

**BOLETÍN
DE LA
ASOCIACIÓN
MURCIANA
DE UROLOGÍA**



Año XIV - Nº 16. MURCIA, noviembre 2009



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:

*Estatua de bronce
que representa a
Hércules bebido,
Cartago, siglo II.*

*Museo de
El Bardo, Túnez*

*Fotografía:
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
XV Jornadas Urológicas Murcianas. Cartagena, 13 y 14 de noviembre de 2009	4
Comunicaciones presentadas	6
Actividades científicas en las que han participado miembros de la AMU en 2008	25
XXVII Reunión de los Residentes de Urología de Valencia y Murcia	28
Reuniones de Médicos Residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia. Un poco de historia	31
Participación de los Urólogos de la Comunidad Murciana en las Reuniones 1996-2009	35
Nombramiento del Dr. Civiale como Académico de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia en 1863	38
Comunicación del Dr. Meseguer Huertas en la Real Academia de Medicina de Murcia en 1865	40
Premio Server Falgás 2008 Nefrolitotomía con URS flexible y endopielotomía retrógrada con láser holmium	47
El largo y tortuoso camino de los comités de ética asistencial	49
Brigada Hispano-Nicaragüense de Urología. Una experiencia inolvidable	52
Galería urológica murciana Dr. D. José Luis Prefasi Martínez	54
Convocatoria de Premios de la AMU para 2010	56

Editorial

Llevamos dos años la actual Junta directiva de la Asociación Murciana y no olvidamos que nuestra función primordial es la de transmitir allá donde proceda las reivindicaciones que nuestra profesión demande e intentar que nuestra voz se escuche cada vez que nos lo pidan o que lo necesitemos.

Es función de toda Asociación buscar la excelencia para el desempeño de su profesión. Todo los profesionales de Urología de la región de Murcia queremos, de eso no tenemos duda, mantener un nivel científico tan alto como el que puede tener cualquier Urólogo del mundo Occidental; para eso no solamente se necesita el “conocimiento”, sino también disponer de la Tecnología adecuada para su desempeño y de la oportunidad de aprenderlo y ponerlo en marcha. Es por tanto una reivindicación justa y necesaria para seguir estando en ese puesto que nos merecemos. Desde la Asociación Murciana de Urología estamos todos abiertos a acoger cualquier idea que vaya en su beneficio, apoyándola en todas su facetas.

Tenemos que recordar que nuestra Asociación, aún siendo pequeña, es ejemplo en muchos foros por el modo que sus asociados nos relacionamos y creemos que sería bueno no olvidar que todos buscamos los mismos objetivos: compartir experiencias y buscar con honestidad y rigor el mejor ejercicio de nuestra profesión. Nuestras reuniones o Congresos o Jornadas, como queramos llamarlas, buscan al menos una vez al año, facilitar puntos de encuentro del conocimiento, sirviendo como

“parrilla de lanzamiento de nuestros Residentes, futuros magníficos urólogos, entre otras cosas.

Se avecinan cambios en la formación de los futuros especialistas con la adaptación a Bolonia y la aparición de troncalidades; todo ello debe buscar favorecer a todos y encontrar una formación aún más ideal. Las Sociedades Científicas deben estar preparadas para poder colaborar en su desarrollo y los Servicios dispuestos a asumir el reto.

Creo que es justo destacar la celebración, por fin, de una OPE para darle seguridad a los profesionales en el desarrollo de su actividad laboral en nuestro entorno, pero o no debemos de dejar de reivindicar la necesidad de la adecuación de las plantillas de los Servicios de nuestra Comunidad ante la demanda social. Debe asumirse por parte de las autoridades sanitarias el compromiso de buscar estabilidad laboral a aquellos que trabajan y demuestran día a día su valía, y por otro lado apoyar la Capacitación de los Servicios a nivel Tecnológico de los Servicios para poder cumplir con las prestaciones sanitarias.

Todo tenemos “obligaciones”, pero es necesario la participación en tareas que supongan beneficio recíproco, que permita avanzar y que suponga cumplir con una premisa fundamental: “hacer las cosas bien”,...ya las hacemos, pero siempre tiene y debe ser así. Existen muchos retos desde la Asociación que están por desarrollarse, pero sólo con la participación de todos será posible. Eso es lo que necesitamos. ¡participa!

*Junta Directiva de la
Asociación Murciana de Urología*

XV JORNADAS UROLÓGICAS MURCIANAS

Cartagena, 13 Y 14 de noviembre 2009



XV Jornadas Urológicas Murcianas

CARTAGENA, 2009

En el turno rotatorio establecido por la Asociación Murciana de Urología nos corresponde en esta ocasión la organización de las XV Jornadas Urológicas.

Gustosamente emprendemos las labores preparatorias pues supone no solo una oportunidad de promoción de nuestros conocimientos, sino muy especialmente de renovación de contactos con colegas y amigos de los que las actividades laborales nos mantienen más alejados de lo que sería deseable.

Deberá ser ésta, la última ocasión en que este Hospital de Sta. Maria del Rosell como tal, organiza las jornadas, pues como es sabido, y así se nos asegura, en el plazo de un año se inaugurará el nuevo Hospital largo tiempo deseado y en el que tenemos puesta la mayor de las esperanzas de contar al fin con un Servicio de Urología adecuado a los requerimientos de la población, cuya demanda supera a la actual oferta de posibles prestaciones.

Por supuesto que para el desarrollo de estas jornadas hemos contando con la facilidades dadas por una serie de personas e instituciones a las cuales expresamos nuestro agradecimiento.

Trabajamos actualmente todos los miembros del Servicio en la organización de las Jornadas con el objetivo de hacer vuestra estancia entre nosotros lo más agradable posible. Esperamos llevar a buen término nuestro empeño.

Os esperamos. Sed todos bienvenidos.

Fdo: Dr. Ricardo García Pérez
Jefe del Servicio de Urología
Cartagena, octubre de 2009



C-1 SLING ADVANCE TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MASCULINA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE SLING SUBURETRAL: EXPERIENCIA INICIAL.

Romero Hoyuela A., Izquierdo Morejón, E., Pietricicà, B.N., Montoya Chinchilla, R., García Cano, M^oC., Honrubia Vilchez, B., Rosino Sánchez, A., Guzmán Martínez-Valls P.L., Fernández Aparicio, T., Hita Villaplana, G., Miñana López, B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia

INTRODUCCIÓN

La práctica de la prostatectomía radical (PR) en el tratamiento del Ca de próstata ha llevado a la frecuente aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) en el varón. Esta situación ha llevado a proponer tratamientos como la rehabilitación de suelo pélvico, la inyección transuretral de sustancias ocupantes de espacio, el esfínter urinario artificial (EUA), entre otros. En nuestro servicio a estos pacientes, se ha ofrecido la posibilidad de corregir la IUE y mejorar la calidad de vida mediante colocación de sling suburetral por encontrar menos problemas en la técnica quirúrgica respecto del EUA, menos complejidad para el paciente y buenos resultados funcionales en la evolución posterior.

OBJETIVO

El objetivo es presentar nuestra experiencia inicial en la corrección de IUE mediante sling suburetral (ADVANCE) en pacientes tras PR con afectación de calidad de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde mayo de 2008 se han realizado 8 procedimientos, los tres primeros autorizados. En todos los procedimientos se ha instaurado sling tipo ADVANCE. La edad media de los pacientes ha sido de 70 años. Se ha realizado seguimiento de 18 meses para 3 procedimientos, 6 meses para otros 3 casos, 2 meses para 1 caso y 1 mes para 2 casos. Todos los pacientes se habían seguido previamente en consulta tras PR, con buenos resultados oncológicos pero con IUE de tipo leve o moderado. Se realizó uretrrocistoscopia previa para objetivar esfínter externo competente y ausencia de factor obstructivo. El procedimiento fue bien tolerado no observándose complicaciones relevantes (un caso de hematoma escrotal solucionado con tratamiento conservador)

RESULTADOS

Los pacientes fueron dados de alta a los 2 días de estancia media sin catéter uretral. Los resultados funcionales han sido buenos encontrándose los pacientes continentales con un significativo aumento de calidad de vida.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia inicial, el uso de sling suburetral tipo ADVANCE para el tratamiento de IUE masculina leve-moderada es una técnica realizable tras un entrenamiento tutorizado, sin riesgos quirúrgicos significativos, fácilmente reproducible con buenos resultados funcionales a corto y medio plazo, suponiendo una mejora sustancial en la calidad de vida en este tipo de pacientes.

C-2 SUPERVIVENCIA, EN RELACIÓN A LOS FACTORES PRONOSTICOS, Y EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CARCINOMA RENAL

Pedro A. López González, Pedro López Cubillana, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Edgar U. Olarte Barragán, Mariano Pérez Albacete
H. Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

Análisis de supervivencia de los pacientes intervenidos, en HUVA, por tumor renal. Análisis de los factores pronósticos en el Carcinoma de Células Renales (CCR). Valoración de la función renal en pacientes sometidos a nefrectomía

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 169 pacientes intervenidos, por tumor renal, entre enero-1998 y diciembre-2007. Realizamos el estudio de incidencia y descriptivo con las variables de edad, sexo, vía quirúrgica y tiempo de seguimiento. Análisis de supervivencia, en los principales tipos histológicos de CCR, según: sexo; datos quirúrgicos: vía y tipo de cirugía; clínica: inicio avanzado, existencia de metástasis y valores del hemograma; características anatómo-patológicas: tipos y subtipos histológicos, grado de Fuhrman, TNM 2002, tamaño tumoral, afectación macrovascular y de la grasa del seno renal. Se realiza el análisis de supervivencia, univariante, según Kaplan-Meier (log rank y Breslow), y con las variables significativamente estadísticas se realiza un estudio multivariante según el análisis de regresión de Cox.

La media de edad fue de 60 años, más frecuente en hombres (2:1), con una mediana de seguimiento de 41 meses (máx: 134). La vía quirúrgica fue 60%-abierta y 40%-laparoscópica.

RESULTADOS

La supervivencia cáncer-específica fue del 77% a los 5 años, y del 69% a los 10 años de seguimiento. En el análisis univariante se encontraron como factores pronósticos estadísticamente significativos los siguientes: tamaño tumoral, diferenciación sarcomatoide, TNM 2002, grado de Fuhrman, vía quirúrgica, niveles de hemoglobina y de plaquetas, presentación en estadio avanzado y la existencia de metástasis.

En el estudio multivariante se confirmaron como factores pronósticos independientes el estadio TNM, la existencia de metástasis y los niveles de hemoglobina prequirúrgica.

Se analizó la función renal, en 67 pacientes, de los cuales solo 2 pacientes recibieron tratamiento con Hemodiálisis, de novo. Uno por quedar anéfrico y otro con IRC previa a la cirugía.

CONCLUSIONES

Importancia pronóstica de las características histológicas y el estadio TNM del tumor.

El abordaje laparoscópico presenta unos resultados oncológicos, al menos similares a la cirugía abierta.

Necesidad de cambio en el estadiaje del carcinoma renal T3.

Importancia pronóstica de los valores del hemograma prequirúrgico.

Mantenimiento de la función renal.

C-3 EMBOLIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LOS ANGIOMIOLIPOMAS

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

INTRODUCCIÓN

Los angiomiolipomas son tumores benignos, por lo general, formados por tejido graso, vasos sanguíneos aberrantes y células musculares lisas. Su importancia clínica viene dada por su capacidad de poner en peligro la vida al romperse espontáneamente y provocar un sangrado masivo. Esta capacidad esta íntimamente relacionada con su tamaño. Entre las alternativas terapéuticas se encuentra la embolización.

PACIENTES Y MÉTODOS

Presentamos nuestra casuística con datos clínicos e icnográficos.

DISCUSIÓN

La embolización de los angiomiolipomas renales es una alternativa terapéutica con una rentabilidad riesgo-eficacia que nos debe hacer considerar su uso preventivo de forma protocolizada e incluso como tratamiento inicial en ciertos sangrados espontáneos.

C-4 NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MEDIANTE SLING SUBURETRAL LIBRE DE TENSIÓN

Izquierdo Morejón, E., Romero Hoyuela A., Pietricicà, B.N., Montoya Chinchilla, R., García Cano, M^aC., Honrubia Vilchez, B., Rosino Sánchez, A., Guzmán Martínez-Valls P.L., Fernández Aparicio, T., Hita Villaplana, G., Miñana López, B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia urinaria (IU) es un problema importante de salud, tanto que en mayor o menor grado afecta a un número importante de pacientes de la consulta urológica como en la de Atención Primaria. La IU de esfuerzo (IUE), más frecuente en mujeres, resulta habitualmente causada por la debilidad del suelo pélvico y el sostén deficiente de la unidad véscouretral con aumento de movilidad uretral.

OBJETIVO

El objetivo es presentar nuestra experiencia inicial en la corrección de la IUE mediante cabestrillo libre de tensión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde mayo de 2007 a julio de 2009 se han realizado 73 procedimientos a mujeres, incluyendo algunos casos en los que se corrigió cistocele, rectocele o enterocele asociados. Las pacientes acudieron por síntomas de IU y se valoraron los antecedentes patol. genitourinarios, urodinámicos, uso de compresas a diario y cuestionario de calidad de vida (ICQ-SF). Se ha realizado seguimiento de complicaciones inmediatas y tardías, residuo postmiccional y valoración de calidad de vida.

RESULTADOS

El porcentaje de pacientes que lograron una continencia total en nuestra serie ha sido del 86.5%, el 11.6% mejoría clínica significativa (IUE a grandes esfuerzos, escapes ocasionales) y fracaso (incontinencia a medianos y pequeños esfuerzos) en el 1.9%

Las complicaciones intraoperatorias observadas fueron sangrado vaginal en 3 casos. Las complicaciones postoperatorias fueron la retención urinaria con necesidad de sondaje en un caso, que requirió autosondaje intermitente durante cuatro semanas, dolor a la abducción de miembros inferiores en un caso, erosión en un caso, no ha habido ninguna extrusión de malla e inestabilidad de novo en 7 casos.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el uso de cabestrillo suburetral para el tratamiento de IUE es una técnica eficaz y reproducible, con escasas complicaciones, buenos resultados funcionales, y con una significativa mejora en la calidad de vida de los pacientes.

C-5 RADIOFRECUENCIA EN LA ABLACIÓN DE LAS PEQUEÑAS MASAS RENALES ESPORÁDICAS, NO SINTOMÁTICAS, DE PACIENTES ANCIANOS.(EXPERIENCIA INICIAL)

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

OBJETIVOS

analizamos aspectos técnicos e indicaciones de la Ablación con R adiofrecuencia de las pequeñas masas renales asintomáticas (T1a<4cm.), descubiertas de manera incidentalmente (PMRADI), en pacientes ancianos. Relatamos nuestra experiencia inicial con esta terapia.

