudiaron igualmente más de 9 ECA sobre el uso combinado de anticolinérgicos con alfabloqueantes y concluyen que los primeros no alteran significativamente el flujo máximo, ni más de 0,1 ml/sg y el volumen residual aumenta unos 11,6 ml

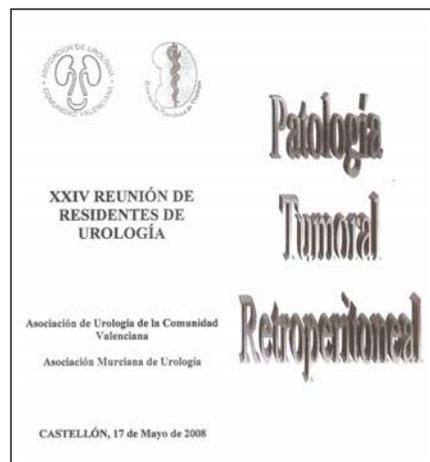
Aparte del ejercicio de evidencia con una metodología muy atractiva como así nos hizo llegar el sentir del auditorio, los mensajes para casa más importantes y que pueden ser en realidad las Conclusiones son:

- a) Que en pacientes con sintomatología moderada-severa y PSA alto y volúmenes prostáticos son candidatos a tratamiento combinado con 5-ARI y alfabloqueantes y que probablemente se pueda retirar este último entre el 6º y 12º mes.
- b) Que en los enfermos con HBP grande y con 5-ARI o con tratamiento combinado no generan próstatas grandes como hallazgo en el quirófano si precisara cirugía
- c) Que el uso de tratamiento combinado se debe realizar en función de la edad, severidad de los síntomas, volumen prostático, comorbilidades y medicación concomitante
- c) Que el uso de anticolinérgicos en pacientes con síntomas obstructivos por HBP no provocan deterioro de la capacidad contráctil del detrusor, ya que actúan primordialmente en la fase de llenado, por lo que se puede hacer tratamiento combinado en función de la sintomatología.

Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls  
Servicio de Urología. Hospital General Universitario «Morales Meseguer». Murcia

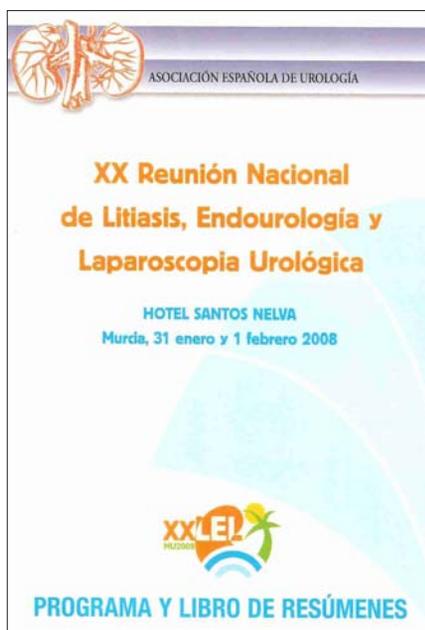
## REUNIONES DE RESIDENTES DE UROLOGÍA

La XXIV Reunión de Residentes de Urología de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y de la Asociación Murciana de Urología tuvo lugar en Castellón de la Plana el sábado, 17 de mayo de 2008, organizada por el Hospital General de Castellón, con el tema Patología Tumoral Retroperitoneal. En ella participaron por la Comunidad Murciana, los médicos residentes del Hospital Virgen de la Arrixaca y del Morales Meseguer, del primero la Dra. Gloria Doñate Íñiguez expuso Tumores renales malignos localizados. Aspectos teóricos y del segundo la Dra. Almudena Rodríguez Tardido, un caso clínico.



La XXV Reunión de Residentes de Urología de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana y de la Asociación Murciana de Urología se celebró en Valencia el sábado, 4 de octubre de 2008, organizada por el Hospital Clínico Universitario. Se estudiaron los Tumores vesicales, participaron los residentes de Murcia, del Hospital Universitario Morales Meseguer, los Drs. Bogdan Pietricică, que expuso su ponencia sobre Técnicas quirúrgicas y derivaciones urinarias. Teoría, y Emilio Izquierdo que presentó un caso clínico sobre el mismo tema. Del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca acudieron los Drs. José Carlos Ruiz Morcilo, con Tumor vesical infiltrante órgano confinado. Teoría, y Pedro Ángel López González con un caso clínico.

## XX REUNIÓN NACIONAL DEL GRUPO DE LITIASIS, ENDOUROLOGÍA Y LAPAROSCOPIA UROLÓGICA (LEL) DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA.



Celebrada en Murcia, los días 31 de enero y 1 de febrero de 2008, organizada por el Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y presidida por el Dr. Pérez Albacete y los coordinadores del Grupo de Litiasis, Dr. López García y de Endourología y Laparoscopia, Dr. Amón Sesmero. Los noventa urólogos asistentes presentaron 35 comunicaciones póster y 50 vídeos, además se desarrollaron dos conferencias magistrales los Drs. Grasses, Novedades en litogénesis, y Vicente 25 años de nuestro Grupo. Se expuso la «Opinión del experto» en Cómo mejorar los resultados LEOCH, Criterios básicos en el seguimiento de la litiasis, Novedades en el diagnóstico por imagen en litiasis y Lo que hay que conocer sobre stens ureterales, se dieron a conocer «Puntos de técnica» sobre Ureterorenoscopia rígida y Técnica en prostatectomía radical laparoscópica y hubo encuentros «Cara a cara» entre dos oponentes de un mismo tema.

En su transcurso se rindió un emotivo homenaje con una sesión «in memoriam» al Dr. D. Francisco Lovaco, recientemente fallecido y se dio un reconocimiento público al Dr. D. José Vicente Rodríguez, fundador del grupo en 1984, a la labor realizada en pro del mismo.

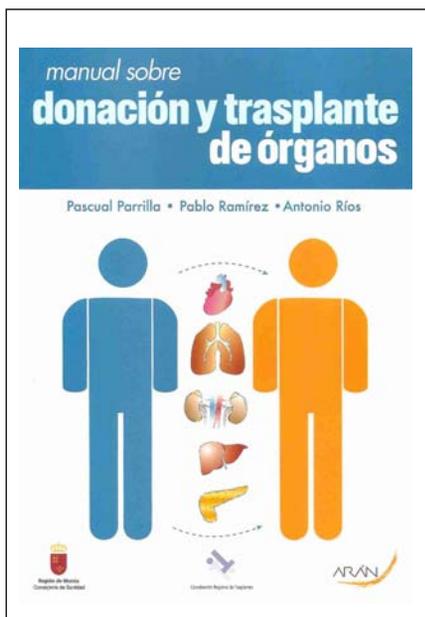


## SEMINARIO DE HISTORIA DE LA UROLOGÍA

Ha tenido lugar en Madrid en la sede de la Asociación Española de Urología, el viernes, 17 de octubre de 2008, el primer Seminario de Historia de la Urología organizado por la Oficina de Historia de la Asociación y dirigido por los Drs. Pérez Albacete y Otero Tejero y presentado por el presidente de la Asociación, Dr. Castiñeiras. Se cumplió el objetivo fundamental que era la preparación de urólogos jóvenes que mostrasen interés por el estudio y la investigación histórica y que continuasen la labor emprendida por los actuales miembros de la Oficina.

## MONOGRÁFICO DE HISTORIA DE LA UROLOGÍA ARCHIVOS ESPAÑOLES DE UROLOGÍA

La revista Archivos Españoles de Urología ha publicado en el tomo 60, número 8 del mes de octubre de 2007, en un número extraordinario sobre la Historia de la Urología, el contenido ofrece en veintidós artículos un repaso a los puntos del mayor interés en el desarrollo y evolución de la Urología española. El editor ha sido el Dr. Pérez Albacete, a que por la calidad del número monográfico la dirección de la publicación le ha concedido una mención especial en la anual entrega de premios realizada en el mes de octubre de 2007.



## MANUAL SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

El equipo de trasplante de órganos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, bajo la dirección del Dr. Pascual Parrilla y el coordinador autonómico Dr. Pablo Ramírez, ha editado en este año 2008 un manual integral sobre la donación y trasplante de órganos prologado por el Dr. Rafael Matesanz coordinador Nacional de trasplantes; los autores, que proceden de los veinte Hospitales españoles de mayor experiencia trasplantadora, presentan en 84 capítulos todo el proceso de donación e implante de los órganos sólidos, riñón, hígado, corazón, páncreas, pulmón, intestino, su indicación, diferentes técnicas, cuidados pre y postoperatorio y complicaciones, así como los fundamentos del rechazo y la inmunosupresión.

El capítulo 25, dedicado a las Indicaciones y técnicas quirúrgicas en el trasplante renal, ha sido desarrollado por los Drs. Cao Abellaneda y Pérez Albacete del servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

# Los primeros 40 años de Urología en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

M. Pérez Albacete

**Introducción.** Corrían los años 40, el régimen organiza la asistencia sanitaria del país mediante la creación del Instituto Nacional de Previsión (INP), a mediados de la década se diseña el Plan Nacional de Instalaciones del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), aprobado en 1947, en el que se incluye la construcción de una residencia sanitaria de unas 500 camas en la ciudad de Murcia.

Veinte años después y sin llegar a revisar ni modificar los planes primitivos, se llevan a cabo las obras en el barrio de Vistalegre y en 1966 el edificio está construido; lo denominan Residencia Sanitaria (fig. 1), para diferenciarlo de los hospitales tradicionales y recibe el nombre de Virgen de la Arrixaca (fig. 2). El centro queda incluido en el nuevo modelo de gestión jerarquizada, con jornada laboral completa, tras el



(fig. 1) Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, 1970.

experimental de Puerta de Hierro de Madrid y fue el segundo de estas características abierto en el país, después del de Tarragona y unos meses antes del madrileño de La Paz.

Comienzan a dotarla de medios con la tecnología más avanzada de entonces y poco a poco a lo largo del siguiente año entra en funcionamiento; la asistencia a los enfermos se



(fig. 2) Imagen de la Virgen de la Arrixaca

inicia por las consultas externas que ocupan los jefes de los equipos quirúrgicos, entre ellas la de Urología, los quirófanos se ponen en marcha con la cirugía general y los médicos internistas con dedicación plena se instalan y principian a recibir pacientes, seguidos de las diferentes especialidades que paulatinamente se van acoplando por las salas que les corresponden y así se llega a completar la dotación del nosocomio que, a finales del año 1967 funciona ya casi al completo.

**El día 13 de febrero 1968 la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca es inaugurada oficialmente por el ministro de trabajo desplazado a Murcia para el acontecimiento.**

La población murciana, en esos años, agrícola en su mayor parte, de bajo nivel cultural y escaso poder adquisitivo por término medio, contaba con unos recursos sanitarios muy precarios centrados en los médicos rurales y en los de cabecera, con pocos especialistas y los

únicos centros asistenciales eran el Hospital Provincial, dependiente de la Diputación, con pobres recursos, que asistía a sus funcionarios y a los enfermos de la Beneficencia, y algunas clínicas privadas en las que los ingresos se encontraban limitados a los procesos quirúrgicos; las enfermedades médicas eran atendidas en el propio domicilio, por lo que los pacientes no estaban acostumbrados a acudir al médico con la frecuencia y la facilidad con que lo hacen hoy día.

La modalidad de dedicación plena no fue bien acogida por los médicos y especialistas murcianos que rehusaron incorporarse como facultativos a la nueva Residencia Sanitaria, lo que propició la llegada de jóvenes con excelente preparación en escuelas y centros de formación específicos habituados al ejercicio único hospitalario y llevó a conseguir unos equipos de especialistas bien adiestrados y con amplios conocimientos en su especialidad con lo que se consiguió una excelente calidad médica y quirúrgica que condujo rápidamente a prestigiar la Residencia e incrementó considerablemente la solicitud de asistencia, que rebasó la capacidad del Hospital casi desde su inicio.

**El servicio de Urología. El diez de enero de 1968** los Drs. Server Falgas (fig. 3) y Lescure del Río (fig. 4) toman posesión como jefe y adjunto respectivamente del servicio jerarquizado de Urología de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca y comienzan a trabajar. A los pocos meses el Dr. Server logra la contratación de un practicante, el Sr. Valverde Torres, por aquello de considerarlo más apropiado para realizar los sondajes y curas de los hombres que el femenino. Pronto se ven desbordados por la presión asistencial, se consigue la creación de una nueva plaza de adjunto con la que, en octubre del siguiente año, me incorporo a su plantilla.

La sistemática de trabajo del servicio instaurada desde el principio se ha mantenido a lo largo de estos cuarenta años, los días de quirófano a primera hora comienzan las operaciones por el cirujano ayudado en aquella época



(fig. 3) Dr. Server, 1970

por lo general por el practicante mientras el resto de los componentes del servicio pasan visita a los enfermos ingresados en la planta a lo que sigue una sesión clínica donde se comentan los tratamientos, los nuevos ingresos, se confecciona el parte quirúrgico además de presentar y discutir casos problemáticos, finalizada la reunión de distribuyen las tareas, escribir los informes de alta, atender la consulta y realizar las exploraciones. La jornada laboral era de cuarenta horas semanales que se cumplían de ocho a tres y dos horas menos los sábados; los domingos y festivos uno de los tres pasaba visita, todas las tardes se acudía a ver a los operados del día y a atender las urgencias que nos esperaban en las salas de ingreso, si tenían



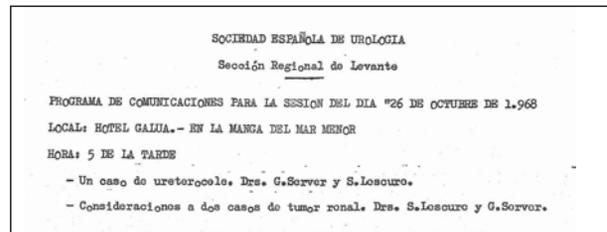
(fig. 4) Dr. Lescure, 1970

posibilidad de demora. Estábamos a completa disposición del centro las 24 horas, llamaban ante cualquier urgencia, hematurias, cólicos nefríticos, anurias, retenciones urinarias, parafimosis, etc. y había que ir a resolverla, todo ello sin contemplarse como guardias ni llevar compensación económica alguna pero realizado, gracias a la juventud, con ilusión y entusiasmo.

No quiero dejar de resaltar la labor del practicante de Urología, Sr. D. José Valverde Torres, quien en el antiguo centro era el que realizaba los sondajes, las dilataciones uretrales comenzando con las bujías filiformes, las instilaciones endovesicales de citostáticos, preparaba a los enfermos para las exploraciones endoscópicas y urodinámicas con el primitivo cistomanómetro de Lewis, cuidaba con esmero todos los aparatos y era el ayudante por excelencia en las sesiones quirúrgicas, ni la de la supervisora del área de Urología María del Mar Reinlein, ya fallecida, mujer enérgica que sabía conducir bien al personal bajo sus órdenes y manejar a los enfermos sin hacer distinciones de clases sociales o cargos, diligente en la organización de la planta.

El servicio nace con un marcado interés por el estudio, por efectuar trabajos científicos y por la participación en congresos en donde aportar su experiencia, conocer la de otros centros y establecer una relación entre compañeros, de ahí que a los pocos meses, en octubre de 1968, organice ya la tercera Reunión de los Urólogos de Levante en La Manga, en la que presentan dos comunicaciones (fig. 5). La unión y colaboración con los urólogos de la Comunidad Valenciana fue entrañable a lo largo del resto del siglo XX, cada año se desarrollaba la reunión anual a la que llevábamos el fruto de nuestra actividad, fue punto de encuentro de amigos, de contraste de pareceres, de prácticas, de técnicas y de enseñanza y fogueo de los principiantes en la comunicación oral y en la responsabilidad de su composición y exposición.

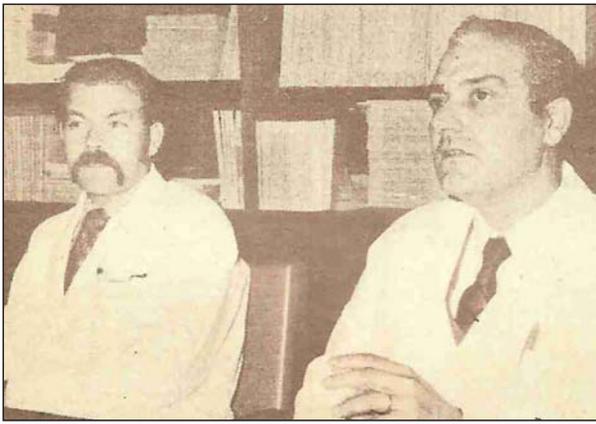
En la misma línea de trabajo científico los sábados tenía lugar una sesión clínica general del Hospital con la presentación de casos que afectaban a varias especialidades y en la que



(fig. 5) Primeras comunicaciones presentadas en la Reunión de Urólogos de Levante, organizada por el servicio de Urología de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca de Murcia en 1968

tomamos parte en diversas ocasiones (fig. 6 y 7). La patología urológica predominante por entonces era la hiperplasia benigna de próstata seguida de las infecciones de orina, tras ellas la litiasis renal y la tuberculosis urinaria, el tumor vesical mal diagnosticado y tratado hasta ese momento no era corriente encontrarlo en los periodos de inicio y los pacientes con tumores renales acudían con masas que fácilmente se descubrían al presentar la triada clásica de Guyon.

Los antisépticos urinarios, nitrofuranos, derivados del azul de metileno como la Blecetina, las sulfamidas y los antibióticos, penicilina, cloromicetina, las primeras cefalosporinas y más adelante los aminoglucósidos eran las armas con las que se contaba para combatir las infecciones urinarias y los frecuentes cuadros de pielonefritis. La tuberculosis se veía en todas sus formas, en riñones mastic, con cavernas, retracciones piélicas, en el uréter, estenosis yuxtavesical en cabeza de cobra, alguna vez observábamos drenar pus como si de pasta de dientes se tratase por el meato ureteral; en vejiga, afectaciones graves que podían llegar a importantes grados de atrofia, abundante también la presentación epididimaria en los jóvenes y rara la prostática. La tinción de Zielh-Nilsen en orina era el medio diagnóstico habitual seguido del cultivo de Lovenstein y, en ocasiones, recurríamos a inocular al cobaya; la triada estreptomycinica, isoniacida junto con el ácido para aminobenzoico constituía el tratamiento aplicado. En 1973 organizamos la VIII Reunión de Urólogos de Levante con el tema de estudio La tuberculosis urinaria, sobre el que también publicamos trabajos.



(fig. 6) Sesión clínica general de la Residencia Sanitaria, 1970



(fig. 7) Sesión clínica sobre poliquistosis renal, 1970

En cirugía (fig. 8), la prostática era la más abundante, la adenomectomía retropúbica según la técnica de Millin era la habitual realizada en próstatas grandes, muy abundantes en la época y la resección transuretral, que dominábamos con experiencia, en las pequeñas. La litiasis en todos sus aspectos era la segunda enfermedad quirúrgica en número, las pielolitomías o ureterolitomías figuraban en casi todos los partes de operaciones, les seguía la nefrectomía principalmente por tuberculosis o por pionefrosis, por la presencia de un tumor renal menos frecuente que en la actualidad y casi todos de diagnóstico tardío y de gran tamaño. El tumor vesical fue la patología que más se vio beneficiada con la existencia del servicio, la cistoscopia rutinaria ante toda hematuria se impuso, la extirpación transuretral, técnica que introdujo en Murcia el Dr. Server, era la norma, así como los controles endoscópicos postoperatorios y los tratamientos con citostáticos endovesicales,

inicialmente con Tio-thepa (fig. 9) y más adelante con Mitomicina; la excelente relación con los patólogos hizo que el estudio histológico de las piezas tuviese una cuidadosa atención y en todos los tumores vesicales infiltrantes las cistectomías fueron la regla desde el principio, el tipo de derivación urinaria dominante en aquellos años era la Ureterosigmoidostomía o la Ureterostomía cutánea, el Bricker tardó aún unos años en popularizarse, el capítulo de fístulas era importante, ginecológicas, uretrales, entéricas, etc. y atendíamos también la urología infantil, las alteraciones congénitas del tipo de hipospadias y de criptorquidias eran la más corriente. Tres mañanas a la semana teníamos quirófano con un parte de tres o cuatro, todavía no existía la reanimación postquirúrgica, ni la UCI, así que todo el control postoperatorio, cuidados e incidencias dependían de los urólogos. Iniciamos las punciones renales con aguja fina y control radiológico, aunque la mayoría de las nefrostomías eran con cirugía abierta.

En diciembre de 1971 el Dr. Lescure deja el servicio para tomar posesión de la plaza de jefe de Urología del recién inaugurado Hospital Santa María del Rosell en Cartagena y su puesto es ocupado por el Dr. Salmerón López-Rúa (fig. 10). En 1973 se resolvió el concurso oposición nacional para cubrir todas las plazas interinas existentes que nos confirmó a cada uno en nuestro empleo y en 1975, tras nuevo concurso libre a nivel nacional, obtuve el cargo de jefe de sección del servicio.



(fig. 8) En el quirófano, Drs. Server, Pérez Albacete y el Sr. Valverde



(fig. 9) Trabajo presentado en la reunión de la sociedad italiana de urología, sobre el tratamiento de los tumores vesicales con Tio-thepa, en 1970

Habían transcurrido escasamente cinco años cuando las autoridades sanitarias hicieron caso a las denuncias de los facultativos y aceptaron que el centro se encontraba completamente saturado y que era insuficiente para atender adecuadamente a toda la población debido al incremento demográfico del área de Murcia y su provincia, a su expansión económica, a la extensión de la Seguridad Social que, en la década de los setenta, alcanzaba ya al 85 % de los trabajadores y a la masiva afluencia de enfermos gracias al prestigio logrado por la alta calidad asistencial llevada a cabo. Se planteó la construcción de un nuevo Hospital de ámbito regional con gran amplitud y espacio de reserva para futuras actuaciones, catalogado como Ciudad Sanitaria en la terminología de la época, con un concepto más acorde con la evolución de la Medicina, con una capacidad cercana a las mil camas distribuidas en varios edificios y ubicado en El Palmar, a unos ocho kilómetros de la ciudad en la falda de la montaña con bellas vista a la pinada (fig. 11).

**La Ciudad Sanitaria. El 5 de mayo de 1975** con un espectacular despliegue de medios humanos y técnicos se efectúa, en una caravana que recorre las calles de la ciudad desde la madrugada y sin que se produzca ningún inci-

dente, el completo trasvase de enfermos y de personal sanitario y de servicios a las nuevas estructuras, que conserva el nombre de Virgen de la Arrixaca ya que se considera que es el mismo hospital. El viejo edificio quedó cerrado a la espera de una decisión política para determinar su futuro uso, que tardó veintidós años en producirse, con la remodelación y su reapertura como Hospital Morales Meseguer.

La dotación inicial del servicio en el nuevo Hospital fue suficiente, el Dr. Server fue el encargado de hacer la selección, de elegir el material necesario, de velar por su adquisición y se esmeró en conseguir que fuese de buena calidad. Estrenamos todo el instrumental quirúrgico, un completo conjunto del endoscópico con los aparatos más modernos de la época, las mejores ópticas con excelente fuente de luz fría, potente bisturí eléctrico, etc., lo que, unido a un amplio quirófano provisto de una buena mesa de operaciones urológicas, una lámpara de gran intensidad lumínica y el hecho de disponer de él diariamente significó, además del aumento de la actividad quirúrgica, una mejora que facilitó las condiciones de trabajo y su rendimiento. El utillaje de la antigua casa se conservó para tenerlo en reserva y para su posterior renovación.

Con el nuevo centro se amplía la plantilla, en 1976 se integra el Dr. Guardiola, con la



(fig. 10) Dr. Salmerón, 1974



(fig. 11) Vista general de la ciudad sanitaria Virgen de la Arrixaca, 1975

especialidad realizada en el Hospital del Valle Hebrón de Barcelona, en 1979 se consigue otra plaza que ocupa el Dr. Martínez Pertusa, una vez finalizada su residencia en el Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. Con ellos somos cinco los miembros del servicio de los que cuatro comenzamos la realización de guardias para atender las urgencias, durante dos años son de presencia física, lo que supone una extraordinaria sobrecarga al no tener libranza posterior, por lo que, dos años más tarde y contando con la presencia de los médicos residentes que permanecen tarde y noche, la del "staff" pasa a ser localizada.