JUSTIFICACIÓN

En el diagnóstico de las masas renales han ocurrido importantes cambios en las tres últimas décadas:

1. Aspectos demográficos (envejecimiento de población).
2. Los hallazgos incidentales con técnicas de imagen (CT/RMN).
3. El reconocimiento de tipo tumoral.
4. Conocimiento de la historia natural.

La mayoría de tumores se diagnostican en pacientes asintomáticos (>50% en >65años). El **envejecimiento de la población** y el aumento de comorbilidades asociadas (alta proporción de pacientes con IRC previa a cirugía), condicionan valorar una actuación más conservadora. Las **técnicas de imagen** han producido un incremento en la incidencia PMRADI (3% por año), con diagnóstico incidental en un 48%-66%. Se ha producido una migración hacia estadios inferiores con disminución del tamaño (2/3<de 4cm). La **historia natural** de las (PMRADI) demuestra que aproximadamente 26-43% de masas renales observadas no muestran crecimiento radiológico (3 años), y si lo hacen la tasa de crecimiento: 0.35 y 1.32 cm./años. Las masas renales sólidas < de 4 cm. tienen un **tipo tumoral** de Carcinomas de células renales en 80%, (indolente 60% y agresivo 20%), el resto son benignos Oncocitomas o Adenomas (20%). Los ancianos con masas pequeñas tienen 3.5 veces mas lesiones benignas que CR. Si el tamaño del tumor aumenta, tienen mayor probabilidad de ser maligno versus benigno, células claras versus papilar, y alto grado versus bajo.

El tratamiento ideal de las pequeñas masas renales debe incluir: la eficacia oncológica, disminuir la invasividad, tener baja tasa de complicaciones y potencialmente bajo coste. Las opciones de tratamiento:

- La cirugía ahorradora de nefronas (es el estándar, abierta o laparoscópica).
- La vigilancia activa (es una opción).
- Las terapias ablativas como H.I.F.U., Radiofrecuencia o Crioterapia bajo US, CT, RMN o LAP son otras posibilidades en casos seleccionados.

PACIENTES, MÉTODOS Y RESULTADOS

Relatamos nuestra experiencia inicial con la ablación de masas renales pequeñas. Se resume en los siguientes casos:

CONCLUSIONES

PACIENTES	ASA	Cr.	PROCEDIMIENTO	CARACTERÍSTICAS	SEGUIMIENTO
C.C.M. ♀ 69	II	1,65	LAP (3Trocares)	R.I. (ANTERIOR) 3 cm. ¿?	13 m
J.P.M. ♂ 76	II	1,75	LAP (4Trocares)	R.D. (ANTERIOR) 3 cm. Furrihan 2	8 m
J.P.T. ♂ 78	IV	1,92	PC- dirigida TC	R.I. (POSTERIOR) 2,5cm. P.A.A.F.±	13 m

Revisamos las indicaciones y los resultados oncológicos en la literatura.

1. La radiofrecuencia es un tratamiento técnicamente sencillo para las pequeñas masas renales esporádicas no sintomáticas de pacientes ancianos.
2. Parece adecuada a corto y medio plazo para el control oncológico de estas neoplasias, los resultados a largo plazo no están aún disponibles.
3. Los marcadores bioquímicos o moleculares, así como mejores técnicas de imagen son necesarios para seleccionar los individuos con mayor riesgo para la progresión del tumor.

C-6 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICO-RENAL PRIMARIO EN LA INFANCIA. EXPERIENCIA SOBRE 989 CASOS EN UN PERIODO DE 9 AÑOS

L. Nortes Cano, Mj. Guirao Piñera, R. Ruiz Pruneda
Servicio De Urología Pediátrica H.U.V. Arrixaca.
Unidad De Urología Pediátrica Usp San Carlos. Murcia.

OBJETIVO

Comunicar nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico del reflujo vesicorenal primitivo en un centro asistencial terciario de referencia en la comunidad autónoma de la región de Murcia entre los años 1998 hasta 2007 inclusive.

INTRODUCCIÓN

La presencia de reflujo en cualquier lugar de la anatomía que presenta una válvula destinada a evitarlo es, cuando menos, un despropósito en cuanto a la existencia de esa estructura valvular. el reflujo de orina de la vejiga, destinada a su almacenamiento y posterior evacuación al exterior, hacia el uréter, no es un hecho normal en el funcionamiento del tracto urinario en el ser humano.

Numerosas técnicas han sido propuestas para evitar el reflujo y sus posibles consecuencias clínicas. La abstención terapéutica, la quimioprofilaxis prolongada, en la confianza de la resolución espontánea de ciertos reflujos, las diferentes intervenciones quirúrgicas aun en uso, y, por fin, el manejo endoscópico mínimamente invasivo, son las opciones discutidas hasta el momento actual, a emplear para evitar esta mala función que afecta entre el 1 y el 3% de la población pediátrica. presentamos nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico del reflujo mínimamente invasivo, en todos sus aspectos, que ha pasado a ser una actualidad común después de ser una novedad discutida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de nuestros pacientes afectados de reflujo vesicorenal primario esencial, tratados mediante inyección endoscópica de materiales biocompatibles desde el año 1998 hasta el año 2007 inclusive, y que incluye a 989 portadores de reflujo con un número total de 1.498 unidades ureterales refluventes. Se han excluido de este estudio 123 portadores de reflujo vesicorenal tratados

Antes de 1998 y otros pacientes que no fueron catalogados de reflujos primitivos. 482 (48,7 %) de los casos eran mujeres. 507 (51,2 %) eran hombres. En 16 casos existía una duplicidad en el sistema refluente (1,6 %). El reflujo era bilateral en 509 casos, el 51,4 % de la totalidad.

La alternativa al tratamiento endoscópico de todos estos pacientes era la quimioprofilaxis continuada para evitar la clínica asociada a reflujo e ITU, la reimplantación ureterovesical o la abstención terapéutica en ciertos casos, siempre asociada a la vigilancia estrecha hasta la teórica desaparición espontánea del reflujo.

Todos los pacientes fueron diagnosticados a consecuencia de alteraciones clínicas, radiológicas, biológicas o ecográficas secundarias a reflujo vesicorenal.

El de menor edad fue tratado endoscópicamente a los 4 meses y era un varón con reflujo estadio IV bilateral que había sido tratado en dos ocasiones, con ingreso hospitalario, con cuadro de pielonefritis clínica.

La de mayor edad tenía 21 años y fue diagnosticada por ITU, fiebre y dolor renal asociado a reflujo estadio III.

La tasa de desaparición del reflujo fue del 90 por ciento al primer tratamiento endoscópico en esta serie que ha sido tratada endoscópicamente por un único cirujano superada la curva de aprendizaje.

Con la finalidad de facilitar el manejo de la serie, hemos establecido una clasificación desde I a IV grados radiológicos y de I a IV estadios clínicos porque los estadios que clasificamos en la práctica diaria como V, corresponden a unidades renales con función gravemente disminuida o ausente, a las que damos otro tipo de tratamiento.

6 pacientes fueron tratados endoscópicamente por reflujo estadio II sobre 7 uréteres.

385 pacientes eran portadores de reflujo estadio II con afectación en 584 uréteres.

521 pacientes con 801 uréteres involucrados tenían un estadio clínico-radiológico tipo III. Este grupo, con el 52% de los enfermos, era el grupo más numeroso.

El estadio IV, con 77 pacientes y 106 unidades ureterales fue el segundo grupo menos significado, con un 7,7% de afectados sobre el número total.

406 casos, el 41 % del total eran pacientes entre 2 y 4 años de edad. 95 pacientes tenían menos de un año correspondiendo al 96 % de los tratados. 172, el 17,3 %, eran lactantes entre 11 y 23 meses. 177 casos tenían entre 4 y 7 años. 139 casos tenían entre 7 y 21 años (14 %).

Antes o después del diagnóstico de reflujo vesicorenal y previamente al tratamiento endoscópico fueron ingresados en servicios hospitalarios 95 (100%) pacientes de edades comprendidas entre 0 y 11 meses. todos ellos mantuvieron tratamiento profiláctico hasta la endoscopia.

Entre los pacientes de 11 a 23 meses se produjeron 132 ingresos. el total de estos pacientes (172) también mantuvieron tratamiento profiláctico hasta la endoscopia.

Entre los 406 pacientes de edades comprendidas entre los 23 meses y los 4 años, 312 sufrieron un ingreso previo al tratamiento endoscópico.

Entre los pacientes de 4 a 7 años (177), se produjeron 35 ingresos y todos ellos (177) fueron puestos bajo protección quimioterápica urinaria continua hasta la endoscopia.

Los pacientes de 7 a 21 años (139) produjeron 25 ingresos debido a clínica relacionada con el reflujo vesicorenal.

En nuestro centro el coste medio de un ingreso de 7 días es de 4.158,7 euros por paciente. La quimioprofilaxis continuada por paciente y año, sin incluir ciertos gastos sociales, equivale a una cantidad situada entre 1.060 y 2.000 euros por paciente y año. El coste de la uretero-cistostomía es de 4.822 euros por paciente con un ingreso hospitalario de 3 días. El coste del tratamiento endoscópico es de 1.000 a 1.200 euros por paciente.

Todos los enfermos fueron tratados endoscópicamente y de forma ambulatoria con tres tipos de material exclusivamente: elastómero de polidimetilsiloxano (macroplástico) fue inyectado en 203 pacientes.

9 pacientes fueron tratados con hidroxapatita de calcio (coaptite) y en 777 enfermos se empleó ácido hialurónico estabilizado con dextranómero (deflux).

RESULTADOS

889 casos se curaron al primer tratamiento endoscópico. Un 10,1 por ciento de pacientes fueron sometidos a más de un tratamiento. Tres pacientes se curaron al cuarto intento. 13 pacientes tuvieron que ser intervenidos por fallo del tratamiento endoscópico después de dos o más intentos.

Todos los pacientes fueron remitidos por su pediatra y habían sido informados sus familiares de las diferentes opciones de tratamiento. ningún paciente de los controlados entre los dos y tres años con posterioridad al tratamiento endoscópico, de forma aleatoria, mediante una CUMS, el 10 por ciento, tuvieron reflujo radiológico. El grado de satisfacción familiar alcanzó el 80 por ciento en una encuesta realizada después del control posterior al tratamiento.

CONCLUSIONES

Los excelentes resultados en cuanto a la desaparición radiológica del reflujo y de la sintomatología clínica asociada al mismo, la nula morbilidad, el bajo coste biológico y económico en relación con otros tratamientos y la posibilidad de todas las demás alternativas en el caso, raro, de fallo, hacen del tratamiento endoscópico un gesto terapéutico de primera elección en el manejo del reflujo primario en la infancia.

C-7 INCIDENCIA DE COMPLICACIONES UROLÓGICAS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL. SEGUIMIENTO A UN AÑO

Ruiz Morcillo J C., Doñate Íñiguez G., López González P.A., Moreno Alarcón C., Escudero Bregante JF., Jimeno L. *, Llorente S. *, López Cubillana P., Pérez Albacete M.

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

*Servicio de Nefrología (Unidad de Trasplante Renal). Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones urológicas tras el trasplante renal afectan a los resultados del mismo incrementando la morbimortalidad en los pacientes así como la necesidad de reintervención quirúrgica.

El objetivo de este estudio es analizar la incidencia de complicaciones urológicas y los factores relacionados, en pacientes trasplantados renales.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos retrospectivamente los pacientes sometidos a trasplante renal en el período comprendido entre Septiembre de 2006 y Septiembre de 2008. Los datos se extrajeron de la historia clínica de cada paciente. Analizamos variables clínico-epidemiológicas (edad del donante y receptor, antecedentes clínicos), relacionadas con el procedimiento quirúrgico (tipo de reimplante, uso de stent ureteral, sondaje vesical, tiempo de isquemia fría) y con los resultados (estancia hospitalaria, complicaciones postquirúrgicas, función renal). Analizamos la incidencia de complicaciones urológicas en un año de seguimiento, y los factores relacionados. Realizamos la prueba de Chi Cuadrado para las variables cualitativas y la T de Student para las cuantitativas, considerando una significación estadística una p menor del 0,05.

RESULTADOS

Un total de 94 pacientes sometidos a trasplante renal (66 varones y 28 mujeres) con una edad media y mediana de 51 años. La estancia media hospitalaria fue de 18 días (Mediana 14 días). La edad media del donante fue de 47 años (Mediana: 52 años) y la principal causa de muerte del mismo fue el ACV (isquémico o hemorrágico) en el 59,3% de los casos. El tiempo medio de isquemia fue de 11 horas (Mediana : 10 horas). El tipo de reimplante ureteral más frecuente fue el de tipo Lich-Gregoire (75,8%) seguido del tipo Tagouchi (29,9%). En el 72,2% de los pacientes se colocó catéter ureteral doble J durante la cirugía, que portaron una media de 53 días (Mediana: 43 días). El tiempo medio de sondaje fue de 10,45 días (Mediana 7 días).

El sangrado postoperatorio apareció en 11 pacientes (12%), la aparición de fístula urinaria en 10 pacientes, 5 de forma precoz y 5 de forma tardía (10,64%), el rechazo agudo en 30 (31,91%), el linfocelo en 7 pacientes (7,45%) y la uropatía obstructiva en 6 pacientes (3,19%). La reintervención fue necesaria en 9 pacientes.

Aquellos pacientes que recibieron un injerto renal con isquemia fría menor de 15 horas presentan un mejor aclaramiento de creatinina ($P=0,044$) a los 6 meses. No encontramos significación estadística ($p>0,05$) cuando comparamos la presencia de fístula urinaria, uropatía obstructiva y la presencia de linfocelo con las siguientes variables: edad, sexo, causa de insuficiencia renal crónica, la presencia o no de catéter ureteral tras la cirugía, edad del donante, tiempo de isquemia fría, tiempo de sondaje, estancia hospitalaria, edad del receptor y tiempo de diálisis previa al trasplante.

CONCLUSIONES

Según nuestros datos, la incidencia de complicaciones urológicas en los pacientes sometidos a trasplante renal es mayor en el período inmediatamente posterior a la cirugía (principalmente sangrado postquirúrgico, fístula urinaria precoz y rechazo agudo) mientras que la fístula urinaria tardía, la uropatía obstructiva y la presencia de linfocelo se presentó en el 5,32%, 3,19% y 7,45% respectivamente. Las variables analizadas parecen no influir en el aumento de incidencia de las complicaciones urológicas. Los injertos renales con isquemia fría menor de 15 horas tienen un mejor aclaramiento de creatinina a los 6 meses del implante.

C-8 ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA INFECCIOSA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL DURANTE EL PRIMER AÑO.

Doñate Íñiguez G, Ruiz Morcillo JC, López González PA., Moreno Alarcón C, Olarte Barragan E, Escudero Bregante F, López Cubillana P, Pérez Albacete M.

Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

La patología infecciosa representa la causa más importante de morbilidad, mortalidad y hospitalización en pacientes receptores de trasplante renal, debido sobretodo a las pautas más agresivas de inmunosupresión que permiten una prevención efectiva y un control de los episodios de rechazo agudo. Pero en el desarrollo de las infecciones también pueden influir otros factores, como la técnica quirúrgica, los patógenos nosocomiales, y la necesidad de catéteres de derivación urinaria. La profilaxis antibacteriana, antifúngica y antivírica se ha convertido en una terapia básica en el seguimiento de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio retrospectivo de las complicaciones infecciosas en pacientes trasplantados en nuestro hospital entre septiembre de 2006 y septiembre de 2008, con seguimiento de 1 año. Hemos analizado los siguientes síndromes infecciosos: Bacteriuria asintomática, infección del tracto urinario, pielonefritis aguda, infección de la herida quirúrgica, bacteriemia, infección por CMV, neumonía e infección de vías respiratorias bajas.

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos y un análisis univariante de los posibles factores de riesgo asociados utilizando las pruebas estadísticas Chi cuadrado para variables cualitativas y T-student para variables cuantitativas.

RESULTADOS

De los 94 pacientes estudiados que habían recibido un injerto renal, el 70'2 % eran varones y el 29'8% mujeres, con una edad media de 50'5 años (18-75 años). La estancia hospitalaria mediana postoperatoria fue de 14 días y el tiempo de sondaje mediano de 7 días. El 90'4% de los pacientes tuvieron al menos un episodio infeccioso durante el primer año postrasplante, con una media de 3'7 % episodios por paciente, y en 1/3 de los pacientes estos episodios infecciosos causaron ingreso hospitalario.

Las infecciones más frecuentes son las bacterianas, en un 91'3%, seguidas muy de lejos por las infecciones víricas con un 7'2% y las fúngicas con un 1'5%. La frecuencia de aparición de los distintos síndromes infecciosos es: bacteriuria asintomática, el 70'2%, ITU el 30'9%, PNA el 11'6%, infección de la herida quirúrgica el 11'7%, neumonía el 6%, infección de vías respiratorias altas el 3'2%, bacteriemia el 14'6% e infección por CMV el 24'5%. La aparición del primer episodio se da a los 12 ,64 y 72 días postrasplante respectivamente para ITU, bacteriuria e infección por CMV.

CONCLUSIÓN

El síndrome infeccioso más frecuente es la bacteriuria asintomática (70'2%), y la bacteria más frecuente Echerichia Coli. La mayor parte de las complicaciones infecciosas se dan en los tres primeros meses postrasplante, y como factor de riesgo asociado a estas, con significación estadística tenemos la edad (> 50 años), el tipo de inmunosupresión.

C- 9 PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA. SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA CLÍNICA

Andréu García, A; Oñate Celdrán, J; Sánchez Rodríguez, C; Tomás Ros, M; Valdelvira Nadal, P; Rico Galiano JL; Sempere Gutiérrez, A; Morga Egea, JP; Fontana Compiano. LO.
Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía.

OBJETIVO

Comunicar nuestra experiencia en Pielonefritis Xantogranulomatosa (PXG) forma de presentación, manifestaciones clínicas, diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

MÉTODO

Se efectuó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo durante un periodo de tiempo desde 1994 hasta el año 2009.

RESULTADOS

Seleccionamos en una serie de 44 nefrectomías por causa infecciosa, 14 pacientes con el diagnóstico de PXG, 11 femeninos y 3 masculinos, con una media de 65 años de edad. El dolor lumbar y abdominal, pérdida de peso, litiasis renal y evolución crónica, se presentaron en todos los casos. El 85% presentaron dolor lumbo-abdominal y fiebre, el 28,5% antecedentes de infección tracto urinario. Se constatan diferentes formas clínicas de presentación, dentro del apartado de infecciones renales, distribuidas en un abanico amplio desde formas asintomáticas a sépticas graves, con asociaciones a situaciones de diabetes y litiasis.

En el laboratorio el hallazgo más común fue la piuria, la velocidad de sedimentación aumentada y la anemia. El urocultivo convencional fue positivo en el 50% de los pacientes.

La tomografía computarizada (TC) demostró ser la prueba de imagen que aportó mayor número de datos de la unidad renal afectada, describiendo infiltrado inflamatorio periférico, asociación a litiasis, hidronefrosis, anulación de la función renal, atrofia del parénquima renal, y masa renal sólida.

CONCLUSIONES

La PXG, es una enfermedad poco frecuente. La mayoría de los casos se presenta en mujeres de edad media, con antecedente sistémico de diabetes, historia de litiasis renal, e infección del tracto urinario. Puede simular una neoplasia renal por lo que se debe hacer el diagnóstico diferencial. El diagnóstico de certeza es histopatológico con la objetivación de células xantomatosas (histiocitos cargados de lípidos).

El tratamiento con antibióticos no soluciona el problema, pero es útil para el control del proceso infeccioso. No obstante el tratamiento definitivo es quirúrgico.

C-10 BIOPSIA PROSTÁTICA TRANSRECTAL. ¿DEBEMOS CAMBIAR NUESTRA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA?

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

OBJETIVO

Analizar las complicaciones secundarias a biopsia prostática transrectal (BPT) de nuestra serie en el periodo comprendido entre 2007 y 2009, destacando aquellas que tuvieron un origen infeccioso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de 459 pacientes sometidos a BPT en el Hospital General Universitario Reina Sofía en el periodo comprendido entre Enero de 2007 y Septiembre de 2009. Se realizó profilaxis con ciprofloxacino. Se utilizó EDC02 para revisar las visitas hospitalarias sucedidas hasta transcurridas 3 semanas de la biopsia, seleccionando aquellas cuyo motivo fue una complicación infecciosa. Se calculó la incidencia anual y total de complicaciones infecciosas y se analizaron los antibiogramas para determinar el patrón de resistencias.

RESULTADOS

De los 459 pacientes, 10 (2.17 %) consultaron por hematuria, 4 (0.87 %) por hemospermia, 1 (0.21 %) por rectorragia, 1 (0.21 %) por retención aguda de orina y 16 (3.4 %) por complicaciones infecciosas. Se estratificaron las complicaciones infecciosas por año, obteniéndose 2 (12.5 %) en 2007, 9 (56.2 %) en 2008 y 5 (31.2 %) hasta septiembre de 2009. Se analizaron los cultivos de los pacientes infecciosos: 12 fueron positivos para *E. coli*, siendo 8 (72.7 %) resistentes a ciprofloxacino. Cuatro fueron negativos.

CONCLUSIONES

El germen más frecuentemente aislado en infecciones secundarias a BPT es el *E. coli* multiresistente. El número de complicaciones infecciosas así como las resistencias microbianas han aumentado en los últimos años. La administración de un antibiótico adyuvante como profilaxis puede ser útil. El manejo de los pacientes con complicaciones infecciosas fue, en su mayor parte, inadecuado. El tratamiento de las complicaciones infecciosas secundarias a BPT debe ser precoz y agresivo.

C- 11 MORBILIDAD ASOCIADA A LA BIOPSIA TRANSRECTAL PROSTÁTICA. REVISIÓN DE 146 CASOS Y DE BIBLIOGRAFÍA RELACIONADA

Moreno Alarcón C., López González P.A., López Cubillana P., Doñate Iñiguez G., Ruiz Morcillo J.C., Olarte Barragán E.H., Pérez Albacete M.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN

La biopsia transrectal prostática (BTRP) y la determinación del antígeno específico (PSA) son las dos pruebas básicas para el diagnóstico precoz del cáncer de próstata. La BTRP es una prueba invasiva que no carece de efectos secundarios, por lo que debe realizarse en los casos recomendados y con unas medidas profilácticas adecuadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio retrospectivo, descriptivo, de una cohorte de 146 pacientes sometidos a BTRP entre Diciembre de 2007 y Septiembre de 2008. Se empleó una profilaxis con Ciprofloxacino oral durante 10 días. Se analizan las características de la muestra, la incidencia de complicaciones menores y mayores tras el procedimiento (durante los 6 meses siguientes al procedimiento) y se describen los estudios realizados a los que ingresan por fiebre por prostatitis tras la manipulación. Se analizaron como factores de riesgo de sufrir complicaciones tras BTRP la edad, el volumen prostático, el resultado (positivo o negativo para cáncer de próstata) o el hecho de ser la primera biopsia o una sucesiva. Para ello se realizó un estudio univariante, mediante la prueba de la Chi Cuadrado, para las variables cualitativas, y la T de Student para las cuantitativas, tomado como nivel de significación estadística una p menor de 0'05.

RESULTADOS

Las incidencias de síntomas/signos relacionados con la biopsia fueron: fiebre (5,5%), sepsis (0,007%), macrohematuria (49%), rectorragia (18,8 %), hemospermia (32,6%). 7 de los pacientes con fiebre (4,8%) requirieron ingreso, con una mediana de estancia hospitalaria de 3 días (rango de 1 a 9 días) . Un paciente presentó un cuadro de sepsis grave de origen urinario que precisó la atención en la Unidad de Cuidados Intensivos. El tiempo de latencia medio, entre la BTRP y la aparición de fiebre fue de 4'3 días. Respecto al estudio comparativo de los posibles factores de riesgo, se vieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la hematuria y la hemospermia, que sería mayor su incidencia en pacientes menores de 66 años y respecto a la aparición de fiebre y sepsis, que sería más frecuente en pacientes con volumen prostático menor a 55 cc (mediana de la muestra).

Incidencia (%)	Edad (años)			Volumen Prostático (cc)			Resultado			Primera o rebiopsia		
	>65	<65	S.E.	<50	>50	S.E.	Positiva	Negativa	S.E.	1ª	Re-biopsia	S.E.
Fiebre	2,2%	3,6%	p=0,187	6,1%	0,0%	p=0,022*	0,7%	4,8%	p=0,156	5,5%	0,0%	p=0,233
Hematuria	18%	22'3%	p=0,003*	26,0%	13,0%	p=0,363	13,8%	25,5%	p=0,876	32,2%	6,8%	p=0,384
Rectorragia	7'9%	9'4%	p=0,127	12,2%	6,1%	p=0,590	6,2%	11,7%	p=0,884	15,8%	2,1%	p=0,648
Hemospermia	8%	15'2%	p=0,001*	15,4%	9,2%	p=0,979	5,5%	16,6%	p=0,147	13,8%	8,3%	p=0,000*

*Significación estadística.

CONCLUSIONES

La incidencia de las complicaciones de la biopsia transrectal prostática presentan bastante variabilidad al revisar la literatura, siendo la macrohematuria la complicación más frecuente, al igual que sucede en nuestro estudio.

La necesidad de profilaxis antibiótica en la BTRP parece clara, por los datos que arrojan diversos estudios, que ponen de manifiesto las diferencias que existen al comparar la tasa de complicaciones infecciosas en los pacientes sometidos a BTRP sin profilaxis antibiótica y con ella. Los antibióticos de elección continúan siendo las fluor quinolonas y el TMP-SMX, aunque este último no se recomienda en nuestro medio por las altas tasas de resistencias que presenta. Existe controversia en cuanto a la duración de la profilaxis antibiótica. Son numerosos los trabajos que comparan regímenes cortos de profilaxis (24 horas) con otros más largos (3-10 días), no hallando diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de complicaciones infecciosas. Nosotros utilizamos una pauta larga de profilaxis (10 días) obteniendo tasas similares, si no mayores, de complicaciones infecciosas (5,5%) que en otras revisiones. Dado el aumento de la tasa de E. Coli resistente a quinolonas, cabría considerar un cambio en los regímenes de profilaxis (tanto su duración como el antibiótico elegido) según los factores de riesgo que presente cada paciente.

Respecto al análisis de los factores de riesgo, únicamente se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la macrohematuria y la hemospermia, que se dan con más frecuencia en menores de 65 años. Esto podría deberse al menor tamaño prostático y a la mayor posibilidad de aparición de hemospermia por tener mayor actividad sexual. También se han encontrado diferencias respecto al volumen prostático, dándose más complicaciones infecciosas en los pacientes con dicho parámetro menor de 55 centímetros cúbicos.

Consideramos de vital importancia informar al paciente de las posibles complicaciones que pueden aparecer tras la BTRP, evitando así consultas innecesarias en urgencias por los síntomas menores y permitiendo controlar precozmente el desarrollo de infecciones graves.

C-12 ESQUISTOSOMIASIS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR

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

A través de la inmigración procedente de países subdesarrollados atendemos a pacientes con patología infecciosa desconocida en nuestro medio hasta hace poco tiempo, como es la esquistosomiasis genitourinaria. Se trata de una parasitosis producida por el *Schistosoma haematobium*. La enfermedad es consecuencia directa de la presencia de los huevos del gusano y la respuesta granulomatosa del huésped.

Analizamos dicha infección a través de dos fuentes:

1. Actividad asistencial en la población de nuestra área hospitalaria: 3 casos.
2. Experiencia personal en una zona endémica como Mozambique al haber sido el urólogo responsable en la formación cistoscópica de todos los cirujanos del país: 400 cistoscopias.

Destacamos sobretodo la afectación del tracto urinario inferior haciendo hincapié en las formas clínicas de presentación siendo la más frecuente la hematuria terminal. También describimos los hallazgos cistoscópicos de las distintas fases evolutivas, predominando la fase crónica con los depósitos de huevos calcificados y los hallazgos radiológicos como es el engrosamiento y calcificación de pared. Añadimos los hallazgos histológicos en los que se objetivan los huevos de *Schistosoma* rodeados por reacción eosinofílica.

C-13 TUBERCULOSIS GENITOURINARIA: SERIE DE CASOS Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER

B.N. Pietricica, E. Izquierdo Morejón, R. Montoya, M.C. Cano García, P.L. Guzmán Martínez-Valls, B. Honrubia Vilchez, A. Rosino Sánchez, A. Romero Hoyuela, G. Hita Villaplana, T. Fernández Aparicio, B. Miñana López
Servicio de Urología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

Introducción: La Tuberculosis es un problema de salud mundial, con diferentes formas de presentación, siendo la afectación del aparato genito-urinario la más frecuente de las manifestaciones extrapulmonares tras la pleural y ganglionar.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia y las características clínicas de la Tuberculosis Genitourinaria (TGU) en nuestro centro así como la iconografía de sus distintas localizaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un análisis retrospectivo del total de casos de TGU desde la apertura de nuestro centro (1996) hasta la actualidad. Obtenemos un total de 19 pacientes y evaluamos la presentación clínica, análisis de laboratorio, imágenes y manejo terapéutico. Se realiza también una revisión de la literatura publicada sobre el tema.