**La docencia urológica.** Desde su inauguración el Hospital se encuentra autorizado para la docencia de postgrado de formación de médicos internos residentes (MIR); durante su primera etapa la rotación duraba tres años, discurrían por distintas especialidades para conocerlas y elegir la que se deseaba. En 1971 y durante un par de meses tuvimos a **Joaquín Sola Pérez**, que eligió después la Anatomía Patológica gracias a lo cual centró gran parte de su dedicación posterior a la patología urinaria. En 1972 **Jesús Romero Maroto** se decantó por la Urología y durante seis meses se inició en su aprendizaje, con nuestro consejo prosiguió su preparación en el Hospital La Paz en Madrid y, tras su paso como adjunto por el Hospital Ramón y Cajal, completa su carrera en el Clínico Universitario San Juan en Alicante como catedrático de Urología. El primer residente del

servicio fue el cartagenero **José Antonio García Zamora** en 1975, al cabo de los tres años entró de adjunto en el Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy en donde actualmente prosigue como responsable del servicio. El Dr. **Francisco Ojados Castejón**, cartagenero también, fue el segundo médico residente y al finalizar, tras una estancia como adjunto en la Residencia Obispo Polanco de Teruel, obtuvo plaza de jefe de sección en el Hospital Virgen del Castillo de Yecla que desempeña todavía. **Guillermo Gómez Gómez** fue el tercer médico residente que ocupó plaza en 1977, obtenido el título desempeñó un puesto en el Hospital de Cabueñes en Gijón, luego por oposición fue jefe de equipo quirúrgico en Albacete para finalmente retornar como adjunto al Hospital Virgen de la Arrixaca en donde continúa como jefe de sección. En 1978 entró el valenciano **Francisco Bon Beneto** quien desplazó al murciano **Emilio Moreno Barrachina** que obtuvo plaza en La Fe en Valencia, se pusieron de acuerdo en su segundo año para intercambiarse y, por espacio de diez meses, Emilio estuvo con nosotros, finalmente la Comisión Nacional no aceptó el cambio y cada cual retornó a su centro, el Dr. Bon al terminar la especialización volvió a Valencia donde permanece como adjunto en el Hospital Doctor Peset. El quinto residente acudió en 1979, fue el malogrado **Emilio Falcó Falcó**. Le siguió **Asunción López Conesa** quien, al cabo de un año, solicitó el pase a Cirugía General, que le fue concedido. En 1981 el que sacó la plaza se presentó, se fue a cumplir el servicio militar obligatorio y ya no volvió y al siguiente año quedó vacante. En 1983 el murciano **Mariano Tomás Ros** comenzó la especialización en el H. V. de la Arrixaca por espacio ya de cinco años, al cabo de los cuales se incorporó al entonces Hospital Provincial y actual Reina Sofía en el que prosigue como jefe de sección. En 1984 fue **Antonio Salinas Sánchez** quien ingresa en el servicio, fue el primer médico que realizó su tesis doctoral durante el periodo de su residencia, al finalizarla marchó al Hospital General de Albacete, donde permanece en como jefe de sección y profesor de la Universidad de Castilla La Mancha. Seguimos otros dos

cursos sin residente; en 1985 rota durante cinco meses el murciano que efectúa su especialización en Alicante, **Pedro Romero Pérez**. En 1987 nos viene un cartagenero, **Juan Moreno Avilés**, quien, ultimada su formación, es admitido como adjunto en el Hospital Santa María del Rosell en Cartagena, y su paisana **María del Carmen Poyatos** realiza una asistencia voluntaria sin llegar a completar dos años. En 1988 llega el valenciano **Carlos Alcalá Santaella** que regresa a su tierra al acabar su preparación y donde sigue como adjunto en el Hospital Clínico Universitario. En 1989 el granadino **Antonio Prieto González**, responsable en la actualidad de la Urología del Hospital de Torrevieja. Durante dos cursos académicos acude en calidad de asistente voluntario, para obtener el título de especialista tras realizar un examen final, **Diego Castillo Cegarra** quien después ejerce con plaza de adjunto en el Hospital de Cieza. Continúa la incorporación de médicos residentes con los murcianos **Gregorio Hita Villaplana**, en 1990, actualmente en el Hospital Morales Meseguer, al siguiente año, **Eugenio Hita Rosino**, que desempeña puesto en Cartagena en el Hospital Santa María del Rosell. En 1992, **Pedro López Cubillana**, especialista de área del Hospital Virgen de la Arrixaca, en 1993, **Lucas Asensio Egea**, responsable de la Urología del Hospital de Cieza tras ejercer unos años contratado en Cartagena, en 1994, **Mariano Rigabert Montiel** y en 1995 **José Antonio Nicolás Torralba**, con plaza en propiedad en el momento actual, ambos en el Hospital Virgen de la Arrixaca; en 1996 el alicantino **Vicente Bañón Pérez** que, tras unos años como adjunto en Cartagena, trabaja en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela y en 1997 otro murciano, **Pedro Valdevira Nadal**, hoy en día asentado en el Hospital Reina Sofía de Murcia. En el 2000 nuevamente un cartagenero, **Enrique Cao Avellaneda**, que cumplida su formación vuelve a su tierra natal. Tenemos otro hueco en 2001 debido a otra renuncia de plaza, en 2002, entra la alicantina **Ana Isabel López López**, que permanece contratada como especialista en H. U. V. Arrixaca al término de su residencia y rota durante seis meses por el servicio **José Antonio**

**Cánovas Iborra**, procedente del Hospital General de Valencia. En el 2003 el cubano **Alejandro Maluff Torres** quien ingresa en el Hospital de Torrevieja al completar su estancia, le siguen los médicos que se encuentran en su periodo de especialización, los murcianos **Félix Escudero Bregante** en 2004, al siguiente año **Pedro Ángel López González**, en 2006 la manchega **Gloria Doñate Iñiguez**, en 2007 **José Carlos Ruiz Morcillo** y por último en este 2008 **Cristóbal Moreno Alarcón**, con lo que se concluye la relación de los veintiséis médicos residentes del servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, catorce murcianos, cuatro cartageneros, dos valencianos dos albaceteños, dos alicantinos, un granadino y otro cubano.

**La docencia universitaria.** En 1969 se crea la Facultad de Medicina anexa al Hospital Provincial, la asignatura de Urología, incluida dentro de la Patología Quirúrgica, se imparte en sexto año de carrera, el Dr. Server es el profesor encargado de la exposición teórica y el Dr. Pérez Albacete tiene el nombramiento de ayudante de clases prácticas; en el curso de 1974-1975, correspondiente a la primera promoción, comienzan la enseñanza de la Urología en las aulas adyacentes al entonces Hospital Provincial y prosiguen año tras año. El Hospital Virgen de la Arrixaca es reconocido como docente universitario en 1988 y desde entonces se le añade el título de universitario, en la década de los noventa es construido el pabellón de la Facultad de Medicina aldaño al centro y las clases se trasladan a sus salas. En 1994, al cese del Dr. Server, obtiene la plaza de profesor asociado y se hace cargo de toda la enseñanza el Dr. Pérez Albacete; en el 2000, con la renovación educativa, la asignatura se reconvierte, la parte teórica se realiza en el primer cuatrimestre y las prácticas en el segundo en el que rotan por las distintas secciones del servicio cada semana un grupo de alumnos, con ello se logra que se incorporen como profesores asociados los Drs. Server Pastor y Gómez Gómez, aunque todos los miembros del servicio participan desde esa fecha en la formación práctica de los alumnos y el decanato les expide un

certificado de colaboradores docentes. Hemos impartido, desde 1997, cinco cursos de doctorado, uno cada dos años, con el título genérico de Avances en Urología, en los que hemos desarrollado los aspectos más novedosos de la especialidad con la colaboración de varios profesores invitados, y dirigido varias tesis doctorales.

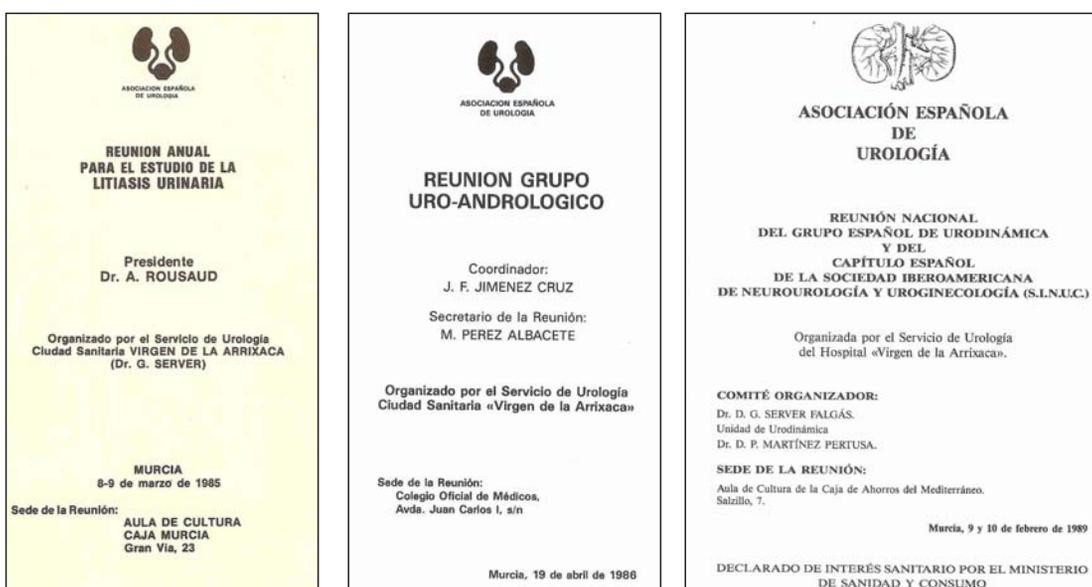
En el año 2007 la Universidad española reconoce a la Urología como Área de Conocimiento Específico con lo que la asignatura se desliga de la Cirugía General.

**La década de los ochenta.** Se encuentra caracterizada en el nivel asistencial por la introducción importantes novedades técnicas en la práctica diaria, la aparición de la ecografía constituye el principal medio de reconocimiento del aparato urinario que desplaza paulatinamente al que lo ostentaba, la urografía intravenosa. La segunda inclusión en estos años en el estudio de la patología urológica, es la tomografía axial computarizada (TAC) que se impone fundamentalmente en el estadio tumoral. Una revolucionaria aportación endoscópica nos la proporciona la ureterorenoscopia con el acceso a la visualización del interior de la vía urinaria superior, tanto exploradora como operadora, principalmente para el diagnóstico de tumores y la extracción de cálculos ureterales. La técnica más

innovadora la tiene la litotricia con ondas de choque que permite la destrucción in situ de la litiasis renal.

Todos estos procedimientos se incluyen desde el primer momento en el repertorio de actuación del servicio que prosigue avanzando en su línea de trabajo y que alcanza en estos años su máximo exponente con el inicio del programa de trasplante de órganos en 1983 con la autorización dada al Hospital de centro extractor de órganos y que culmina con la realización del primer implante renal en la Comunidad murciana en julio de 1985 y del que celebramos su 25º aniversario en 2005, con una cifra de 700 enfermos trasplantados.

Los miembros del servicio, socios todos de la Asociación Española de Urología, se incluyen en los grupos de trabajo creados en ella y de este modo se mantiene una constante renovación del conocimiento y de la evolución de cada parte de la Urología, además de colaborar activamente en ellos y sirva de ejemplo el desarrollo de varias de sus reuniones en Murcia organizadas por el servicio, así en 1985 fue la V Reunión Nacional del Grupo de Litiasis, en 1986 la II del Grupo de Andrología y en 1989 la del de Urodinámica que fue internacional (fig. 12). A su vez celebramos sesiones científicas con participación de conferenciantes invitados



(fig. 12) Reuniones de los Grupos de Trabajo de la Asociación Española de Urología celebrados en Murcia en la década de los 80 organizadas por el servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca

entre los más importantes especialistas del país (fig. 13).