RESULTADOS

De los 19 pacientes analizados 13 (68,4%) fueron hombres, con una edad media de 54,6 años. En el 15,7% coexistía enfermedad de base (2 VIH+, 1 VHC+ADVP). Se diagnosticaron de tuberculosis renal 13 pacientes (68,4%), 3 (15,7%) de orquiepididimitis (1 coincidiendo con afectación renal) y 4 (21%) se catalogaron como micobacteriuria. La sintomatología más frecuente fue síndrome miccional (42%), fiebre (31%) y dolor lumbar (21%). La tinción con auramina fue positiva en 3 casos (15,7). La urografía intravenosa orientó el diagnóstico en 12 casos (63%). La curación sin secuelas se logró en el 47,3%. Se indicó cirugía en 10 casos (7 nefrectomías).

OBSERVACIONES

La TGU, aunque es una enfermedad poco frecuente en nuestro ámbito, supone un reto diagnóstico y terapéutico para el profesional. Es necesario conocer la clínica y sus diferentes formas de presentación ya que dejada a su libre evolución provoca graves lesiones.

C-14 SEPSIS DE ORIGEN URINARIO: ASPECTOS CLÍNICOS, MICROBIOLÓGICOS Y RESISTENCIAS ANTIBIÓTICAS

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

OBJETIVOS

Conocer la etiología y aspectos clínicos más frecuentes de las sepsis de origen urinario en nuestro centro y la resistencia a antimicrobianos de los patógenos aislados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una serie de 1643 pacientes ingresados en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, con el diagnóstico de Infección Tracto Urinario, en el periodo comprendido entre 2007 y 2009. Las historias se revisaron utilizando el programa informático EDC02. Del total de pacientes se seleccionaron aquellos que cumplieran criterios de sepsis.

RESULTADOS

De los 1643 pacientes, 116 cumplieron criterios de sepsis. Se realizaron cultivos en 105 (90,51%) de estos pacientes de los cuales 59 (56,2%) fueron positivos. De estos un 13,55% fueron polimicrobianos y el resto (86,44%) monomicrobianos. De estos últimos se aislaron un 80,38% de Gram negativos, un 15,68% de Gram positivos y un 3,92% de hongos. Las bacterias más frecuentemente aisladas fueron *E. Coli* (58,82%), *Enterococcus faecalis* (15,68%), *Pseudomonas aeruginosa* (7,84%) y *Klebsiella pneumoniae* (7,84%). Estos cuatro géneros suponen el 90,18% de los cultivos monomicrobianos positivos. *E. Coli* mostró unas resistencias del 65,71% a ampicilina, 28,57 a cefalotina, 20% a cefazolina, 17,14% a ciprofloxacino, 14,28% a cefuroxima, y 11,42% a norfloxacino y levofloxacino.

CONCLUSIONES

Se detecta un alto porcentaje de pacientes sin hemocultivo realizado. *E. Coli* es la bacteria más frecuentemente aislada en nuestra serie de sepsis urinarias. Este microorganismo ha mostrado en sepsis de origen urinario ser sensible a la mayoría de antibióticos de uso común.

C-15 INFECCIONES URINARIAS POR UROPATÓGENOS TIPO BLEA EN NUESTRA ÁREA. PAUTAS DE ACTUACIÓN Y PREVENCIÓN

L. O. Fontana Compiano, A. Altuna Cuesta*, J. Oñate Celdrán, C. Sánchez Rodríguez, M. Tomás Ros, J. P. Morga Egea, P. Valdevira Nadal, M. Ruiz Marín, A. Andreu García, A. Sempere Gutiérrez, J. L. Rico Galiano.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía.

*Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se han producido un importante aumento de las tasas de resistencia de los enteropatógenos frente a los antimicrobianos que se utilizan habitualmente, tanto en el medio hospitalario como en la comunidad. Esto ha obligado a modificar las recomendaciones del tratamiento antibiótico empírico de las ITU.

Un fenómeno emergente de gran importancia clínica es la aparición de cepas de *E. Coli* y *Klebsiella sp.* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE/BLEA).

OBJETIVOS

Analizar las infecciones urinarias por uropatógenos tipo BLEA en nuestra área y actualizar las pautas de actuación y prevención.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha recogido información de los resultados de cultivos de orina durante el 2009. El método de detección de dichas enzimas ha sido el de doble difusión en discos (Jarlier 1998). Se han analizado más de 11300 muestras, de las cuales más de 1600 tuvieron criterio microbiológico de ITU.

RESULTADOS

Se detectaron cincuenta cepas con confirmación de presencia de BLEE., 11 fueron de origen intrahospitalario, 5 procedentes de consulta externas y 33 procedentes de Atención Primaria. El microorganismo más frecuente fue *E. Coli*, presentando un gran porcentaje de estas multiresistencias. Se analizan los factores de resistencia y se enumeran recomendaciones para la prevención y tratamiento empírico y dirigido de este tipo de infecciones.

CONCLUSIONES

En nuestra área, coincidiendo con la literatura revisada, el germen más frecuente de origen comunitario productor de BLEA fue el *E. Coli* siendo *Klebsiella sp.* el más frecuente de origen hospitalario, presentando en ambos casos multiresistencias.

C- 16- PROBLEMÁTICA ACTUAL EN CONSULTA DE UROLOGÍA SOBRE EL PAPILOMAVIRUS HUMANO EN HOMBRES

Valdevira Nadal, P; Oñate Celdrán, J; Sánchez Rodríguez, C; Morga Egea, JP; Andreu García, A; Sempere Gutiérrez, A; Rico Galiano, JL; Tomas Ros, M; Fontana Compiano, L.O.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia.

El Virus del Papiloma Humano (VPH) se ha relacionado, clásicamente, con verrugas cutáneas y genitales, infecciones de transmisión sexual y procesos oncológicos del aparato genital femenino y con menos frecuencia del masculino. Recientemente, parece haberse producido un incremento en la demanda de pacientes, en consultas externas, de información respecto a esta patología infecciosa, sobre todo en lo referente al diagnóstico y posible tratamiento del VPH.

El objetivo es realizar una revisión bibliográfica del estado actual, desde el punto de vista del diagnóstico y tratamiento, del VPH en hombres.

C-17 FACTORES PRONÓSTICOS Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE SEVERIDAD DE LAOR EN LA GANGRENA DE FOURNIER

Raúl Montoya Chinchilla, Bogdan Nicolae Pietricica, Emilio Izquierdo Morejón, M^a Carmen Cano García, Pablo Luis Guzmán Matínez-Valls, Beatriz Honrubia Vilchez, Antonio Rosino Sánchez, Antonio Romero Hoyuela, Gregorio Hitas Villaplana, Tomás fernandez Aparicio, Bernardino Miñana López.
Servicio de Urología del HGU JM Morales Meseguer, Murcia.

RESUMEN

La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante que afecta habitualmente a la zona genital externa y perineal en ambos sexos. La Escala de Severidad de la Gangrena de Fournier es una escala pronóstica modificada por Laor en el año 1995 que mide 9 parámetros clínico-analíticos que predicen la supervivencia de los enfermos por este tipo de gangrena, estimando que aquellos con un índice mayor de 9 se considera que tienen una mortalidad del 75% y aquellos que presentan un valor igual o inferior 9, una supervivencia del 78%.

Hemos realizado un estudio retrospectivo sobre los 30 pacientes diagnosticados de gangrena de Fournier durante 13 años en nuestro hospital (1996-2008), considerándose dos grupos: fallecidos (36%) y supervivientes al episodio séptico que supone este cuadro. Se ha aplicado dicha escala considerando su utilidad y su validez y a su vez se han valorado multitud de parámetros (31) buscando diferencias significativas entre ambos grupos que podrían estar relacionados con el desarrollo fatal de la patología, considerándose factores pronósticos independientes.

El estudio estadístico señala que la escala de Laor presenta diferencias significativas entre ambos grupos corroborando su validez externa. Varios de los parámetros clínico-analíticos estudiados de entre los que destacan la edad, la creatinina y los niveles de sodio, han mostrado también diferencias significativas.

VÍDEOS

V-1 CISTECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER VESICAL LOCALMENTE AVANZADO

Pedro A. López González, Guillermo Gómez Gómez, Gloria Doñate Iñiguez, José C. Ruíz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Edgar U. Olarte Barragán, Mariano Pérez Albacete
Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN

Presentamos un video de 8 minutos de duración, sobre una cistoprostatectomía radical laparoscópica, realizada en nuestro centro, en un caso de cáncer vesical localmente avanzado.

CASO CLÍNICO

Varón de 68 años, con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, hipertensión arterial y hábito tabaquico de 30 cigarrillos / día.

El paciente fue sometido a resección transuretral en 2 ocasiones. La primera un año antes de la cirugía y la segunda, 2 meses antes, con resultado anatomopatológico del tejido resecado de T2GIII.

Como estudio, para estadificación prequirúrgica, se realizó una Tomografía Axial Computerizada que informaba de vejiga con engrosamiento irregular de la pared anterior, compatible con neoplasia. No se observaba afectación de órganos vecinos ni adenopatías.

Durante la intervención se objetivó un crecimiento neoplásico que sobrepasaba los límites de la pared vesical, con afectación macroscópica del mesosigma y adenopatía iliaca, de unos 2 cm, en lado derecho. Se realizó una cistoprostatectomía radical con linfadenectomía ilio-obturatoria, por vía laparoscópica. La derivación urinaria, por medio de una uretero-ileostomía, tipo Bricker, se efectuó por vía abierta. La cirugía tuvo una duración de unos 270 minutos.

El paciente inició tolerancia oral a los 4 días de la cirugía, no requirió transfusión de hemoderivados tras la cirugía y tuvo una estancia hospitalaria de 8 días.

El estudio anatomopatológico informó de Carcinoma Urotelial infiltrante de alto grado, estadio pT4N1.

DISCUSIÓN

La cistectomía radical laparoscópica, en pacientes con carcinoma vesical localmente avanzado, es una técnica segura y factible. Proporciona una alternativa de tratamiento para estos pacientes, los cuales sufrirían, sin la cirugía, una clínica recurrente de hematuria y severos síntomas irritativos de vaciado. Sin embargo, el abordaje laparoscópico, debe considerarse aún como experimental y solamente llevarse a cabo por cirujanos con experiencia significativa en la cirugía pélvica laparoscópica.

V-2 COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA

Pedro Á. López González, Quiteria Hernández Agüera*, Pedro López Cubillana, Gloria Doñate Iñiguez, Jose C. Ruíz Morcillo, Cristobal Moreno Alarcón, Edgar U. Olarte Barragán, Mariano Pérez Albacete
Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) puede ocurrir en más del 50% de las mujeres que han tenido hijos por vía vaginal. Una gran variedad de síntomas urinarios, intestinales y sexuales pueden estar asociados con este POP.

Para la resolución de este cuadro contamos con una gran variedad de técnicas quirúrgicas. Múltiples estudios han determinado que la colposacropexia abdominal proporciona mejores resultados que la colpopexia vaginal sacroespinal, en términos de menor tasa de recurrencia del prolapso y menor dispareunia.

La colposacropexia laparoscópica es una técnica segura, con unas tasas de curación similares a la colposacropexia abdominal abierta.

Presentamos el video de 10 minutos de duración, de una colposacropexia laparoscópica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 71 años con antecedentes de histerectomía vaginal con plastia anterior y posterior, más colocación de cabestrillo suburetral (TVT) en el mismo acto, 3 años antes de la cirugía.

Antecedentes ginecológicos de 2 embarazos, con 1 aborto y 1 parto instrumentado.

La paciente es valorada por nuestro servicio por incontinencia mixta y prolapso de órganos pélvicos (POP).

A la exploración presenta prolapso de cúpula vaginal GIII (escala de Baden y Walker-1972), que se confirma con estudio de resonancia magnética nuclear.

Cirugía: Sacrocolposuspensión laparoscópica, con malla de polipropileno, que se fija a músculos elevadores, cara anterior y posterior vaginal y a promontorio sacro. Reperitonización.

La paciente presentó una evolución postquirúrgica sin incidencias, con inicio de la tolerancia oral a las 24 horas de la intervención y una estancia hospitalaria de 3 días.

DISCUSIÓN

La colposacropexia laparoscópica es un procedimiento quirúrgico seguro, en constante evolución, con resultados excelentes en el tratamiento del prolapso utero-vaginal. Alcanza tasas de curación de hasta el 93%, con una recuperación más temprana y mejores resultados estéticos que la cirugía abierta convencional.

V-3 TOXINA BOTULÍNICA EN UROLOGÍA. EXPERIENCIA INICIAL (VIDEO)

Izquierdo Morejón, E., Romero Hoyuela A., Pietricicà, B.N., Montoya Chinchilla, R., García Cano, M^oC., Honrubia Vilchez, B., Rosino Sánchez, A., Guzmán Martínez-Valls P.L., Fernández Aparicio, T., Hita Villaplana, G., Miñana López, B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia

INTRODUCCIÓN

La inyección de toxina botulínica tipo A es una modalidad de tratamiento segura y prometedora para diversos trastornos del tracto urinario inferior.

OBJETIVO

Presentar en video nuestra experiencia inicial con la técnica de inyección endovesical de toxina botulínica A en pacientes con hiperactividad vesical refractarios a tratamiento con anticolinérgicos, describir nuestro protocolo de actuación y la técnica de inyección intravesical.

MATERIAL Y MÉTODO

Se han realizado 7 procedimientos de forma ambulatoria sin ingreso en 6 pacientes (en un paciente se repitieron las inyecciones a los 9 meses de la inicial). Todos los pacientes se diagnosticaron y siguieron en consulta externa y presentaban vejiga inestable idiopática de larga evolución con tratamiento médico no efectivo.

RESULTADOS

No se observaron complicaciones directas por el uso de la toxina, ni inmediatas, ni a medio plazo. En cuanto a parámetros urodinámicos; la capacidad vesical preoperatoria promedio fue 270 cc, que mejoró post-tratamiento a

380 cc. El número de micciones diurnas descendió a la mitad. Las contracciones no inhibidas desaparecieron y todos pudieron mantener micción espontánea con residuos postmiccionales menores de 50 ml. Ningún paciente requirió de autocateterismo.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia inicial, la inyección con toxina botulínica A en pacientes con vejiga inestable idiopática rebelde a tratamiento farmacológico es una técnica sencilla, con buenos resultados a corto y medio plazo.

V-4 TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO CON LÁSER HOLMIUM EN TUMORES DEL UROTELIO ALTO TRAS EL DIAGNÓSTICO URETEROSCÓPICO

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

La ureteroscopia alta, rígida o flexible, se ha convertido en un elemento clave, en el diagnóstico diferencial de los defectos de repleción encontrados en pelvis y cálices renales de urografías intravenosas y UROTC. La posibilidad de tomar biopsias de confirmación garantiza un tratamiento más seguro y acorde al pronóstico de la lesión.

Clásicamente el tratamiento estándar de los Carcinomas transicionales de la vía urinaria superior ha sido la cirugía radical (con mayor frecuencia la nefroureterectomía, incluso con resección del segmento intravesical del uréter).

En aras de la conservación renal, este abordaje agresivo, ha sido cuestionado una vez conocidos algunos de los factores pronósticos que condicionan la invasión para determinados grupos de pacientes, (monorrenos, enfermedad panurotelial, enfermos con ERC o ancianos). En estos casos se han utilizado cirugías abiertas conservadoras (Tumorectomías, Pielectomías parciales, Nefrectomías parciales), y Resecciones endoscópicas a través accesos percutáneos.

Más recientemente tras la introducción de la Ureteroscopia del aparato urinario superior con instrumentos cada vez más pequeños, de mejor visualización, e incluso flexibles con posibilidad de acceso a cavidades renales, estas lesiones pueden tras ser visualizadas ser biopsiadas con pinzas y permitir un mejor estudio patológico.

La irrupción en el armamentario urológico de los modernos LASER, abre como nueva posibilidad de tratamiento para los tumores transicionales vía alta la fotofulguración y coagulación de los mismos.

Presentamos en este video dos experiencias de diagnóstico diferencial de defectos de repleción de lesiones de urotelio superior por ureteroscopia alta rígida y flexible.

En un caso se trataba de un quiste submucoso con citología negativa, en el otro se confirmó la presencia de un carcinoma transicional T1 GII que fue tratado con fotofulguración.

PÓSTER

P-1 URÉTER RETROCAVO EN LA INFANCIA

Pedro Á. López González, Oscar Girón Vallejo*, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruíz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Edgar U. Olarte Barragán, Leonardo Nortes Cano*, Mariano Pérez Albacete
Servicio de Urología del H. Universitario Virgen de la Arrixaca
*Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

RESUMEN

El uréter retrocavo es una patología poco frecuente debida a una alteración en el desarrollo embriológico de la vena cava inferior, que se manifiesta normalmente en la tercera o cuarta décadas. La clínica se debe a la obstrucción ureteral, siendo los síntomas más comunes el dolor abdominal, la hematuria, la infección o urolitiasis. El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen, destacando la imagen típica en la urografía intravenosa (UIV) de "J" invertida y medialización ureteral. El tratamiento se basa en la corrección quirúrgica en los casos sintomáticos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 9 años que consulta por hematuria macroscópica. Entre sus antecedentes destaca un hipospadias.

Se realizó una UIV con imagen sugestiva de uréter retrocavo derecho, que fue confirmado por medio de una RMN. Se realizó una pieloplastia desmembrada y decruzamiento de vena cava inferior con buena evolución.

DISCUSIÓN

Describimos un caso de uréter retrocavo, infrecuente, ya que la mayoría de los casos descritos en la literatura corresponden a pacientes adultos. Destaca también la asociación de este cuadro con otras anomalías congénitas, que en nuestro caso se reflejaba en los antecedentes de hipospadias.

En conclusión, el uréter retrocavo es una rara alteración, fácilmente diagnosticable y con posibilidad de tratamiento eficaz.

P-2 HEMATURIA ESPONTÁNEA POR MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA RENAL

Moreno Alarcón C.^a, López Cubillana P.^a, Capel Alemán A.^b, Cao Avellaneda E.^c, Ruíz Morcillo J.C.^a, López González P.A.^a, Doñate Iñiguez G.^a, Olarte Barragán E.^a, Pérez Albacete M.^a.

^aServicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

^bServicio de Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

^cServicio de Urología. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena.

INTRODUCCIÓN

La etiología más frecuentes de las fístulas arteriovenosas renales es la adquirida (75%) tras biopsia, punción de nefrostomía, etc. Las idiopáticas o congénitas (25%) pueden manifestarse con hematuria, hemorragia retroperitoneal o hipertensión.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años, de raza blanca, que acude a urgencias por macrohematuria monosintomática de 24 horas de evolución, con coágulos e inestabilidad hemodinámica. No refería antecedentes urológicos ni médico-quirúrgicos de interés. A su llegada al hospital presenta taquicardia, taquipnea e hipertensión arterial. El resto de la exploración física, el electrocardiograma y la radiografía simple de tórax no presentaban hallazgos significativos. Los únicos hallazgos relevantes en la analítica fueron anemia (Hb 9,5 gr/dL) y discreto fracaso renal (Creatinina 1,3 mgr/dL), con estudio de coagulación y de función hepática normales. Se le realizaron tomografía computarizada y ecografía abdominal que sólo mostraban un sangrado a vía urinaria procedente del riñón derecho, sin poder determinar la causa subyacente. La urografía intravenosa mostraba una obstrucción a nivel de unión pieloureteral derecha, probablemente por un coágulo sanguíneo en pelvis renal. Se le practicó una angiografía percutánea transfemoral selectiva de la arteria renal derecha, encontrando una fístula arteriovenosa causada por una malformación arteriovenosa localizada en el tercio medio del riñón derecho (no se pudo demostrar la extravasación directa dentro del tracto urinario) que fue embolizada con éxito en el mismo acto intervencionista. Precisó de transfusión sanguínea y fue dado de alta al octavo día de estancia hospitalaria asintomático y con hemoglobina de 12,8 g/dL.

COMENTARIOS

Independientemente de su etiología, en el diagnóstico y tratamiento de una hemorragia de origen renal que provoque inestabilidad hemodinámica, se debe considerar como prueba fundamental la arteriografía, que permitirá además su posible embolización percutánea, reservando opciones asociadas con mayor morbimortalidad (como la nefrectomía parcial o total) como segundo escalón terapéutico.

correspondencia: crismomed@hotmail.com

P-3 TÉCNICAS DE IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MIELOLIPOMA SUPRARRENAL

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

P-4 HERNIAS VESICALES

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

P-5 QUISTES TESTICULARES SIMPLES MÚLTIPLES BILATERALES. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE

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

P-6 TRATAMIENTO MEDIANTE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGADA CON LÁSER HOLMIUM DE TUMOR URETERAL EN PACIENTE MONORRENO

Moreno Alarcón C., López González P.A., López Cubillana P., Tornero Ruiz J.I., Doñate Íñiguez G., Ruíz Morcillo J. C., Olarte Barragán E.H., Gómez Gómez G., Pérez Albacete M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN

El tumor urotelial de pelvis y uréter es poco frecuente (5% de las neoplasias uroteliales). Su aun más rara condición bilateral, tanto sincrónica como asincrónica, ha hecho que la nefroureterectomía radical con cistectomía perimeática sea el tratamiento clásico.

CASO CLÍNICO

Varón de 55 años con antecedentes de esplenectomía por rotura traumática de bazo y nefroureterectomía izquierda por tumor de pelvis renal. En revisiones posteriores se diagnostica mediante tomografía computarizada y urografía intravenosa de una tumoración pediculada, de 1,8 x 1 cm en tercio medio de uréter derecho (L4-L5). Se realizó ureterorenoscopia con endoscopio flexible (por estenosis ureteral distal que impide el paso de ureteroscopio rígido) con toma de biopsia. Ésta informó de tumor urotelial papilar de bajo grado, no invasor (Ta). Dado que el paciente era monorreno y los resultados de la biopsia se decidió adoptar una actitud conservadora. En un segundo tiempo se realizó una cirugía endoscópica retrógrada, con ureterorenoscopia flexible, y vaporización de la tumoración con láser Holmium. Se dejó stent ureteral de seguridad y se indicó instilación endovesical con Mitomicina 40 mgr en el posoperatorio inmediato.

COMENTARIOS

El desarrollo de nuevas técnicas para el tratamiento endourológico del tumor de células transicionales del tracto superior ha proporcionado nuevas alternativas para el manejo regional de estos cánceres. La introducción de instrumentos de electrofulguración y resección o de sondas láser (transuretrales o percutáneos) puede contribuir a la destrucción de un cáncer primario, siendo el paciente monorreno el que más puede beneficiarse de dichos tratamientos que le permitan conservar el riñón restante. Se recomienda siempre la obtención previa de muestras para la estadificación histológica del tumor y evitar así el tratamiento conservador de tumores de alto grado o infiltrantes con pronóstico infausto.

P-7 CISTITIS INFRECIENTES EN LA PRÁCTICA UROLÓGICA

MC. Cano García, E. Izquierdo Morejón, BN. Pietricicá, R. Montoya Chinchilla, B. Honrubia Vilchez, A. Rosino Sánchez, P.L. Guzmán Martínez-Valls, A. Romero Hoyuela, G. Hita Villaplana, T. Fernández Aparicio, B. Miñana López.
Servicio de Urología, Hospital General Universitario "Morales Meseguer". Murcia.

INTRODUCCIÓN

Presentamos tres pacientes afectados de síndrome miccional: disuria, polaquiuria, urgencia, molestias hipogástricas y emisión de orinas turbias-malolientes y/o hematuria que no corresponden al cuadro habitual de Cistitis.

OBJETIVOS

Destacar la necesidad de establecer dentro del diagnóstico diferencial de síndrome miccional, cistitis infrecuentes cuando existen antecedentes concretos, clínica mantenida y pruebas habituales negativas.

MATERIAL

Análisis retrospectivo de tres casos de cistitis no frecuentes diagnosticados en nuestro Centro en los dos últimos años: *Cistitis Enfisematosa*, *Cistitis Tuberculosa* y *Cistitis por Schistosoma haematobium*, describiendo cuadro de presentación, manejo y tratamiento.

Caso 1.: Varón de 88 años, diabético con hematuria y neumatúria de 10 días de evolución, evidenciándose en prueba de imagen gas en el interior de la vejiga y en sus paredes con engrosamiento de la misma, característico de Cistitis enfisematosa, y confirmado mediante cultivo.

Caso 2: Mujer de 61 años con episodios de hematuria autolimitada y clínica miccional irritativa, con leucocituria, piuria estéril y hallazgos en pruebas de imagen de lesiones propias de TBC genitourinaria, confirmándose posteriormente mediante cultivo de Lowenstein.

Caso 3: Varón de 18 años, de origen subsahariano, con hematuria monosintomática de 9 meses de evolución con lesiones endoscópicas en vejiga sugerentes de esquistosomiasis, confirmándose posteriormente en estudio parasitológico.

COMENTARIOS

Existen cuadros de cistitis poco prevalentes que deben formar parte del diagnóstico diferencial de las mismas cuando éstas presentan una clínica mantenida y pruebas habituales negativas. Es necesario tenerlas en cuenta y conocerlas porque tienen tratamiento específico y evitamos complicaciones graves derivadas de su libre evolución. Antecedentes como la diabetes, neumatúria, una clínica irritativa mantenida con piuria estéril, un cuadro de hematuria en individuo de origen de país endémico de parasitosis debe alertarnos para poder aproximarnos a un diagnóstico certero.

P-8 CARCINOMA VESICAL MIXTO (NEUROENDOCRINO/UROTELIAL): A PROPÓSITO DE UN CASO

B.N. Pietricica, E. Izquierdo Morejón, R. Montoya, M.C. Cano García, G. Hita Villaplana, B. Honrubia Vilchez, A. Rosino Sánchez, A. Romero Hoyuela, P.L. Guzmán Martínez-Valls, T. Fernández Aparicio, B. Miñana López
Servicio de Urología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN

El carcinoma vesical de células pequeñas (mixto o puro) es una neoplasia infrecuente (<1% de los tumores de vejiga) y debido a su rareza, todavía no se ha propuesto un algoritmo terapéutico estándar.

OBJETIVOS

Aportamos un nuevo caso y hacemos referencia al estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico y al tratamiento y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un paciente de 73 años de edad, exfumador y con clínica de hematuria persistente. La ecografía y la cistoscopia realizadas muestran una probable neoplasia vesical. El diagnóstico se establece tras el examen histológico de la pieza de resección transuretral. Realizamos una revisión de la literatura.

COMENTARIOS

La localización vesical primaria del carcinoma neuroendocrino (de células pequeñas) es poco frecuente, siendo el estudio anatomopatológico la clave en el diagnóstico. Por su agresividad es necesario un tratamiento combinado incluyendo cirugía, quimioterapia (compuestos de platino) y a veces radioterapia para prolongar el tiempo libre de enfermedad y la supervivencia.

P-9 "REPARACIÓN DIFERIDA DE FÍSTULA URETRO-RECTAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA. ABORDAJE PERINEAL"

Ruiz Morcillo JC., Gómez Gómez GA., Luján J.*, López González PA., Doñate Íñiguez G., Moreno Alarcón C., Olarte Barragán EH., López Cubillana P., Pérez Albacete M.

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

* Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

El daño rectal durante la cirugía de prostatectomía radical puede ocurrir en 0,5-9% de los casos. Cuando la lesión se diagnostica intraoperatoriamente el cierre inmediato en 2 capas con interposición de omento mayor con o sin colostomía de descarga es el tratamiento de elección. La mayoría de los pacientes responderán a este tratamiento aunque aproximadamente entre un 10 al 40% de los pacientes pueden desarrollar una fístula recto-uretral que, en la mayor parte de los casos, suele requerir tratamientos quirúrgicos complejos. Mostramos el tratamiento de una fístula uretro-rectal mediante abordaje perineal.

CASO CLÍNICO

Varón de 66 años sin alergias médicas conocidas. Otros antecedentes: Dislipemia, apendicectomizado, colecistectomizado y diagnosticado de glaucoma. Sometido a prostatectomía radical laparoscópica el 03/12/2008 (Anatomía Patológica: Estadio pT2C. Gleason 7 (4+3). Márgenes quirúrgicos libres de afectación). Durante la intervención se produjo apertura accidental de recto que se suturó en el mismo acto quirúrgico. Al cuarto día de la intervención se objetivó fecaluria y al tacto rectal una solución de continuidad, en pared rectal, de 1,5 cm, a 6 cm del borde anal. Se llevó a cabo revisión quirúrgica realizando limpieza de cavidad y colostomía terminal de descarga. En un segundo tiempo se realizó sutura de solución de continuidad rectal vía trans-anal. Al alta, después de un postoperatorio con múltiples complicaciones y a pesar de las maniobras de cierre de la fístula uretro-rectal, el paciente seguía presentando incontinencia de orina continua y acentuada con los esfuerzos. A los nueve meses de la primera intervención ingresa para corrección de fístula uretro-vesical. En colaboración con dos miembros de la unidad de coloproctología de nuestro hospital se lleva a cabo intervención quirúrgica para corrección de fístula uretro-vesical con abordaje perineal. Incisión perineal en U invertida. Disección de plano pre-rectal hasta encontrar orificio fistuloso. Cierre de solución de continuidad rectal en dos planos y cierre de orificio uretral. Interposición de lámina de Tachosil® y colgajo de grasa pre-rectal.

Al mes y medio de la intervención el paciente se encuentra sin fístula uretro-rectal tanto clínicamente como en las pruebas de imagen realizadas. El paciente mantiene continencia fecal.