El Dr. Guillermo Gómez Gómez por concurso obtiene una plaza de adjunto y se incorpora al servicio, en 1986 lo hace el Dr. José Antonio García Hernández, formado en el Hospital General de Murcia, con plaza en propiedad como ayudante de equipo quirúrgico cuyo cupo se amortiza por reorganización de los grupos de enfermos, el conjunto de pacientes que lo forma se añade al Hospital Virgen de la Arrixaca y con ellos se integra como facultativo especialista de área.

**La década de los noventa.** Viene marcada por la baja del Dr. Server como jefe de servicio primero por enfermedad, desde 1994 por jubilación y por su pérdida definitiva en la Navidad de 1999 y la del Dr. Jerónimo Salmerón en 1995. Asume la jefatura el Dr. Pérez Albacete, se nombra jefe de sección al Dr. Gómez, y cubren las plazas vacantes de adjunto el Dr. Hita Villaplana y el Dr. Prieto. Al poco tiempo el Dr. Hita se traslada al Hospital Morales Meseguer y por unos años queda libre un puesto.

El estudio y la lectura de las revistas de la especialidad se mantienen durante todos los años, la parte científica de publicación de trabajos continúa de modo estable y son las nacionales las receptoras casi exclusivamente en este tiempo, al igual que continúa la participación en los congresos y reuniones y se inicia una proyección hacia el extranjero con la asistencia a congresos. Impartimos un curso anual de formación continuada para el personal de enfermería en el seno del Hospital y otro para médicos generales en ambulatorios, ambos con reconocimiento oficial. Otro factor que desencadena una extraordinaria renovación en la manera de realizar el trabajo intelectual y la producción escrita de artículos es la introducción de los ordenadores personales y la tímida penetración en la poderosa arma como es Internet.

En 1992 el Dr. Server Pastor, finalizada su residencia en el Hospital La Fe de Valencia, obtiene una plaza de ayudante de equipo quirúrgico en Murcia que al poco se amortiza, los



(fig. 13) El Dr. Solé Balcells, invitado a dar una conferencia en Murcia, junto al Dr. Server

enfermos se agregan al área asistencial del Hospital y él se integra en el equipo.

**A partir del año 2000** la cirugía mínimamente invasiva es la que ostenta la primacía de las técnicas más innovadoras en estos años, por sus ventajas de menor morbilidad, escaso dolor, mínima incisión de piel y corta estancia hospitalaria la cirugía laparoscópica se impone. Comenzamos con la extirpación renal seguida de diversas actuaciones sobre la glándula como quistes, estenosis, cálculos, etc. y luego la práctica de la prostatectomía radical por tumor y últimamente la cistectomía o extirpación total de la vejiga urinaria constituye la vanguardia operatoria que se realiza en el servicio. Hemos llevado a cabo cursos de formación laparoscópica en cirugía experimental en cerdos, a los que han acudido especialistas del resto del país (fig. 14).

Otra modalidad rutinaria ya en nuestro medio es la cirugía percutánea renal para la extracción de los cálculos que se asientan en su interior, a través de la piel por medio de una punción directa y tras la introducción de una vaina por cuyo interior se introduce el material operatorio y la última novedad es la inclusión en el servicio de una fuente de rayos láser que nos facilita la destrucción de la litiasis urinaria, la apertura de estenosis y la extirpación de la próstata como funciones más importantes.

Destacamos la organización por el servicio del LXVII Congreso Nacional de Urología cele-



(fig. 14) Asistentes al curso «Nefrectomía laparoscópica asistida por la mano»

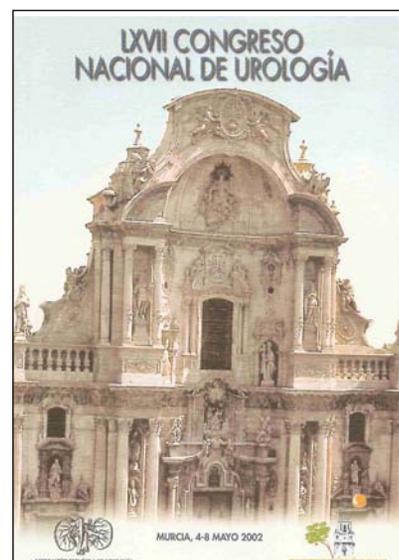
brado en Murcia en mayo de 2002 (fig. 15), al que acudieron cerca de mil especialistas de toda España. Así mismo celebramos la XXV Reunión Nacional del Grupo de Trabajo de Trasplante Renal, en enero de 2006 y en este año 2008 el correspondiente a la XX Reunión del Grupo de Litiasis, Endourología y Laparoscopia Urológica, en el 2000 fue la VI Reunión de la Asociación Murciana de Urología. También el desarrollo por el equipo de enfermería del servicio de Urología del Hospital el XXIX Congreso Nacional de Enfermería Urológica en octubre de 2007.

La Medicina Basada en la Evidencia es otro de los métodos de estudio asumido por los componentes del servicio, herramienta extraordinaria una vez dominada para poner de manifiesto y esclarecer con la mayor autenticidad posible la efectividad de un procedimiento o la certidumbre de un trabajo.

Los equipos quirúrgicos de área desaparecen definitivamente, las dos zonas existentes correspondientes al Hospital Virgen de la Arrixaca se integran en él con lo que se incorporan los facultativos Pedro López Cubillana, Diego Castillo Cegarra y, por concurso de traslado desde Cartagena, Lucas Asensio Egea, estos dos últimos posteriormente se marchan al Hospital Fundación de Cieza y en su lugar entran Mariano Rigabert Montiel, que trabajaba en el Hospital Rafael Méndez en Lorca y Jesús Tornero Ruiz, procedente de la Fundación Puigvert de Barcelona, algo después lo hace José Antonio Nicolás

Torralba que era el ayudante de cupo quirúrgico que restaba de nuestra área. En la vida diaria del servicio (fig. 16) la celebración del examen para la confirmación estatutaria de los interinos ha sido lo más relevante, ya que desde los años ochenta no se había realizado concurso alguno, con éste obtienen todos ellos la plaza definitiva en el centro. Por acúmulo de tareas se logra la contratación de Enrique Cao Avellaneda al término de su residencia, a los dos años marcha a Cartagena y lo sustituye Ana Isabel López López, un último cambio en la composición del servicio lo constituye la petición de excedencia de Antonio Prieto para encargarse de regir la Urología en el Hospital de Torrevieja y su puesto queda libre en espera de que pueda ser cubierto por Félix Escudero una vez finalizado su periodo de formación.

**Del personal de enfermería.** No podemos dejar de reconocer la gran labor desarrollada por el numeroso grupo de enfermeros que ha trabajado y que trabaja codo con codo con el personal facultativo a lo largo de estos cuarenta años, profesionales que cumplen su cometido con entrega, dedicación y diligencia y con quienes compartimos la jornada diaria. Es imposible enumerarlos a todos, recordamos al ya fallecido Antonio Beviar, a Mari Carmen López Cánovas, que durante años llevó el control de la consulta externa, a Miguel Ángel



(fig. 15) Congreso Nacional de Urología. Murcia 2002



(fig. 16) Componentes del servicio de Urología.

Escudero Gómez, supervisor del área de Urología desde los primeros tiempos, al que sucede Rosa Jiménez Fernández así como al equipo actual de la planta (fig. 17) atendida por Josefa Verdú Bravo (Fina para todos), María Jesús Morales, María del Carmen Murcia, Ana Díaz Martínez, Fuensanta García Parra, Carmen Cárceles Castillo, en el área de exploraciones con el abrumador trabajo habitual Pepa Muñoz Martínez y María Luisa Fernández Bernal; Félix Peñalver, alma mater del quirófano de Urología junto con Andrés Gutiérrez Alonso y José María Barquero Gil, el grupo de enfermería del trasplante renal y las coordinadoras Rosa Blanco y María José Frutos, todos profesionales con los que el trato continuo establece una relación de amistad.

Del personal administrativo, María José Elbal, la primera secretaria del servicio, y María José Aulló (fig. 18), la actual, sin quienes la labor cotidiana sería imposible llevar a cabo, eficientes y pendientes siempre de toda la cuestión burocrática y de que todo quede en su sitio.

Del personal auxiliar: Trini Benzal y Encarna serrano en la planta y Pepa Máiquez Muñoz y Mari Carmen Pedreño Arnau atienden las tres consultas de Urología por las que discurren cerca de cien enfermos cada día, con el trasiego de historias, peticiones de exploraciones, de análisis, citas en consulta, partes de ingreso, hojas de partes varios, consentimientos informados, búsqueda de lo extraviado, manejo del ordenador, llamadas telefónicas a enfermos,

quejas, etc., un sinfín de actividades que resuelven sin agobio, con profesionalidad y que maravilla al que conoce lo complicado que en ocasiones se vuelve el sistema. Todos han permitido la buena marcha del servicio a lo largo de estos años lo que ha redundado en que la sociedad murciana considere al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca el centro de referencia de todas las patologías.



(fig. 17) Equipo de enfermería del servicio de urología



(fig. 18) María José con el Dr. Pérez Albacete

### Bibliografía:

- GOMEZ RUBÍ, J. A. Breve historia del Hospital Virgen de la Arrixaca en Homenaje al Hospital Español. Madrid.
- LESCURE DEL RÍO, S. Inicios de la Urología en el Hospital Virgen de la Arrixaca. Bol. Asoc. Mur. Uro. 2000, V (6): 55.
- PÉREZ ALBACETE, M. La Urología en Murcia (1946-1970). Bol. Asoc. Mur. Uro. 2004, IX (11): 28-33.
- IBID. Las Reuniones de los Urólogos de Levante en el siglo XX. Tip. San Francisco, 2003, Murcia.

# Premio Gerardo Server 2007

## SEGUIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS MALLAS SINTÉTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA IUE FEMENINA

XIII Jornadas Urológicas Murcianas. 9-10 de noviembre de 2007. Lorca.

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

Servicio Urología. HGU Reina Sofía. Murcia.



### INTRODUCCIÓN

En poco más de una decena de años, la utilización de materiales sintéticos para el tratamiento del prolapso y la incontinencia urinaria (IU) se ha generalizado. Hoy en día las bandas sub-retrales sintéticas representan la técnica de referencia para el tratamiento de la IUE femenina.

Aunque también es cierto que la elección de los materiales, el análisis de las complicaciones y de los resultados a largo plazo siguen siendo demasiado empíricos.

Desde la publicación de la técnica de TVT por D'Ulmsten en 1995, numerosos trabajos han sido realizados sobre su eficacia y seguridad, tanto analizándolos de forma aislada, como en comparación con la técnica de Burch.

Tras los buenos resultados iniciales de la TVT, se desató la guerra comercial con la aparición de nuevos dispositivos, con iguales o distintos biomateriales sintéticos (fig.2)

En nuestro Servicio empezamos a utilizar diver-

sos tipos de estos materiales, pensando que lo que variaba era la vía de abordaje, el dispositivo del implante, pero sin calibrar adecuadamente el tipo de malla empleado en cada caso. Porque, ¿eran iguales, entonces, todos los tipos de materiales empleados en las mallas libres de tensión?, evidentemente NO, como luego se analizará.

### Generalidades sobre las mallas

#### 1.- Características físicas de las mallas

- Material de fabricación

Desde el punto de vista del material de fabricación las mallas pueden ser biológicas o sintéticas.

Las mallas biológicas pueden ser, a su vez, Autólogas (aponeurosis del recto, fascia lata, mucosa vaginal), Aloinjertos (fascia lata, duramadre) o Xenoinjertos (intestino delgado porcino, dermis porcina, pericardio bovino).

Los polimeros más utilizados en las mallas sintéticas son el Polietileno (dacron, mersilene, sylastic), el Politetrafluorotileno (teflón, gore-



tex) y el Polipropileno (más utilizado en la actualidad). (fig. 3)

• Estructura del material

La estructura del material hace referencia al carácter mono o multifilamento de cada una de las hebras de la malla. (fig. 4)

• Tamaño de los poros

El tamaño de los poros de cada uno de los filamentos que componen la malla resulta uno de los factores más importantes a tener en cuenta, porque influyen en factores decisivos para un adecuado implante. (fig. 5)

Atendiendo a esta propiedad se denominan macroporosos cuando los poros de los filamentos tienen más de 75 µm en su diámetro menor, microporosos cuando es menor de 10 µm y submicroscópicos cuando es menor de 1 µm. (fig6)

Dada la facilidad de penetración en los poros de la bacteria, por su menor tamaño (1 µm), parece necesario que permitan la penetración a su vez, de los macrófagos y linfocitos, cuyo tamaño es de 50 µm.

Atendiendo a estas dos últimas características, tamaño del poro y estructura del material, Amid clasificó las mallas en cuatro grades grupos. (fig. 7)

Atendiendo al tamaño de los poros pertenecerían al Tipo I : TVT, SPARC, MONARC, GYNEMESH, TVT-O; al Tipo II : GORETEX, URATAPE, OBTABE, y al Tipo III : IVS. (fig. 8)

• Estructura del entramado

Atendiendo a la estructura del entramado de las mallas pueden ser: Tricotadas, Trenzadas (más tupidas, con una mayor densidad de ma-



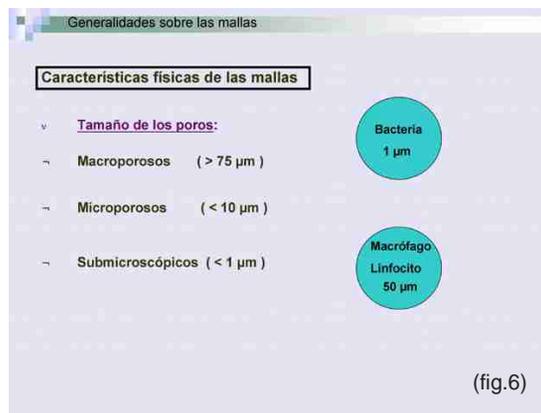
(fig.3)



(fig.4)



(fig.5)



(fig.6)

terial) o Termocoaguladas cuando el entramado de los filamentos se consigue al fundirlos con calor. (fig. 9)

• Densidad del material

Hace referencia a la cantidad de material por unidad de superficie, y va a depender del diámetro de los hilos y de lo unido que estén entre ellos (porosidad). (fig. 10)

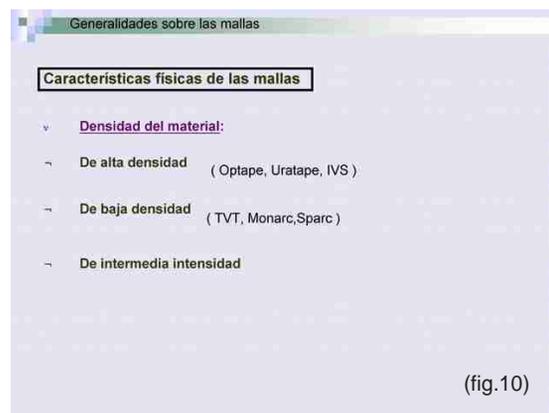
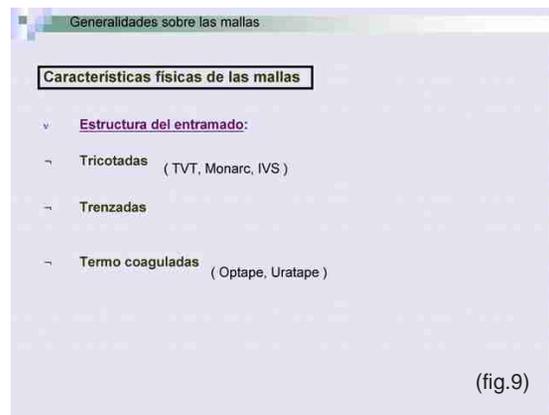
## 2.- Propiedades mecánicas de las mallas

La Resistencia se refiere a la capacidad de soportar tensión sin romperse. A largo plazo dependerá del material de fabricación (absorbible o irreabsorbible) y de la integración de la malla. La Elasticidad es el tanto por ciento de elongación que puede sufrir la malla. Maleabilidad y Ductibilidad hacen referencia a la capacidad de adaptarse a la superficie. (fig.11)



purulenta y/o sangrado vaginal (fig. 14) y puede manifestarse muchos meses después de su implante.

En cuanto al tratamiento de la extrusión (fig. 15) ha de ser la cirugía de inicio, con retirada completa de la malla, si existe infección de la misma y/o pertenece al Tipo II – III de la clasificación de Amid. En los demás casos se puede adoptar una actitud conservadora inicial.



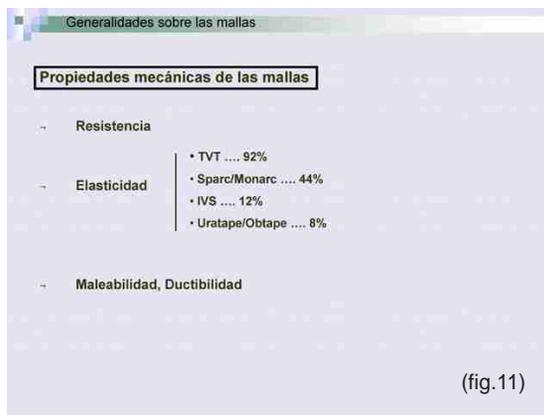
## Complicaciones de las mallas

De todas estas complicaciones (fig. 12), la extrusión vaginal es la más especialmente asociada al material de la malla utilizada, las otras tres son debidas más a una mala técnica o a una indebida tensión uretral.

Los mecanismos favorecedores de la extrusión pueden ser múltiples (fig. 13). Clínicamente suelen mostrar, fundamentalmente, secreción

## OBJETIVO

A raíz de un número de extrusiones vaginales, seguidas de infecciones graves, acaecidas en el último año, ninguna de las cuales correspondía a las últimas cien colocadas en ese mismo año, sino que habían sido colocadas 2, 3, ó 4 años antes, quisimos saber si tal complicación era imputable a una mala técnica quirúrgica o al tipo de material empleado.



(fig.11)



(fig.12)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Desde noviembre/01 hasta junio/07, 216 pacientes, diagnosticadas de IUE pura por hipermovilidad uretral, 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.

Diversos materiales (mallas Tipo I, II y III de la clasificación de Amid) fueron utilizados. (fig. 16)

La extrusión de la banda es un problema conocido con el uso de materiales sintéticos inorgánicos. Analizamos su incidencia, diagnóstico, seguimiento y pronóstico en relación con el material utilizado.

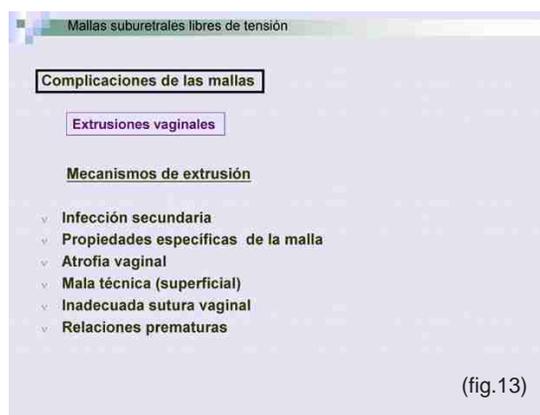
## RESULTADOS

El 6,9% del total de pacientes (15/216) presentaron extrusión vaginal. Por vía retropúbica se utilizó malla Tipo I en 36 pacientes (0% de extrusión) y

malla Tipo III en 40 pacientes (12,5% de extrusión). Por vía transobturadora, en 101 pacientes empleamos malla Tipo I (2,9% de extrusión) y malla Tipo II en 39 pacientes (17,9% de extrusión) (fig. 17).

Los datos de la literatura (fig. 18) confirman nuestros hallazgos.

Numerosos casos de infecciones complicadas de mallas suburetrales han sido publicadas recientemente en la literatura (figs.19 y 20). En nuestra serie, en tres pacientes la extrusión fue seguida de formación de abscesos, dos en cara interna del muslo y fosa obturadora, y otro en espacio retro-púbico, que obligaron a drenaje y retirada completa de la malla (los tres casos correspondieron a mallas Tipo II y Tipo III) (fig. 21).



(fig.13)



(fig.14)

## CONCLUSIONES

- Las extrusiones están ligadas al tipo de material utilizado.
- Las pacientes en las que se utilizó mallas Tipo II y III deben ser revisadas ante el menor síntoma de secreción vaginal, dispareunia, etc...

- En caso de extrusión vaginal con mallas Tipo II- III se debe retirar completamente la malla.
- Las extrusiones tras implante de mallas Tipo I pueden ser tratadas de forma conservadora.
- Actualmente el material más biocompatible es el compuesto de polipropileno, trenzado o tricotado, monofilamento y macroporoso.

Mallas suburetrales libres de tensión

**Complicaciones de las mallas**

**Extrusiones vaginales**

**Tratamiento de la extrusión**

- Actitud conservadora inicial (3 meses)
  - Si < 1 cm ..... espera
  - Si > 1 cm ..... cirugía
- Cirugía de inicio:
  - Si infección de la malla
  - Si malla tipo II - III

(fig.15)

Mallas suburetrales libres de tensión. S.Urología. H.G.U. Reina Sofia

Noviembre/ 01 -- Junio/ 07 : 216 pacientes

	TIPO AMID	RETROPÚBLICA ( 76 p.)	OBTURADORA ( 140 p.)	EXTRUSIÓN ( 6,9 % )
TVT	TIPO I	36		0 %
IVS	TIPO III	40		12,5 %
Obtape	TIPO II		39	17,9 %
Monarc	TIPO I		5	0 %
TVT- O	TIPO I		91	3 %
TVT- S	TIPO I		5	

(fig.17)

Mallas suburetrales libres de tensión. S.Urología. H.G.U. Reina Sofia

Noviembre/ 01 -- Junio/ 07 : 216 pacientes

	TIPO AMID	RETROPÚBLICA ( 76 p.)	OBTURADORA ( 140 p.)
TVT	TIPO I	36	
IVS	TIPO III	40	
Obtape	TIPO II		39
Monarc	TIPO I		5
TVT- O	TIPO I		91
TVT- S	TIPO I		5

(fig.16)

Mallas suburetrales libres de tensión

**Complicaciones de las mallas**

**Extrusiones vaginales**

- ✓ Tipo I (TVT/Monarc) ..... 0,1 – 2,4 %
- ✓ Tipo II (Obtape) ..... 6,1 – 20 %
- ✓ Tipo III (IVS) ..... 7,5 – 14 %

(fig.18)

Int J Urogynecol 2 (2007) 18, 219-221  
DOI: 10.1007/s12012-006-0118-6

**CASE REPORT**

Kanjanapattayapatt Sivanon · Mohamed Abdel-Fattah John Tierney  
**Perineal cellulitis and persistent after transobturator tape (Obta) and review of the literature**

Int J Urogynecol 2 (2007) 18, 200-212  
DOI: 10.1007/s12012-006-0129-3

**REVIEW ARTICLE**

Gilks Karavay · Javan Benani · Ehab Elsayat Marwan Abdel-Latif · Jacques Caron  
**Severe soft tissue infection of the th of transobturator tape for stress ur**

**CASE REPORT**

Prepubic and thigh abscess after : of two suburethral slings  
X. Bellón · A. C. Domínguez · M. Mardubaid · S. Leizaola · R. Fernández · B. Fernández

Int J Urogynecol 7 (2006) 17, 290-296  
DOI: 10.1007/s12012-005-1310-6

**CASE REPORT**

Howard B. Goldman  
**Large thigh abscess after placement of synthetic transobturator sling**