DISCUSIÓN

El daño rectal en la intervención de prostatectomía radical laparoscópica es una complicación temida que siempre hay que tener en cuenta. En caso de ocurrir, el manejo intraoperatorio con sutura en 2 planos debe ser el tratamiento de elección. En caso de formarse una fístula uretro-rectal tras dicha lesión, el manejo conservador mediante sonda vesical suele ser insuficiente por lo que se requieren técnicas quirúrgicas complejas para su resolución. Estas técnicas

pueden llevarse a cabo con abordaje transabdominal, transanal, perineal, combinado, transanal endoscópico y con o sin interposición de tejidos vascularizados. No existe una técnica estándar de elección.

CONCLUSIONES

En nuestro caso, el abordaje perineal con incisión en U invertida y acceso a nivel prerrectal resultó seguro, con buena exposición y eficaz para el manejo de la fístula uretro-rectal sin secuelas en la continencia fecal.

P-10 "PAPILOMA INVERTIDO URETERAL. TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO RETRÓGRADO. A PROPÓSITO DE UN CASO"

Ruiz Morcillo JC., López Cubillana P., Escudero Bregante JF., Prieto González A., López González PA, Doñate Iñíguez G., Moreno Alarcón C., Olarte Barragan EH., Rigabert Montiel M., Server Pastor G., Pérez Albacete M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

El papiloma invertido del tracto urinario constituye una entidad histológica poco frecuente. Su localización más frecuente es la vesical (80-90%), más concretamente en el área cérvico-trigonal, siendo éstos la mayoría de los casos descritos. Su presentación a nivel del tracto urinario superior es bastante rara (7%) y más aún si cabe a nivel ureteral o en uretra (3%). Presentamos el caso de un papiloma invertido urotelial del uréter tratado de forma conservadora.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 60 años, diabético y con antecedente de IAM que precisó la colocación de 2 stents. Fumador de 1,5 paquetes de cigarrillos al día. Tratamiento crónico con doble antiagregación entre otros fármacos.

El paciente es estudiado en consulta externa de urología a raíz de episodio de hematuria macroscópica con coágulos, total, monosintomática. En urografía se aprecia defecto de replección compatible con litiasis úrica versus tumor de uréter distal. Se realizó URS y pielografía ascendente que no resulta concluyente. Se realizó pielografía descendente derecha (con defecto de replección en uréter terminal) y biopsia percutánea siendo diagnosticado de papiloma invertido urotelial. Se optó por tratamiento endoscópico retrógrado mediante URS con resección con pinza fría y electrocoagulación de base. Se mandó biopsia intraoperatoria de base de resección que se informa con base libre de tumor. El paciente a los 2 años del seguimiento se encuentra asintomático y con pruebas complementarias sin recidiva tumoral.

CONCLUSIONES

A pesar de que la primera sospecha diagnóstica ante este tipo de lesiones ureterales es la de tumor maligno urotelial, en determinados casos con lesiones de aspecto pediculado, no claramente papilares, o bien en paciente monorrenos, se puede realizar primeramente una biopsia intraoperatoria del tumor, mediante URS, para diagnosticar lesiones potencialmente benignas que puedan ser tributarias de terapias más conservadoras. En caso de lesiones sugestivas de benignidad en el uréter, la resección con pinza fría y electrocoagulación de la base junto con un seguimiento postoperatorio estrecho puede resultar una opción eficaz y oncológicamente correcta.

P-11 "URETROPLASTIA EN 2 TIEMPOS EN PACIENTE MULTI-INTERVENIDO POR HIPOSPADIAS"

Ruiz Morcillo JC., García Hernández JA., Tornero Ruiz JI., López González PA., Doñate Iñíguez G. Moreno Alarcón C., Olarte Barragán EH., Nicolás Torralba JA., Pérez Albacete M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

El hipospadias es una de las anomalías congénitas más frecuentes en el niño definida por el desarrollo incompleto del cuerpo esponjoso uretral, anomalías en el prepucio ventral y en casos severos la presencia de chordee peneano. La etiología permanece incierta y el tratamiento, según los casos, debe ser quirúrgico. Presentamos el caso de un paciente con hipospadias penoescrotal multiintervenido en la infancia con presencia de estenosis de neouretra.

CASO CLÍNICO

Varón de 38 años sin alergias médicas conocidas. Antecedentes de hiperuricemia y alopecia areata. Diagnosticado de hipospadias escrotal, intervenido previamente en tres ocasiones. Se diagnostica de estenosis a nivel de uretra penoescrotal, con presencia de pelos en neouretra. Se decidió, dada la mala apariencia de neouretra, la resección de la placa uretral y realización de un primer tiempo con colocación de injerto de mucosa bucal ventral según técnica de Bracka. En el segundo tiempo quirúrgico, a los 11 meses, se realizó cirugía de tubulización de neouretra, según técnica de Duplay. La evolución postquirúrgica fue desfavorable, presentando necrosis de la piel de prepucio y dehiscencia parcial de sutura, por lo que se realizó apertura de uretra para nueva reintervención. Ésta última se llevó a cabo a los 6 meses, mediante técnica de Asopa con injerto onla y de mucosa prepucial y tubulización uretral. Se llevó a cabo reconstrucción de piel peneana mediante Z-plastia. A los 7 meses de la cirugía el paciente presenta buen calibre miccional, sin recidiva de fístula uretral.

DISCUSIÓN

Las principales complicaciones tras la cirugía de hipospadias son la formación de fístulas, estenosis uretrales, mala configuración de meato uretral, curvatura residual y anomalías cosméticas. Las estenosis cuando ha habido cirugías previas suelen requerir un manejo más complejo que en la mayoría de casos precisa de 2 tiempos, incluso con extirpación de la placa uretral.

CONCLUSIONES

En pacientes con hipospadias multi-intervenidos y con presencia de estenosis de neouretra, los procedimientos quirúrgicos de reparación en 2 tiempos, usando injertos de mucosa bucal y/o prepucial, con posterior tubulización uretral son una opción de tratamiento con buenos resultados, tanto estéticos como funcionales.

P-12 "UROPATÍA OBSTRUCTIVA POR TUMOR VESICAL PRIMARIO EN PACIENTE CON DOBLE SISTEMA COMPLETO"

Olarte Barragán EH., Ruíz Morcillo JC., López Cubillana P., Escudero Bregante JF., López González PA, Doñate Íñiguez G., Moreno Alarcón C., Rigabert Montiel M., Server Pastor G., Pérez Albacete M.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

INTRODUCCIÓN

El síntoma más frecuente de presentación del tumor vesical es la hematuria indolora, llegando hasta el 85% de los casos. Otros síntomas menos frecuentes plantean dificultades para la realización de un adecuado diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de un carcinoma vesical primario a raíz de un cuadro obstructivo.

CASO CLÍNICO

Varón de 71 años con antecedentes de HTA, Linfoma NH, hipercolesterolemia e intervenido de úlcera duodenal hace aproximadamente 30 años. Fumador de 20 cigarrillos al día desde los 20 años. Acudió a puerta de urgencias de nuestro hospital por cuadro de dolor lumbar izquierdo. Además, refería síndrome miccional con síntomas de intensidad leve. No refiere hematuria en ningún momento ni fiebre. A la exploración física estaba afebril, presentando un buen estado general. Puñopercusión renal izquierda levemente dolorosa. En la analítica se objetivó Creatinina de 1,3, Na+: 137, K: 5. Leucocitos: 12350 (78% Neutrófilos inmaduros), Hb: 14, Hto: 37%. Plaquetas: 275000 y coagulación sin alteraciones. En la orina presencia de microhematuria. La Radiografía simple de abdomen no mostraba imágenes sugestivas de litiasis ni otras patologías. En la ecografía de abdomen se evidenció una hidronefrosis grado II-III izquierda, con presencia de doble sistema excretor ipsilateral, que se encontraba dilatado en su totalidad hasta el meato ureteral. En la superficie de éste se apreció una imagen de sobre-elevación de mucosa vesical de aspecto papilar, compatible con tumor vesical. Mediante cistoscopia se confirmó la presencia de una lesión papilar excrecente, de aspecto superficial, sobre meato izquierdo. En el mismo ingreso se realizó resección transuretral de este tumor. El estudio de anatomía patológica informó de carcinoma urotelial infiltrante, probablemente diferenciado, de elevado grado de malignidad.

CONCLUSIONES

El tumor vesical puede presentarse en ocasiones con una clínica atípica de uropatía obstructiva. Este hecho nos puede hacer pensar primeramente en patología más prevalente, como la litiasis, pero en pacientes mayores de 60 años, con factores de riesgo, debemos descartar la presencia de una neoplasia. La ecografía juega un papel fundamental en el diagnóstico de este cuadro.

P-13 NECROSIS SECA DE PARTES ACRAS DE EXTREMIDADES EN EL CONTEXTO DE UNA SEPSIS URINARIA

Doñate Íñiguez G, López González PA, Ruiz Morcillo JC, Moreno Alarcón C, Gómez Gómez G, Olarte Barragán E, Rigabert Montiel M, Pérez Albacete, M.
Servicio de Urología del Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN

La sepsis de origen urinario tiene una incidencia de 5-25/1000 pacientes hospitalizados y una mortalidad elevada. Es más frecuente en varones y la severidad del cuadro va a depender de la respuesta del paciente. Es la complicación infecciosa más grave en urología y es muy importante el diagnóstico precoz por su elevada morbimortalidad.

CASO CLÍNICO

Mujer, 50 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni patología médica de interés salvo litiasis renales con episodios de cólicos nefríticos de repetición y varias sesiones de litotricia extracorpórea la última hace 5 años, permaneciendo asintomática desde entonces y en revisión en consultas externas de urología.

Acude a puertas de urgencia por dolor en fosa renal izquierda de 5 días de evolución, acompañado de fiebre de hasta 39° con cortejo vegetativo y hematuria franca. La paciente presenta hipotensión (80/40), y la siguiente analítica:

Hemograma: Hb: 7'8, Hto: 24%, plaquetas: 20.000, leucocitos: 10.090 con neutrofilia.

Bioquímica: Creatinina: 2,3 mg/dl, K+: 4,5 mEq/l.

Coagulación: Actividad protrombina: 56%

Análítica orina: nitritos positivos, bacteriuria, hematuria.

La radiografía simple de abdomen: imagen cálcica en uréter distal izquierdo, y la ecografía renal: hidronefrosis grado II izquierda.

Con el diagnóstico de sepsis urinaria y previo drenaje de la vía urinaria mediante nefrostomía ingresa en la unidad de cuidados intensivos, donde la paciente presenta inestabilidad hemodinámica desde el inicio con fracaso renal multiorgánico, lo que obliga a pautar tratamiento con drogas vasoactivas a dosis muy altas (noradrenalina 3'5 mcgr/Kg./m). A las 48 horas de su ingreso, se comienza a objetivar necrosis seca de porciones distales de todos los dedos de las cuatro extremidades secundaria a vasoconstricción periférica de la noradrenalina.

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta precisando la amputación de 18 falanges distales, 16 falanges medias y 1 falange proximal.

CONCLUSIÓN

Las características vasoconstrictoras de la noradrenalina hacen que sea el fármaco ideal para estados de hipotensión, pero en ocasiones pueden producir vasoconstricción local extrema que conlleve necrosis tisular. Esta complicación no es muy frecuente pero se postula que podría ser evitable si se utilizaran técnicas de dilución rápida de la droga en la sangre y se les aplicara a los pacientes seleccionados.

P-14 METÁSTASIS CUTÁNEA DE CARCINOMA UROTELIAL VESICAL

Doñate Íñiguez G, López González PA, Ruiz Morcillo JC, Moreno Alarcón C, Gómez Gómez G, Olarte Barragán E, López Cubillana P. Server Pastor G, Pérez Albacete M.

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

INTRODUCCIÓN

Las metástasis cutáneas típicas suelen ser lesiones bien circunscritas y múltiples, frecuentemente localizadas en el tórax.

La incidencia de metástasis cutáneas de neoplasias urológicas es del 1,1% al 2,5%, por orden de frecuencia, nos encontramos el carcinoma de células renales (3,4%-4%), seguido del carcinoma vesical (0'84%-3,6%), prostático (0,36%-0,7%) y tumor testicular (0,4%).

CASO CLÍNICO

Paciente varón, 61 años de edad, con múltiples antecedentes tanto médicos como quirúrgicos. Alérgico a contrastes yodados, e hipertenso en tratamiento médico.

Insuficiencia renal crónica por probable glomerulonefritis crónica en diálisis peritoneal desde junio de 2004. Receptor de trasplante renal de cadáver en Abril de 2006, con posterior trasplantectomía en el mismo acto quirúrgico por trombosis de la vena renal.

Estudiado en la consulta externa de urología por hematuria, se diagnostica mediante cistoscopia de tumor vesical.

En noviembre de 2006 se realiza RTU. A los seis meses se diagnostica de recidiva de tumor vesical realizándose la RTU (junio'07) de múltiples implantes vesicales de carcinoma urotelial de bajo grado T1.

El paciente inicia tratamiento con BCG endovesical, siendo diagnosticado en la primera cistoscopia de control (a los 3 meses de la cirugía) de nueva recidiva. La anatomía patológica de las tumoraciones resecaadas en esta tercera RTU (diciembre'07) diagnostica un carcinoma urotelial de bajo grado, estadio T2.

Con el diagnóstico de carcinoma vesical infiltrante y estudio de extensión negativo, se realiza cistectomía radical y derivación urinaria tipo conducto ileal en marzo '08. El estadio patológico de la pieza quirúrgica corresponde a pT3a N0 M0

A los 3 meses el paciente presenta una lesión eritematosa, circunscrita y sobreelevada de aproximadamente de 2 cm de diámetro de localización supralabial, adyacente a orificio nasal derecho, por la que acudió al dermatólogo, que con buen criterio decidió biopsiarla, ante la sospecha de lesión metastásica.

Se remite a anatomía patológica una cuña cutánea cilíndrica, de 0,4 cm de diámetro por 0,7 cm de grosor y los resultados son infiltración dérmica por un carcinoma cuya morfología e inmunofenotipo sugieren origen urotelial.

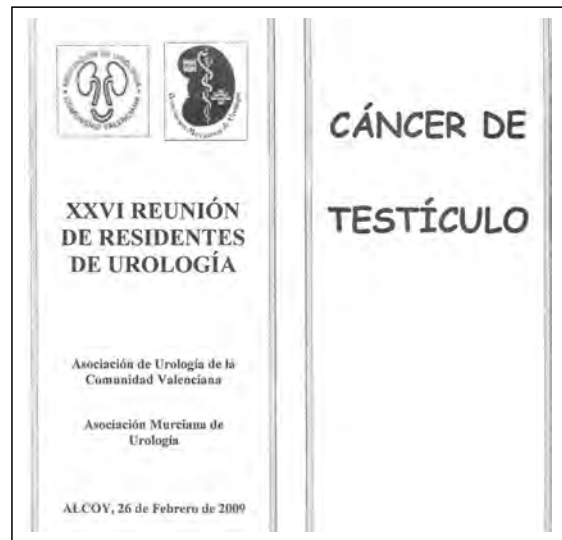
CONCLUSIÓN

La diseminación más frecuente del carcinoma vesical es por vía linfática, siendo la localización más frecuente los ganglios linfáticos pélvicos (78%), seguido de la vía hematogena. Las metástasis cutáneas de neoplasias malignas genitourinarias son raras y representan un mal pronóstico, aunque cada vez se observan más casos en la literatura debido probablemente a la mejora de los tratamientos y al aumento de supervivencia de los pacientes.