Int J Urogynecol 1 (2006) 11, 494-497  
DOI: 10.1007/s12012-005-1000-6

**CASE REPORT**

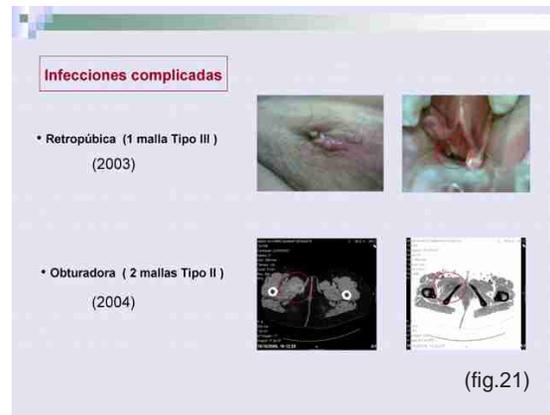
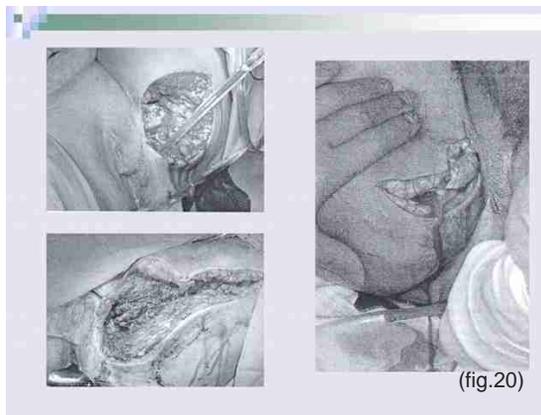
Ehrenczer O, Babalola · Akintola O, Fawcett · Ehin · Makonnen · John R. Gilbert · Christopher J. Klingele  
**Vaginal erosion, sinus formation, and ischioanal abscess following transobturator tape: ObTape implantation**

Int J Urogynecol 1 (2007) 18, 497-499  
DOI: 10.1007/s12012-006-0129-3

**CASE REPORT**

Abscess formation at the ischioanal fossa 7 months after the application of a synthetic transobturator sling for stress urinary incontinence in a type II diabetic woman  
G. Benati · L. Mariani · F. Accardi · M. Amphor · L. Benati

(fig.19)



## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alex Gomelsky , Roger R. Dmochowski. Biocompatibility Assessment of Synthetic Sling. Materials for Female Stress Urinary Incontinence. J Urol 2007; 178, 1171-1181
- 2.- JL Pariente, P. Conort, P. Grise, F.Adhoute. Biomatériaux synthétiques de renfort et de soutien pour le traitement de l'incontinence et des prolapsus: Bandelettes et Treillis. Progrès en Urologie (2005),15 907-924
- 3.- I.Galmés Belmonte, E.Díaz Gómez. ¿Son iguales todos los sistemas empleados para corregir la incontinencia urinaria mediante mallas libres de tensión?. Actas Urol Esp. July-Aug. 2004
- 4.- Eija Laurikainen,MD, Antti Valpas. Retropubic Compared with transobturator tape placement in treatment of urinary incontinence. Obstetrics-Gynecology 2007; 109,NO.1
- 5.- S.Domingo,P.Alamá. Diagnosis, Management and prognosis of vaginal erosion after transobturator suburethral tape procedure using a nonwoven thermally bonded polypropylene mesh. J Urol 2005; 173, 1627-1630
- 6.- Adamiak A, Jankiewicz K. Tape erosion local process or general reaction of the organism. Ginekol Pol, 2007; 78, 210-213
- 7.- Bruno Deval and Francois Haab. Management of the complications of the synthetic slings. Curr Opin Urol 2006; 16:240-243
- 8.- Kathleen C. Kobashi and Fred E. Govier. Management of vaginal of polypropylene mesh slings. J Urol 2003; 169, 2242-2243
- 9.- Arash Rafii,MD, Denis Jacob,MD. Obturator Abscess after transobturator tape for stress urinary incontinence. Obstetrics-Gynecology 2006; 108,720-3.
- 10.- Latthe PM, Foon R. Transobturator and retropubic tape procedures in stress urinary incontinence: a systematic review and metanalysis of effectiveness and complications. BJOG 2007; 114(5): 522-31
- 11.- X.Deffieux ,A:C.Donnadieu. Prepubic and thigh abscess after successive placement of two suburethral slings. Int Urogynecol 2007; 18:571-574
- 12.- Kanapathippillai Sivanesan. Perineal cellulitis and persistent vaginal erosion after transobturator tape (Obtape)-case report and review of the literature. Int Urogynecol 2007; 18:219-221
- 13.- Howard B. Goldman. Large thigh abscess after placement of synthetic transobturator sling. Int Urogynecol 2006; 17:295-296
- 14.- Gilles Karsenty, Janson Boman. Severe soft tissue infection of the thigh after vaginal erosion of transobturator tape for stress urinary incontinence. Int Urogynecol 2007; 18:207-212
- 15.- Ebenezer O., Babalola. Vaginal erosion, sinus formation, and ischiorectal abscess following transobturator tape: Obtape implantation. Int Urogynecol 2006; 17:418-421
- 16.- Fiona Marsh and Lynne Rogerson. Groin abscess secondary to transobturator tape erosion: case report and literature review. Neurology and Urodynamics 2007; 26:543-546
- 17.- William Andre Silva and Mickey M Karma. Scientific basis for use of grafos during vaginal reconstructive procedures. Current Opinion in Obstetrics-Gynecology 2005; 17: 519-529
- 18.- DeSouza R, Shapiro A. Adductor brevis myositis following transobturator tape procedure: a case report and review of the literatura. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007; 18 (7):817-20

# Galería urológica murciana

---



## **Dr. D. Manuel Más Gilabert** (1879-1956)

Natural de Murcia, estudió Medicina en la Universidad Central, fue alumno interno en el Hospital de San Carlos en el servicio de cirugía del Dr. Ribera y Sanz al que considera su maestro y del que aprendió su técnica quirúrgica. Condiscípulo de Teófilo Hernando y de Gregorio Marañón mantuvo con ellos una gran amistad a lo largo de toda su vida. Licenciado el 21 de noviembre de 2001 realizó su doctorado y prosiguió su formación en París donde acudió al Hospital Necker, junto a Joaquín Albarrán, quien lo instruyó en la práctica de las exploraciones endoscópicas con el cateterismo ureteral y en la valoración de la función renal con la obtención de orina por separado así como en efectuar la cirugía urológica, principalmente la litotricia vesical y la talla por vía hipogástrica y vaginal.

Una vez establecido definitivamente en su ciudad natal, en 1902 se casó con D<sup>a</sup>. Encarnación Góngora Bueno, con quien tuvo tres

hijos. En 1906 figura en el puesto 47 del escalafón de médicos de Cartagena por orden de antigüedad e inmediatamente antes de D. Ángel Sánchez de Val, que fue cuñado suyo y de cuya clientela, a su fallecimiento en 1938, se hizo cargo. El 17 de marzo de 1915 encontramos un artículo suyo en el diario "El Eco de Cartagena" titulado Un triunfo de la Medicina.

Destacó en su ejercicio profesional como cirujano general, en junio de 1910 firmó junto con otros facultativos el parte quirúrgico del torero Fermín Muñoz, "Corchaíto", cogido en la plaza de Cartagena, de la que fue médico titular. De su actividad urológica reseñamos que era muy hábil en el tratamiento con las candelillas y en el sondaje uretral, recogemos su trabajo, que reproducimos, Cuerpos extraños en la uretra de una mujer histérica, en el que analiza paso a paso la evolución de un raro caso clínico que se soluciona tras la operación y sobre el que da una explicación anatómo-fisiológica y aporta

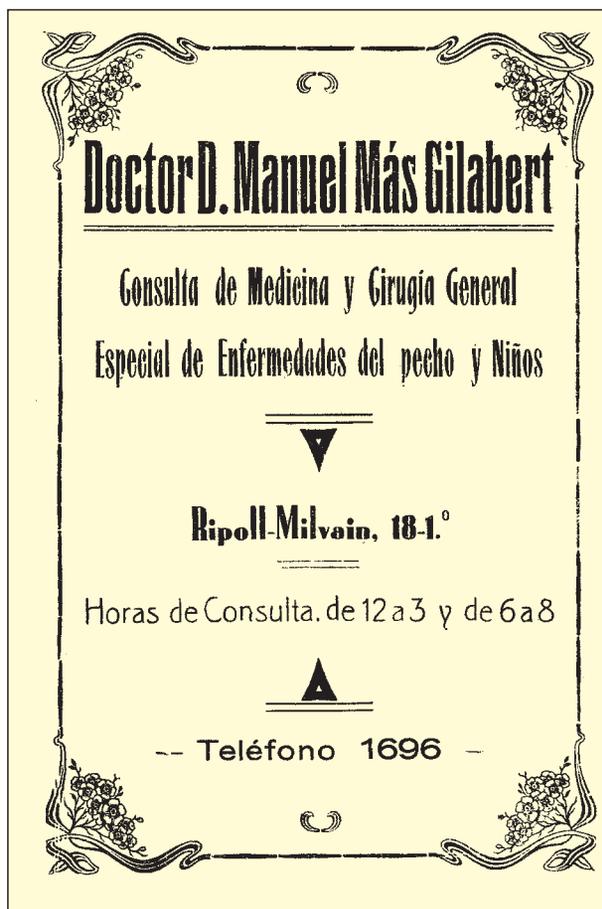
un posible procedimiento resolutorio para cuadros similares. Se mostró especialmente motivado en la lucha antituberculosa sobre la que publicó varios artículos y en 1933 dictó una conferencia con el título de Tratamiento de la Tuberculosis en la Real Academia de Medicina de Murcia.

Tuvo una intensa actividad médica y desempeñó varios cargos en la administración sanitaria local, fue delegado sanitario permanente del Ministerio de Gobernación en Cartagena y su comarca durante la epidemia de tifus exantemático de 1919, subdelegado de medicina en las décadas de 1920 y 1930, inspector secretario de la Junta Municipal de Sanidad y director del Dispensario Oficial de la Lucha Antivenérea. Fundó la primera «Gota de Leche y Consultorio de Niños de la casa de Expósitos y Casa Cuna del Niño Jesús» en Cartagena, ciudad en la que colaboró para lograr la

creación de las primeras Escuelas Graduadas de España en 1900, tras lo que obtuvo el título de maestro nacional, del que se mostró muy orgulloso durante toda su vida. Fue alcalde de la ciudad en la década de 1910.

Fue miembro numerario de la Academia Médico Quirúrgica Española, académico correspondiente de la Real Academia de Nacional de Medicina y de nombrado en la de Murcia el 1 de junio de 1917. Socio fundador de la Sociedad Española de Radiología y Electrología Médica, fue galardonado con la Orden Civil de Sanidad. La población de Cartagena le honró tras su fallecimiento, ocurrido el 6 de agosto de 1956, dándole su nombre a una calle sita en el barrio de la Caridad, "calle del alcalde Más Gilabert".

**Agradecimiento**  
a D<sup>a</sup>. Pilar Sánchez de Val, al Dr. D. Manuel Más y al Dr. D. Carlos Ferrándiz Araujo por facilitarme datos biográficos.



## Bibliografía:

- Foto, extraída de Levante Médico, 29 de junio de 1930.  
Anuncio, recogido del Libro de Cartagena y su término Municipal, p. II; Impr. Vda. de Carreño, 1933, Cartagena.  
Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. 1902, Madrid. Año XXVI. Tomo LVI, nº 759.  
Diario de la Mañana, 6 y 14 de junio de 1910, Cartagena.  
El Eco de Cartagena, 17 de marzo de 1915, Cartagena.  
Catálogo documental del siglo XIX. Real Academia de Medicina de Murcia, 2006, pp. 367.

# Cuerpos extraños en la uretra de una mujer histérica

por

D. MANUEL MÁS GILABERT

Doctor en Medicina (Cartagena)<sup>1</sup>

C. G., de veintiocho años, soltera y de temperamento nervioso. Desde la edad de catorce años empezó á padecer de un histerismo polisintomático, en el que se han manifestado perturbaciones motoras, sensoriales, sensitivas, vasomotoras, secretorias, tróficas y psíquicas, de tal relieve, que han hecho de la enferma un verdadero caso de estudio en las distintas clínicas por que ha desfilado en busca de curación, y entre las que se encuentran las del Hospital de San Carlos, Princesa, Instituto Rubio y distintas particulares.

Prescindiendo de la reseña clínica de estas diversas manifestaciones morbosas que han aquejado á la enferma por apartarse de mi objeto, sólo diré, que los llamados estigmas histéricos por los autores franceses y los ataques convulsivos hasta en número de catorce diarios, seguidos de fases de catalepsia, de duración variable, se han presentado en la enferma en cuestión.

En el transcurso de este periodo, en el que predomina en el síndrome los ataques convulsivos, y coincidiendo casi con la desaparición de ellos, hace cinco años y medio perdió la enferma la facultad de micción de orina que, como sabemos, es un acto voluntario reflejo, es decir, que la

REVISTA  
DE  
MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

---

**CUERPOS EXTRAÑOS EN LA URETRA DE UNA MUJER HISTÉRICA**

POR  
D. MANUEL MÁS GILABERT  
Doctor en Medicina (Cartagena).

C. G., de veintiocho años, soltera y de temperamento nervioso. Desde la edad de catorce años empezó á padecer de un histerismo polisintomático, en el que se han manifestado perturbaciones motoras, sensoriales, sensitivas, vasomotoras, secretorias, tróficas y psíquicas, de tal relieve, que han hecho de la enferma un verdadero caso de estudio en las distintas clínicas por que ha desfilado en busca de curación, y entre las que se encuentran las del Hospital de San Carlos, Princesa, Instituto Rubio y distintas particulares.

Prescindiendo de la reseña clínica de estas diversas manifestaciones morbosas que han aquejado á la enferma por apartarse de mi objeto, sólo diré, que los llamados estigmas histéricos por los autores franceses y los ataques convulsivos hasta en número de catorce diarios, seguidos de fases de catalepsia, de duración variable, se han presentado en la enferma en cuestión.

En el transcurso de este periodo, en el que predominaba en el síndrome los ataques convulsivos, y coincidiendo casi con la desaparición de ellos, hace cinco años y medio perdió la enferma la facultad de micción de la orina que, como sabemos, es un acto voluntario reflejo, es decir, que lá orden para la micción es voluntaria, pero su mecanismo es reflejo; la enferma no sentía la necesidad de orinar, habla anestesiado la mucosa cervico-uretral; ni por intención de la enferma podía hacerlo, ni aun poniendo á contribución los agentes impulsivos que coadyuvan á este acto, representados por la prensa

Año XXVI. — Tomo LVI. — Núm. 758. — 7 Septiembre, 1902. 25

322

abdominal, ni había la contracción simultánea energética suficiente de las fibras de la vejiga para el vencimiento del esfínter vesical que debía estar contracturado, es decir, que había parálisis de la vejiga seguramente histérica, pues no había lesión nerviosa central á qué atribuirlo ni se había presentado en el transcurso de tanto tiempo la cistitis paralítica, que es precisamente característica de estas parálisis centrales.

Se trataba, pues, como he dicho anteriormente, de una parálisis de la vejiga en una enferma afectada de una psicosis histérica.

Dicha parálisis había sido rebelde á todo tratamiento puesto en práctica en las distintas clínicas visitadas por la enferma y consistentes en sugestión hipnótica, electricidad, revulsión, etc.

Por consecuencia de esto, la enferma que había necesitado del cateterismo desde el comienzo de su estado vesical, cuyas maniobras realizaba sola y á su antojo, sufrió varios accidentes por contratiempo de esta operación, consistente en rotura de una sonda de Nélaton por dos veces en la vejiga; la primera hace veintidos meses que le fué extraída en el Hospital de San Carlos, por mi querido maestro el eminente cirujano Dr. Ribera, á los pocos días por vía natural, continuando después la enferma con su parálisis vesical sin modificación alguna; el segundo accidente le ocurrió hace trece meses, en que volvió á quedarse en la vejiga otro trozo de sonda, cuya extracción fué intentada sin resultado por algunos compañeros.

La permanencia del trozo de sonda en la vejiga produjo la cistitis correspondiente, é indudablemente empezó el cuerpo extraño á cubrirse de concreciones fosfáticas y calcáreas, hasta llegar á constituir el voluminoso cálculo que ahora hemos extraído.

La enferma fué sufriendo dolores cada vez más intensos que localizaban la parte izquierda de la vejiga y que la obligaban á tomar grandes dosis de morfina; la orina amoniacal, sanguinolenta, con gran sedimento de moco y pus.

El estado general de la enferma cada vez más decaído, sin fenómenos perceptibles de intoxicación urémica.

Vista por mí la enferma, á quien ya conocía de la Facultad de Medicina de Madrid, en cuya Clínica quirúrgica estubo como dije siendo yo interno de ella, aconsejé la intervención pronta á la familia para huir de los peligros de las infecciones ascendentes pielonefriticas, á que estaba expuesta la enferma, y asegurándoles que de no operarla sufriría una muerte cierta y no lejana.

(1) Revista de MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS. Año XXVI.- Tomo LVI.-Núm.759.- 7 septiembre, 1902.

Por la exploración vesical con la sonda metálica, no quedaba duda de la presencia del cálculo, á más, con las precauciones debidas, hice la exploración digital de la vejiga, encontrándome con que el cuerpo extraño estaba alojado en la depresión izquierda de la vejiga, es decir, á la izquierda de la eminencia que el cuello de la matriz forma casi siempre en la superficie interna de la vejiga, que era voluminoso, no suelto completamente al parecer y que el extremo inicial del trozo de sonda estaba sin recubrir por percibirse bien el contorno de su conducto.

A pesar de tratarse de una uretra muy dilatada, creí no sería posible extraer la masa formada por la sonda y el cálculo periférico á ella por su excesivo volumen.

Reflexionando sobre el procedimiento preferible á su extracción, ó entre talla hipogástrica, talla vaginal y litolapaxia, me decidí por el último, por creerlo más justificado, contando yo de una parte con la blandura del cálculo, de otra con los menores peligros de esta intervención comparada con la realizada por vía abdominal y con la poca facilidad de técnica de la talla vaginal, por tratarse de una mujer que conservaba el himen, y cuya vagina ofrecía, aun seccionando éste, poco campo operatorio, y no ciertamente por los temores de la fistula vesicovaginal ulterior, que ofrece en estos casos poca resistencia á su curación, y cuyo procedimiento operatorio en otra mujer multipara de vagina ancha hubiese sido el de elección.

No poniendo á contribución las dos restantes vías de penetración en la vejiga, femenina, talla vestibular y uretral, por las razones de todos conocidas (incontinencia de orina, etc.).

El esfínter del cuello de la vejiga femenina difiere, como sabemos, del del hombre, por ser menos resistente y mucho más dilatado, resultado en gran parte debido á la falta de próstata.

Esta litotricia es, pues, operación mucho más fácil en la mujer que en el hombre, si bien tiene sus inconvenientes, representados principalmente por derramarse la orina alrededor del litoclasto, por la poca longitud del conducto uretral, y vernos obligados á operar en seco, resultando lesiones de la mucosa.

Realizada, pues, la intervención por el procedimiento indicado, extraíjimos los fragmentos del cálculo, que resultó ser, como presumíamos, fosfaticocálcico y del volumen total como de un huevo de gallina, y un trozo de sonda de Nélaton, de goma, rojo, del núm. 22, y de una longitud de 9 centímetros.

Ahora bien; ¿qué fin perseguíamos nosotros con esta interven-

ción? Fué solamente el que hasta momentos después de la operación creíamos haber obtenido la extracción del cuerpo extraño y cálculo de la vejiga; mas grande fué nuestra sorpresa cuando supimos que á las tres horas de operada la enferma había sentido necesidad de orinar (después de cinco años y medio de su ausencia), y había orinado como si nada hubiese padecido nunca, y así continúa con una micción perfecta, después de diecisiete días que lleva ya operada, es decir, que se le ha curado la parálisis de la vejiga; y este es el punto que me obliga á publicar estas mal redactadas líneas, por considerar esto como una novedad clínica, de lo que no tengo ningún precedente, es más, diré de lo que no había nunca leído en obras ni de urología ni de sistema nervioso, ni siquiera en Revistas, ni oído á ningún compañero ó maestro.

¿Cómo explicar esto? La naturaleza indudablemente histórica de la parálisis ya indicada por mí, desde que vi por primera vez á la enferma, puede auxiliarnos en estos esfuerzos de inteligencia; sabemos que casi siempre, ó siempre mejor dicho, la parálisis de la vejiga histórica es por contractura del esfínter del cuello; ¿será la dilatación forzada de él unida á la excitación que sobre las fibras de la vejiga despertara la acción traumática de los instrumentos por algunos pellizcamientos de la pared vesical, unida al masaje, combinado por palpación abdominal, tacto vaginal y tacto intravesical, que para auxiliarnos en la extracción de los fragmentos del cálculo empleamos?

Creemos que esta es la razón de curación de la parálisis, de donde concluiremos proponiendo para el tratamiento de la parálisis de la vejiga.

En la mujer: 1.º Dilatación forzada, amplia y prolongada del esfínter del cuello vesical. 2.º Pellizcamientos moderados de la pared vesical. 3.º Masaje por el tacto intravesical combinado con el tacto vaginal y palpación hipogástrica.

*Nota del Dr. Ribera.*—Voy á completar alguno de los hechos referidos por el Dr. Mas Gilabert, hechos que no huelgan porque resulta muy curiosa la historia de esta enferma que se hallaba en la Clínica Médica con fenómenos dependientes todos del histerismo, cuando el día 5 de junio de 1901, al sondarse, como tenía por costumbre, se le rompió la sonda de cautchuc. Trasladada inmediatamente á la sala de operaciones, se la anestesió (cloroformo) é hice la dilatación forzada de la uretra izquierda, el procedimiento que aprendí hace ya tantos años de mi maestro el Dr. Creus, ó sea dilatación con una pinza de Péan é introducción del dedo índice para completar la dilatación

orden para la micción es voluntaria, pero su mecanismo es reflejo; la enferma no sentía la necesidad de orinar, había anestesiado la mucosa cérvico-uretral; ni por intención de la enferma podía hacerlo, ni aún poniendo á contribución los agentes impulsivos que coadyuvaran á este acto, representados por la prensa abdominal, ni había la contracción simultánea enérgica suficiente de las fibras de la vejiga para el vencimiento del esfínter vesical que debía estar contracturado, es decir, que había parálisis de la vejiga seguramente histórica, pues no había lesión nerviosa central á qué atribuirla ni se había presentado en el transcurso de tanto tiempo la cistitis paralítica, que es precisamente característica de estas parálisis centrales.

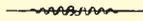
Se trataba, pues, como he dicho anteriormente, de una parálisis de la vejiga en una enferma afectada de una psicosis histórica.

Dicha parálisis había sido rebelde á todo tratamiento puesto en práctica en las distintas clínicas visitadas por la enferma y consistentes en sugestión hipnótica, electricidad, revulsión, etc.

Por consecuencia de esto, la enferma había necesitado del cateterismo desde el comienzo de su estado vesical, cuyas maniobras realizaba sola y á su antojo, sufrió varios accidentes por contratiempo de esta operación, consistente en la rotura de una sonda de Nélaton por dos veces en la vejiga; la primera hace veintidós meses que le fue extraída en el hospital de San Carlos, por mi querido maestro el eminente cirujano Dr. Ribera, a los pocos días por vía natural, continuando después la enferma con su parálisis vesical sin modificación alguna; el segundo accidente le ocurrió hace trece meses, en que volvió á quedarse en la vejiga otro trozo de sonda, cuya extracción fue intentada sin resultado por algunos profesores.

y reconocer. La extracción del trozo de sonda fué fácil y la incontinencia pasajera.

El 12 de noviembre de 1901, ó sea á los cinco meses del primer accidente, vuelve á presentarse en la Clínica, refiriendo que, sondándose, se le había roto la sonda, etc. Había en este caso fenómenos intensos de cistitis, pues el accidente debiera datar ya de algunos días, y esto hacía suponer que el trozo de sonda debía estar cubierto de sales. Cloroformización, dilatación de la uretra, reconocimiento y extracción de dos pedazos de sonda, cubiertos ya por completo de sales fosfáticas y constituyendo, por lo tanto, dos verdaderos cálculos. Uno de los trozos media cinco centímetros, y el otro tres y medio. Este último había adquirido un aspecto fusiforme, en tanto que el mayor conservaba la forma cilíndrica propia de la sonda. El reconocimiento más completo permite asegurar que no quedó en la vejiga ningún cuerpo extraño, por manera que el nuevo cálculo extraído por el Dr. Gilabert, se ha formado después de dicha fecha é indudablemente por haberse roto otra nueva sonda en las maniobras que dicha histórica hacía para vaciar su vejiga.—J. R. y S.