Actividades científicas realizadas por Miembros de la AMU

XXVI REUNIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES DE VALENCIA Y MURCIA

La vigésimo sexta reunión de los médicos residentes de Urología se efectuó en Alcoy, el 26 de febrero de 2009, organizada por el servicio de Urología del Hospital General Universitario de Alicante con el estudio del **Cáncer de testículo**. Contó con la participación, por parte de la Comunidad Murciana, de la Dra. Doñate Íñiguez, residente de tercer año en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca con el tema *Papel de la cirugía tras el tratamiento primario: linfadenectomía retroperitoneal, masas residuales, recurrencias tardías*.



XXVII REUNIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LAS COMUNIDADES DE VALENCIA Y MURCIA

Ha tenido lugar en Murcia, el 17 de octubre de 2009, organizada por el servicio de Urología del Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca, Del que se da una r eseña informática aparte.

ACTUALIZACIÓN EN VEJIGA HIPERACTIVA

Actualización en las Claves Actuales del Manejo del Síndrome Vejiga Hiperactiva:		Ponentes:
<ul style="list-style-type: none">• Conclusiones sobre Persistencia Terapéutica en VH, basadas en Cuestionario Proyecto PerseVHera.• Afrontando el Reto en el Manejo del Paciente con Síndrome de Vejiga Hiperactiva.		Dr. Pablo Guzmán Martínez-Valls Hpt. Morales Meseguer, Murcia Dr. José Luis Rico Gallano Hpt. Reina Sofía, Murcia
Lugar:	Teatre, Murcia	
Fecha:	12 de marzo 2009	
Hora:	20.30	

El presidente de la AMU, Dr. Guzmán Martínez-Valls, actuó de ponente en la presentación de la charla patrocinada por Pfizer, el día 5 de marzo de 2009, sobre *Fesoterina: un nuevo tratamiento para los pacientes con vejiga hiperactiva (VH)*, un fármaco que aborda el tratamiento de un proceso complejo, por las exploraciones que requiere y por la trascendencia patológica que tiene y de plena actualidad su estudio a nivel mundial.

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO PERSEVHERA

Plan para la persistencia en el tratamiento de vejiga hiperactiva, en línea con la sesión anterior, se expuso el día 12 de marzo, en Murcia, por los ponentes Drs. Guzmán Martínez-Valls, del Hospital Universitario Morales Meseguer, y Rico Galiano, del Reina Sofía de Murcia, participantes en el protocolo de investigación realizado con el auspicio de Astellas Pharma sobre *Actualización en las claves actuales del manejo del síndrome vejiga hiperactiva y Afrontando el reto en el manejo del paciente con síndrome de vejiga hiperactiva*, respectivamente. La reunión fue seguida con gran interés por su importancia y por las posibilidades que ofrece la pauta terapéutica expuesta ante este síndrome miccional.

PRESENTACIÓN

FESOTERODINA:
UN NUEVO TRATAMIENTO PARA LOS
PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA
(VH)

PONENTE

DR. PABLO LUÍS GUZMÁN MARTÍNEZ-VALLS

LUGAR

REST. NUEVA TRADICIÓN HISPANO
(FRENTE HOTEL HISPANO)

DÍA Y HORA

JUEVES 5 DE MARZO A LAS 20:15 H

¿QUÉ DEBEMOS CONOCER SOBRE EL USO DE LA TESTOSTERONA? RESOLVAMOS NUESTRAS DUDAS

¿QUE DEBEMOS CONOCER
SOBRE EL USO DE LA
TESTOSTERONA?
.... RESOLVAMOS NUESTRAS
DUDAS.



Asociación Murciana de Urología

Murcia 2 de Abril de 2009

Con este atractivo título, el 2 de abril, dentro del capítulo de **Actividades formativas de la AMU**, en el Illtre. Colegio de Médicos de Murcia, tuvo lugar una sesión científica expuesta por el presidente, Dr. Guzmán Martínez-Valls, con la disertación, cuyo título da nombre a la reunión, del Dr. Tomás Ros y la participación del invitado, Dr. García Reboll, del Hospital La Fe de Valencia, sobre *Resolvamos nuestras dudas sobre hipogonadismo de origen tardío y su tratamiento*.

El evento fue apoyado por Bayer Health Care y contó con la presencia de gran parte de los urólogos de la Comunidad, que mantuvieron un animado coloquio sobre esta patología con la exposición de la experiencia en su tratamiento de varios de los asistentes.



XXVI REUNIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO DE UROLOGÍA ONCOLÓGICA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Desarrollada en Madrid, los días 17 y 18 de abril de 2009 y organizada por el servicio de Urología del Hospital Universitario 12 de Octubre, bajo la dirección del Dr. Rodríguez Antolín y del coordinador nacional del Grupo, Dr. Miñana López del Hospital Universitario Morales Mesguer de Murcia, y la presidencia de Honor del Dr. Leiva Galvis.

El Dr. Miñana participó en la Mesa Redonda sobre *Organización de un hospital de día Uro-Oncológico*, con el tema «Necesidades estructurales». El Dr. Pérez Albacete, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, dio una conferencia sobre *Treinta años del Grupo de Trabajo de Uro-Oncología*.

III JORNADA DE ÉTICA EN UROLOGÍA DE LA OFICINA DE ÉTICA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

La Oficina de Ética de la Asociación Española de Urología, coordinada por el Dr. Jara Rascón y organizada por el Dr. Romero Hoyuela, del servicio de Urología del Hospital Universitario Morales Mesguer, ha desarrollado en Murcia la III Jornada de Ética en Urología el día seis de noviembre de 2009, en el salón de actos de la Real Academia de Medicina y Cirugía bajo el título ***El largo y tortuoso camino de los comités de ética asistencial***.

La numerosa asistencia recibió un cuidadoso programa perfilado por los componentes de la Oficina, en el que se han tratado temas que afectan a la actividad diaria, concentrada en dos mesas de expertos que han deliberado sobre la conflictividad en la petición del PSA, su relación con el consentimiento informado y la ayuda en la toma de decisión, la objeción de conciencia y como afecta al urólogo el uso de recursos sanitarios y por último, conflictos éticos que se pueden plantear en pacientes oncológicos en fase avanzada de la enfermedad. Se llevó a cabo, además, un curso práctico de adiestramiento sobre habilidades para la deliberación en bioética.

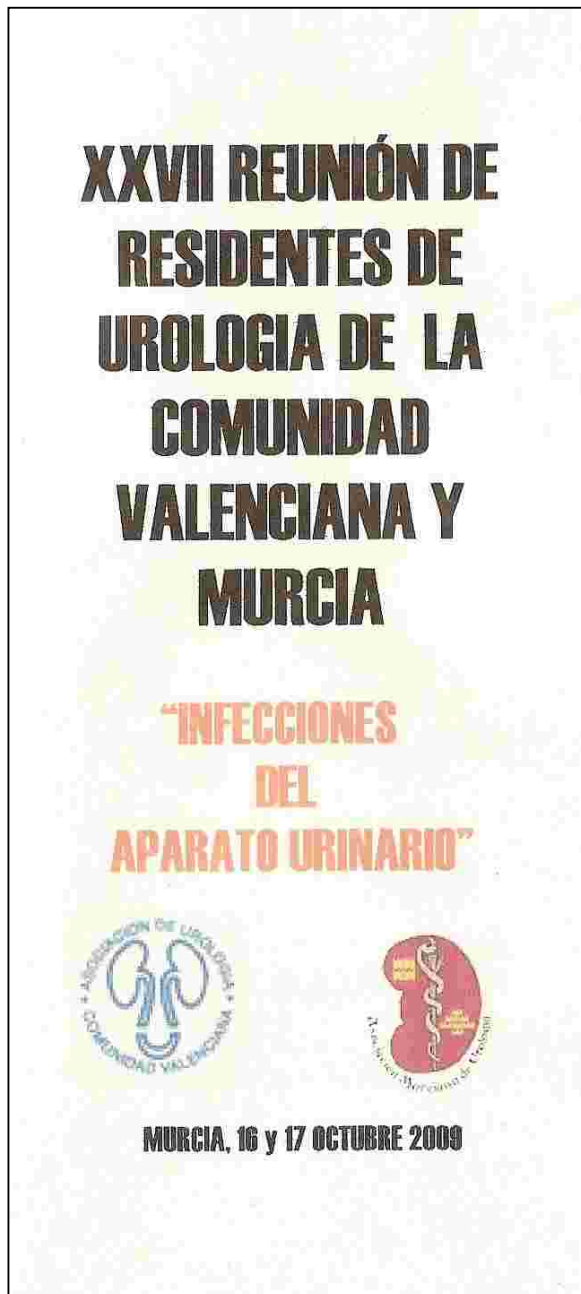


XXVII Reunión de médicos residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia

El pasado 17 de octubre tuvo lugar en el Colegio Oficial de Médicos de Murcia la XXVII Reunión de Médicos Residentes de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia, cuarta vez que se celebra este programa en Murcia, desde mayo de 2006 fecha en la transcurrió la XX, organizada por el Hospital Morales Meseguer.

Actualmente se tienen dos encuentros anuales, uno de ellos se hace coincidir con el Congreso de Urología de la Asociación de Urología de la Comunidad Valenciana. En 2009 le incumbía a la provincia de Alicante, en Alcoy asistimos, en el mes de febrero a la XXVI Reunión, en la que se trataron los *Tumores testiculares*. Correspondía al Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de

Murcia preparar el segundo evento, el tema de debate, elegido por los residentes del H. U. V. Arrixaca, de entre los que anteriormente se habían determinado por todo el grupo de urólogos, fue *Infecciones del aparato urinario*.



Comenzamos el viernes 16 por la tarde, para que los participantes que vienen desde Valencia y Castellón no tengan que llegar precipitadamente el mismo día de la reunión. Nos congregamos en Colegio Oficial de Médicos de Murcia donde el vocal de actividades científicas de la Asociación Murciana de Urología, Dr. D. Mariano Tomás Ros, dio una charla en la que nos explicó los resultados del estudio CombAT, que postula la eficacia duradera en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata combinando Avidart y Tamsulosina.

Posteriormente intervinimos en un coloquio docente titulado *Como dar una mala noticia a nuestros paciente*, impartido por una psicóloga, que lo

hizo de manera muy distendida y participativa, incluyendo actuaciones espontáneas por parte de los residentes que debían simular situaciones cotidianas con los enfermos y en más de uno descubrimos una vocación artística escondida.

El sábado 17 se inició la jornada con una presentación del jefe de servicio del Hospital Virgen de la Arrixaca, Dr. D. Mariano Pérez Albacete, que nos hizo un resumen histórico de los comienzos de la Urología como especialidad, de las personalidades urológicas de mayor

relevancia a nivel nacional, de las primeras reuniones de las asociaciones urológicas y de la evolución tenida por las de residentes así como de los temas que se habían tratado en general, de los que las infecciones urinarias fue el más frecuente:

- | | | |
|------------|--------------------------------------|---|
| • 1996 | H. Dr. Peset, Valencia | Masas renales |
| • V-1996 | Benidorm, H. General de Albacete | Urología infantil |
| • IV-1997 | Morella, H. General de Castellón | Litiasis urinaria |
| • X-1997 | H. Luis Alcañiz de Játiva | Cáncer de próstata |
| • IV-1998 | H. de Cuenca | Infecciones urinarias |
| • X-1998 | H. de Elche | Cirugía endoscópica |
| • IV-1999 | Peñíscola, H. General de Castellón | Tumores vesicales |
| • XI-1999 | H. de Requena, Alicante | Exploraciones en Urología |
| • VI-2000 | Villarreal, H. Gran Vía de Castellón | Incontinencia urinaria |
| • V-2001 | H. General U. de Murcia | Tumores de vías urinarias |
| • X-2001 | H. Marina Baja de Villajoyosa | Tuberculosis urogenital y otras infecciones |
| • III-2002 | H. General U. de Valencia | Traumatismos urinarios y genitales |
| • XI-2002 | H. General de Castellón | Fístulas urinarias |
| • V-2003 | H. General U. de Alicante | Cáncer de próstata |
| • XI-2003 | H. U. La Fe, Valencia | Grandes síndromes urológicos |
| • V-2004 | H. U. V. Arrixaca, Murcia | Andrología |
| • XI-2004 | H. Clínico U. de Valencia | Aspectos actuales del carcinoma renal |
| • V-2005 | H. General U. de Alicante | Infecciones urinarias |
| • I-2006 | H. U. Dr. Peset, Valencia | Patología urológica frecuente ambulatoria |
| • V-2006 | H. U. Morales Meseguer, Murcia | Casos clínicos frecuentes |
| • XI-2006 | H. General U. de Valencia | Complicaciones de la cirugía urológica |
| • V-2007 | H. General U. de Alicante | Uropatía obstructiva |
| • XI-2007 | H. La Fe, Valencia | Patología tumoral prostática |
| • V-2008 | H. General de Castellón | Patología tumoral retroperitoneal |
| • X-2008 | H. Clínico U. de Valencia | Tumores vesicales |
| • II-2009 | H Alcoy, H. General U. de Alicante | Cáncer de testículo |
| • X-2009 | H. V. Arrixaca, Murcia | Infecciones urinarias |

Tras ello prosigue la jornada científica a lo largo de toda la mañana distribuida en cinco mesas, cada una de ellas contenía la exposición teórica de un capítulo del programa, lo que nos ayuda a refrescar un poco los conceptos básicos, seguida de un caso clínico, cuya discusión permite ser lo más participativo posible, con preguntas directas del ponente a los distintos representantes de cada hospital. El programa estaba dividido en: *Infección del tracto urinario (Itu) no complicada, Itu complicada y sepsis urinaria, prostatitis y dolor pelviano, infecciones urogenitales y ETS e Itu y manipulación urológica.*

Había un moderador por mesa, que correspondió a tres adjuntos de Urología y a dos residentes de último año, desde aquí quiero agradecer al Dr. Guzmán Martínez Valls y al Dr. López González, su actuación, al igual que a los Drs. López Alcina, Serrano de la Cruz y March Villalba, médicos adjuntos que, procedentes de Valencia, se trasladaron a Murcia para intervenir en el encuentro.

Se intenta que los ponentes sean los residentes de segundo año para que hagan su "debut" urológico en público ya que es una reunión de ambiente distendido. Este año con-

tamos nuevamente con la presencia de dos médicos residentes del servicio de Urología del Hospital Reina Sofía, de Murcia.