La permanencia del trozo de sonda en la vejiga produjo la cistitis correspondiente, e indudablemente empezó el cuerpo extraño á cubrirse de concreciones fosfáticas y calcáreas, hasta llegar á constituir el voluminoso cálculo que ahora hemos extraído.

La enferma fue sufriendo dolores cada vez más intensos que localizaban la parte izquierda de la vejiga y que la obligaban á tomar grandes dosis de morfina; la orina amoniacal, sanguinolenta, con gran sedimento de moco y pus.

El estado general de la enferma cada vez más decaído, sin fenómenos perceptibles de intoxicación urémica.

Vista por mi la enferma, a quien yo conocía de la Facultad de Medicina de Madrid, en cuya clínica quirúrgica estuvo como dije siendo yo interno en ella, aconsejé la intervención pronto á la familia para huir de los peligros de las infecciones ascendentes pielonefriticas, á que estaba expuesta la enferma, y asegurándoles que de no operarla sufriría una muerte cierta y no lejana.

Por la exploración vesical con la sonda metálica, no quedaba duda de la presencia del cálculo, á más, con las precauciones debidas, hice la exploración digital de la vejiga, encontrándome con que el cuerpo extraño estaba alojado en la depresión izquierda de la vejiga, es decir á la izquierda de la eminencia que el cuello de la matriz forma casi siempre en la superficie interna de la vejiga, que era voluminoso, no suelto completamente al parecer y que el inicial del trozo de sonda estaba sin recubrir por percibirse bien el contorno de su conducto.

A pesar de tratarse de una uretra muy dilatada, creí no sería posible extraer la masa formada por la sonda y el cálculo periférico a ella por su excesivo volumen.

Reflexionando sobre el procedimiento preferible á su extracción, ó entre talla hipogástrica, talla vaginal, y litolapaxia, me decidí por el último, por creerlo más justificado, contando yo de una parte con la blandura del cálculo, de otra con los menores peligros de esta intervención comparada con la realizada por vía abdominal y con la poca facilidad de técnica de vía vaginal, por tratarse de una mujer que conservaba el himen, y cuya vagina ofrecía, aun seccionando éste, poco campo operatorio, y no ciertamente por los temores de la fístula vésico vaginal ulterior, que ofrece en estos casos poca resistencia á su curación, y cuyo procedimiento operatorio en otra mujer múltipara de vagina ancha hubiese sido de elección.

No poniendo á contribución las dos restantes vías de penetración en la vejiga, femenina, talla vestibular y uretral, por las razones de todos conocidas (incontinencia de orina, etc.).

El esfínter del cuello de la vejiga femenina difiere, como sabemos, del hombre, por ser menos resistente y mucho más dilatado, resultado en gran parte debido a la próstata.

Esta litotricia es, pues, operación mucho más fácil en la mujer que en el hombre, si bien tiene sus inconvenientes, representados principalmente por derramarse la orina alrededor del litoclasto, por la poca longitud del conducto uretral, y vernos obligados á operar en seco, resultando lesiones de la mucosa.

Realizada, pues, la intervención por el procedimiento indicado, extrajimos los fragmentos del cálculo, que resultó ser como presumíamos, fosfaticocalcáreo y del volumen total de un huevo

de gallina, y un trozo de sonda de Nélaton, de goma, rojo, del núm. 22, y de una longitud de nueve centímetros.

Ahora bien; ¿qué fin perseguíamos nosotros con esta intervención? Fue solamente el que hasta momentos después de la operación creíamos haber obtenido la extracción del cuerpo extraño y cálculo de la vejiga; más grande fue nuestra sorpresa cuando supimos que a las tres horas de operada la enferma había sentido la necesidad de orinar (después de cinco años y medio de su ausencia), y había orinado como si nada hubiese padecido nunca, y así continúa con una micción perfecta, después de diecisiete días que lleva ya operada, es decir, que se le ha curado la parálisis de la vejiga; y este es el punto que me obliga á publicar estas mal redactadas líneas, por considerar esto como una novedad clínica, de lo que no tengo ningún precedente, es más, diré de lo que no había nunca leído en obras ni de urología ni de sistema nervioso, ni siquiera en revistas, ni oído á ningún compañero o maestro.

¿Cómo explicar esto? La naturaleza indudablemente histérica de la parálisis ya indicada por mí, desde que vi por primera vez á la enferma, puede auxiliarnos en estos esfuerzos de inteligencia; sabemos que casi siempre, o siempre mejor dicho, la parálisis de la vejiga histérica es por contractura del esfínter del cuello; ¿será la dilatación forzada de él unida á la excitación que sobre las fibras de la vejiga despertara la acción traumática de los instrumentos por algunos pellizcamientos de la pared vesical, unida al masaje, combinado por palpación abdominal, tacto vaginal y tacto intravesical, que para auxiliarnos en la extracción de los fragmentos del cálculo empleamos?

Creemos que esta es la razón de curación de la parálisis, de donde concluiremos proponiendo para el tratamiento de la parálisis de la vejiga.

En la mujer: 1º Dilatación forzada, amplia y prolongada del esfínter del cuello vesical. 2º Pellizcamientos moderados de la pared vesical. 3º Masaje por el tacto intravesical combinado con el tacto vaginal y palpación hipogástrica.

Nota del Dr. Ribera.- Voy a completar algunos de los hechos referidos por el Dr. Más Gilabert, hechos que no huelgan porque resulta muy curiosa la historia de esta enferma que se hallaba en la Clínica Médica con fenómenos dependientes todos del histerismo, cuando el día 5 de junio de 1901, al sondarse, como tenía por costumbre, se le rompió la sonda de cautchuc. Trasladada inmediatamente a la sala de operaciones, se la anestesió (cloroformo) é hice la dilatación forzada de la uretra izquierda, el procedimiento que aprendí hace ya tantos de mi maestro el Dr. Creus, ó sea dilatación con una pinza de Péan é introducción del dedo índice para completar la dilatación y reconocer. La extracción del trozo de sonda fue fácil y la incontinencia pasajera.

El 12 de noviembre de 1901, ó sea á los cinco meses del primer accidente, vuelve a presentarse en la Clínica, refiriendo que, sondándose, se le había roto la sonda, etc. Había en este caso fenómenos intensos de cistitis, pues el accidente debiera datar ya de algunos días, y esto hacía suponer que el trozo de sonda debía estar cubierto de sales. Cloroformización, dilatación de la uretra, reconocimiento y extracción de dos pedazos de sonda, cubiertos ya por completo de sales fosfáticas y constituyendo, por lo tanto, dos verdaderos cálculos. Uno de los trozos medía cinco centímetros, y el otro tres y medio. Este último había adquirido un aspecto fusiforme, en tanto que el mayor conservaba la forma cilíndrica propia de la sonda. El reconocimiento más completo permite asegurar que no quedó en la vejiga ningún cuerpo extraño, por manera que el nuevo cálculo del Dr. Gilabert, se ha formado después de dicha fecha é indudablemente por haberse roto otra nueva sonda en las maniobras que dicha histérica hacía para vaciar la vejiga.

—J. R. y S.

# Noticias

---

El Dr. D. Bernardino Miñana López, jefe de sección de Urología del Hospital Morales Meseguer, ha sido elegido como coordinador del grupo Uro-Oncológico de la Asociación Española de Urología tras hacer una brillante exposición de su programa de acción, nombramiento ratificado en la asamblea general del Congreso Nacional celebrado en Barcelona, el 13 de junio de 2008.

El Dr. D. Jesús Tornero Ruiz, adjunto de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca, ha obtenido el premio al mejor trabajo otorgado por la Asociación Española de Urología, con el patrocinio de la casa comercial del Tachosil, por el titulado Heminefrectomía en paciente con doble sistema y estenosis de la unión pieloureteral

El Dr. D. Enrique Cao Avellaneda ha leído su tesis doctoral titulada Neoplasias en pacientes con Trasplante Renal, en la Universidad de Murcia, el 21 de diciembre de 2007, dirigida por los Drs. Vicente Ortega Vicente y Manuel Canteras Jordana y calificada con sobresaliente cum laude.

El premio Salvador Pascual correspondiente al año en curso ha quedado desierto por falta de presentación de originales. Al igual que la Beca de Investigación Meseguer Huertos. La Junta Directiva de la AMU ha acordado suspender, por el momento, ambos premios debido a las dificultades económicas de la Asociación para retribuirlos y a la falta de interés demostrada en concurrir a ellos. Se mantiene la concesión del premio Server Falgas con una cuantía de 500 º a la mejor comunicación y un nuevo premio, sin nombre, de 300 º, al mejor póster expuesto en la Jornada Urológica Murciana.

El Dr. D. Antonio Prieto González ha solicitado una excedencia al Servicio Murciano de Salud por un periodo de dos años para ejercer como jefe contratado del servicio de Urología del Hospital del Servicio Valenciano de Salud en la alicantina población de Torrevieja y al que ha acompañado como adjunto al finalizar su residencia el Dr. D. Alejandro Maluff Torres.

La dirección del Boletín de la Asociación Murciana de Urología ha entablado conversaciones con los responsables de la Fundación Caja Murcia quienes han valorado muy positivamente el contenido y lo que representa la publicación para la comunidad murciana por lo que se comprometen a subvencionar su edición actual y futura. Para general conocimiento de los socios de la AMU, nuestro Boletín se encuentra respaldado, además de por el depósito legal de la Comunidad de Murcia, por el ISSN internacional, lo que avala el reconocimiento de su contenido, la tirada es de 150 ejemplares y el precio unitario de 20 º. También señalamos que está recogido en Murcia en la Biblioteca General, sita en la avenida de Juan Carlos I, en el Archivo Municipal ubicado en el Almodí y en la Real Academia de Medicina en la Gran Vía de Alfonso X, y en Madrid, en la Biblioteca Nacional en el Paseo de la Castellana y en la Real Academia Nacional de Medicina y Cirugía en la calle Arrieta.

## **Nota del presidente de la AMU Dr. Guzmán Martínez Vals**

Tras la reunión mantenida recientemente con el presidente de la Asociación, el profesor Jesús Castiñeiras, y de cara al segundo semestre del año, para poder difundir adecuadamente los congresos locales y otras reuniones científicas de ámbito autonómico, sería preciso que, como presidentes de las asociaciones regionales, nos trasmitan con la antelación suficiente fechas, contenidos principales y aquellos datos que puedan considerar importantes. A partir de esta información, se elaborará una nota de prensa recogiendo los datos que puedan ser de interés para los medios de comunicación, incluyendo sus declaraciones.

Una vez elaborado, se lo haremos llegar con el fin de que nos puedan comentar cuantas correcciones o matizaciones les parezcan oportunas de forma previa a su envío a los medios de comunicación. Sería deseable que pudieran tener la planificación para lo que resta de año lo antes posible.

# Convocatoria de premios 2009 de la AMU

## PREMIO GERARDO SERVER A LA MEJOR COMUNICACIÓN. PREMIO AL MEJOR PÓSTER

1. Se concederán a los mejores trabajos presentados en la Jornada Urológica anual de la Asociación Murciana de Urología por miembros de la AMU. El **Server Falgas a la mejor comunicación** y el **otro, sin nombre, al mejor póster**.

2. Los póster se colocarán en el lugar designado para ello desde el momento de la inauguración de la reunión anual hasta su finalización para que puedan ser valorados correctamente por los componentes del jurado.

3. El jurado que otorgará los premios 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 comunicación oral o póster y en otra la puntuación otorgada.

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

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

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

7. La asignación establecida es de **500 para la mejor comunicación** y **300 para el mejor póster** además de la **publicación del trabajo en el Boletín anual de la AMU**.

8. La comunicación premiada deberá estar redactada para su edición en el formato habitual a saber: introducción, objetivos, material y métodos, resultados, conclusión y bibliografía y el póster con la configuración expuesta copiada en un CD. Ambos serán **entregados al director del Boletín, lo más tarde un mes antes de la fecha del siguiente Jornada Urológica**.

### 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 presentados en las Jornadas Urológicas Murcianas, 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.

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. El receptor del premio podrá ser cualquier asociado incluidos los miembros de la junta directiva.

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

5. Las decisiones del jurado serán inapelables. El hecho de concurrir presupone la total aceptación de las bases.