Las presentaciones teóricas fueron en general de gran calidad, cada año se pone el listón un poquito más alto, los casos clínicos fueron muy interesantes y, lo que es mejor, suscitaron mucho debate entre los participantes, lo que, por otra parte, nos hizo retrasar bastante con respecto a los horarios estipulados. Una vez desarrolladas tres de las cinco mesas, realizamos una pausa matinal para tomar café y relajarnos conversando amigablemente con el resto de los compañeros y, posteriormente, ultimamos las dos mesas restantes.

La jornada estaba patrocinada por GSK que nos invitó a toda la concurrencia al finalizar a una estupenda comida.

Para destacar yo me quedaría con la participación masiva de los residentes, con un 90% de asistencia y la calidad de las comunicaciones, en las que, a pesar de tratarse de reuniones distendidas con un talante didáctico para urólogos de primeros años de formación, se nota el esfuerzo y el tiempo invertido en la preparación de las ponencias. Y por último dar las gracias a cuantos intervinieron, a los compañeros que acudieron, y desear que las próximas reuniones sean iguales o mejores y que sigamos manteniendo esta comunicación urológica entre residentes, que tanto nos aporta.

Gloria Doñate Íñiguez

Residente de cuarto año del H. U. V. Arrixaca



Reuniones de médicos residente de Urología de las Comunidades de Valencia y Murcia.

Un poco de historia



Dr. D. Enrique Suénder Rodríguez. Primer urólogo español

El Dr. D. **Federico Rubio y Galí** (Puerto de Santa María, 1827-Madrid, 1902), una de las personalidades quirúrgicas españolas de mayor trascendencia, creó en el Hospital de la Princesa, en Madrid en 1880, el **Instituto de Terapéutica Operatoria**, novedoso centro de formación de especialistas quirúrgicos de nuestro país. En él organizó un **dispensario de afecciones de la orina** a cuyo frente puso al Dr. D. **Enrique Suénder Rodríguez** (Madrid, 1829-1927), a quien le cabe el honor de ser el **primer urólogo español**, médico militar decantado por el estudio de la patología urinaria en la que se preparó en la Escuela Práctica de Medicina de París, con el Dr. Reliquet.

En Francia el estudio de los padecimientos urológicos se encontraba muy desarrollado, el Dr. **Félix Guyón** (Isla de la Reunión, 1831- París 1920), fue profesor de la clínica de enfermedades del aparato urinario y jefe de la unidad en

el Hospital Necker de París, donde instauró una importante escuela de adiestramiento urológico, **instituyó la Asociación Francesa de Urología en 1896, fecha considerada como la constitutiva de la especialidad**, por lo que es nombrado padre de la Urología moderna. Le reemplazó al frente del servicio el hispano cubano **Joaquín Albarrán** (Sagua la Grande, Cuba, 1860- París, 1912), inventor de la uña que permite el cateterismo ureteral. De ellos «aprendieron los principales urólogos españoles de principios del siglo XX.

En España el Dr. D. **Luis González Bravo y Serrano** (Madrid, 1855-1929), fue el **fundador de la Asociación Española de Urología, en 1911**, fecha a partir de la cual ya es tenida la Urología como especialidad en España. Se formó con el Dr. Suénder en el Instituto de Terapéutica Operatoria a quien sucedió como responsable en la ya establecida clínica de vías urinarias.

La Urología entró en la Universidad en 1902 de la mano del Dr. D. **Alberto Suárez de Mendoza** (Puerto Rico 1843-Niza, ?), profesor libre de «Enfermedades de las Vías urinarias» en la Universidad de Madrid, sus lecciones quedaron recogidas en su obra *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la vía de la orina*, editada en Madrid en 1908. Su labor docente fue continuada por el Dr. D. **Rafael Mollá Rodrigo** (Valencia, 1862 - Madrid, 1930), segundo presidente de la Asociación Española de Urología y catedrático de Clínica Quirúrgica y Operaciones, de la Universidad de Valencia y después de la de Madrid, autor del primer compendio de Urología escrito en nuestro país *Resumen práctico de diagnóstico y técnica médico quirúrgica de las afecciones de las vías*

urinarias (Valencia, 1896). Fue el principal valedor para que se estableciera una cátedra de Urología que lo fue del doctorado en la Universidad Complutense en 1922, desempeñada por el Dr. D. **Leonardo de la Peña Díaz** (Ciudad Real, 1875-Madrid, 1957). Como disciplina obligatoria en la de licenciatura se implantó en la de Zaragoza en 1961 y fue ocupada por el Dr. D. **Francisco Romero Aguirre** (Zaragoza, 1968-2006). Hasta el 2005 en la Universidad, la Urología no ha sido reconocida como Área de conocimiento independiente de la Cirugía.

En julio de 1944 se promulga la ley Bases de la Sanidad con la creación del **Seguro Obligatorio de Enfermedad** (SOE) y el plan de instalaciones del seguro con el que se propugna la formación de una red de ambulatorios y la construcción de residencias hospitalarias en cada capital de provincias para el ingreso de los pacientes quirúrgicos, es aprobado en 1947. A ellas que acuden los cirujanos únicamente a operar y a llevar los cuidados postquirúrgicos. Inicialmente la incorporación como especialista para desempeñar el puesto de médico del Seguro Obligatorio de Enfermedad era libre, sólo había que apuntarse y demostrar que se estaba inscrito en el Colegio Oficial de Médicos como ejerciente de la especialidad correspondiente para quedar incluido en las denominadas «Escalas de facultativos del SOE», que no era más que un escalafón de antigüedad en una determinada rama de la Medicina. Es a partir de los años cincuenta cuando se realizan concursos libres de méritos para obtener una plaza en propiedad y las de cupo quirúrgico de Urología se convocan en 1951. Hasta 1955, el título de Licenciado en Medicina y Cirugía facultaba para ejercer la profesión en toda su extensión, se promulgó la **Ley de Especialidades**, desarrollada en 1962, con la que se concedió el título de especialista a cuantos reunían las condiciones requeridas, básicamente a quienes ocupaban plaza en centros sanitarios.

En 1964 se establece para los médicos

tararia con dedicación de ocho horas diarias y se establece como centro piloto de la experiencia el Hospital de Puerta de Hierro, de Madrid. Ante la buena marcha y resultados obtenidos, se adopta como sistema para aplicar al resto de los nosocomios y se inauguran los primeros con este modelo asistencial, en 1967 el de Tarragona y, al año siguiente, se abren la primitiva Virgen de la Arrixaca, en Murcia y La Paz, en Madrid, la Fe de Valencia lo fue en 1970.

También en 1968 comienza, en estos hospitales jerarquizados, la convocatoria anual para el ingreso de **Médicos Internos Residentes (MIR)** que, con algunos cambios y modificaciones, ha llegado hasta hoy día. La excelente formación lograda, la docencia impartida y el buen rendimiento que ha proporcionado a la medicina, lo ha elevado como el método idóneo de preparación sanitaria.

En 1963, el entonces presidente de la Asociación Española de Urología, el Dr. D. **Jacinto Navas González** (Huelva, 1898 - Córdoba, 1965), y dado el incremento del número de urólogos, recomendó constituir secciones regionales en la Asociación para, de este modo, crear una mayor fluidez de comunicación y nexos de unión entre los compañeros de provincias vecinas. Le correspondió a la nuestra que agrupaba las de Valencia, Alicante, Castellón de La Plana y Murcia, además de las de Albacete y Cuenca, que al poco se separaron, ser la sexta regional.

En abril de 1965, se llevó a cabo la primera reunión de la que se conoció como la **Regional de Levante**, promovida por los Drs. D. **Antonio Mira Llinares** (Alicante, 1928) y D. **Alfredo Tramoyeres Cases**, (Valencia, 1910-2002) a la que asistieron, como a una tertulia de amigos, una docena de profesionales de Valencia, Alicante y Murcia que aportaron sus trabajos. Se estableció desde entonces una gran relación entre todos ellos, de tal modo que prosiguieron, año tras año, celebrándose los encuentros

distribuidos y organizados por un hospital de cada una de las diferentes provincias.

En la asamblea de la XXVIII, desarrollada en Elche, en febrero de 1994, una vez constituidas políticamente las Comunidades Autónomas, se plantea distribuirse en sociedades de especialistas independientes por Comunidades. Ambas regiones por separado, exponen la cuestión a los urólogos y una vez debatido el tema, se acepta. En octubre de ese mismo año nace la **Asociación Murciana de Urología** (AMU) presidida por el Dr. Pérez Albacete y, al siguiente, la **Asociación de Urólogos de la Comunidad Valenciana** (AUCV), por el Dr. D. **Pascual Navarro Caballero** (Valencia, 1932-2007) y acuerdan seguir hermanadas en sus diversos eventos científicos.

La junta directiva de la Asociación Valenciana, dirigida por su segundo presidente el Dr. D. **Juan Ferrer Roda** (Valencia, 1932), tuvo como uno de sus objetivos primordiales contribuir a la **Formación Continuada de sus miembros**, por lo que inició una serie de seminarios preparados por los componentes de los diferentes hospitales de su Comunidad en los que los médicos residentes de Urología (MIR) y postgraduados jóvenes fueron los principales receptores de la actividad. Se comenzó en 1996 con un seminario sobre "masas renales", en el Hospital Dr. Peset. La positiva valoración que se hizo del encuentro, la aceptación masiva de los urólogos en formación y el alto nivel puesto en las actualizaciones de los temas hizo que se mantuvieran. Se pensó hacerlas cuatrimestrales para definitivamente dejarlas en semestrales. La buena armonía existente entre los especialistas de ambas comunidades prosiguió con la invitación a participar a los miembros de la Asociación Murciana, que colabora en las reuniones desde la segunda.

Dada la acogida y respuesta habidas, a partir de la tercera, en 1997, se acuerda que lleven la organización del evento los médicos residentes, con la elección de los temas, de los ponentes, de las aportaciones y, en general,



*Dr. D. Luis González Bravo y Serrano.
Fundador de la Asociación Española de Urología*

de toda la infraestructura bajo la supervisión del tutor del centro correspondiente y mediada por el vocal de actividades científicas de la AUCV, inicialmente el Dr. D. **Manuel Gil Salom**, a su vez profesor titular de Urología en la Facultad de Medicina de Valencia. Desde el principio se determinó que cada sesión sería monográfica, se disertaría sobre una patología que abarcaría toda su problemática en profundidad, expuesta por un residente de cada Hospital que tomara parte, con lo que el intercambio de opiniones, la controversia, la camaradería entre los urólogos de los diferentes centros y sus variados puntos de vista hacían del debate un interesante encuentro. Se les entrega un certificado de participación por cada cuatro sesiones a las que hubieran asistido.

En febrero de 2002 asumió la vocalía de actividades científicas de la AUCV, el Dr. D. **Juan Francisco Vidal**, quien durante ocho años ha sido el mentor de los encuentros, del IX al XIII, 1987 a 2000, línea que prosigue el actual vocal, Dr. D. **Emilio López Alcina**.

Con esta modalidad se han desarrollado las veintiséis reuniones anteriores, organizadas

semestralmente de modo rotatorio por un hospital diferente de las cuatro provincias. Se han discutido capítulos sobre infecciones urinarias junto con el estudio de la tuberculosis urinaria e infecciones específicas en cuatro ocasiones, los tumores uroteliales en tres, las neoplasias de riñón, de testículo y de próstata en dos, los retroperitoneales en uno, se ha repasado la exploración del aparato urinario y síndromes urológicos, casos clínicos frecuentes, patología atendida en los ambulatorios, la litiasis, los traumatismos genitourinarios, la uropatía obstructiva, las fístulas urinarias, la incontinencia de orina y la patología andrológica. Se han abordado las complicaciones de las operaciones y la cirugía endoscópica.

La disposición de la industria farmacéutica a financiar desinteresadamente las reuniones hizo posible su continuidad; además el contenido de las charlas de los cuatro primeros encuentros, en los dos primeros años, fue editado en un volumen, por cortesía de laboratorio Madaus, bajo el epígrafe de *Cursos monográficos de la Asociación de Urología de la Comunidad de Valencia*, y, gracias a la ayuda de la casa comercial Lilly, han quedado recogidas las comunicaciones presentadas de no-



viembre de 2002 a noviembre de 2004 (XIII a XVII) en un CD con el título de *Revista digital de la AUCV nº 1*, que incluye también los temas del XXXVIII Congreso de las Asociaciones de Urología de Murcia y Valencia, desarrollado en Valencia en febrero de 2000 y en febrero de 2008, ha subvencionado la edición del CD *Revista digital de la AUCV nº 2* que comprende las reuniones de residentes de Urología XVIII a XXIII, de mayo de 2005 a noviembre de 2007. El laboratorio Glaxos Smith Kline prosigue en esa línea de ayuda y contribuye a sufragar la jornada actualmente.

Podemos afirmar que todos los urólogos formados en los hospitales de ambas comunidades han participado activamente en alguno de los encuentros durante su periodo de preparación, que a su vez tenían también, como finalidad, adquirir habilidades como mejorar la exposición oral, diseñar la exhibición gráfica, perder el miedo a las discusiones, preparar una reunión, seminario o jornada, el currículo, etc.

Como foro científico podemos valorar el resultado en la calidad de la materia presentada, el interés en la respuesta y en la asistencia mantenida a lo largo de estas veintisiete reuniones que esperamos prosigan con igual aceptación.

BIBLIOGRAFÍA

- MAGANTO PAVÓN, E. Vida y obra de Enrique Suénder (1829-1897). Grafinat SA. 1998, Madrid.
- PÉREZ ALBACETE, M. Fundación y desarrollo de la Asociación Española de Urología. La Urología en Murcia y la Urología en Valencia. En Historia Biográfica y Bibliográfica de la Urología Española. Edit. Edicomplet, 2002, Madrid.
- IBID. Las reuniones de Urólogos de Levante en el siglo XX. Tip. San Francisco S A, 2003, Murcia.
- IBID. 100 Figuras de la Urología Española. Tip. San Francisco S A, 2005, Murcia.

AGRADECIMIENTO

Al Dr. D. Juan Vidal, por facilitarme datos de su periodo como Vocal de Actividades científicas de la AUCV.

Participación de los Urólogos de la Comunidad Murciana en las Reuniones de médicos residentes de Urología 1996-2009

- I Seminario, 1996.** H. Dr. Peset de Valencia, Dr. J. Ferrer Roda
Tema, **Masas renales**
No hubo participación murciana
- II Seminario, 17-18 de mayo de 1996.** Benidorm, Alicante, Dr. J. Virseda Rodríguez
Tema, **Urología infantil**
Dr. Pérez Albacete, *Criptorquidia*
- III Reunión, 18- 19 de abril de 1997.** Morella, H. General de Castellón, Dr.
Tema, **Litiasis urinaria**
Dr. Gómez Gómez, *Tratamiento médico de la litiasis renal*
- IV Reunión, octubre de 1997.** H. Luis Alcañiz, de Játiva, Dr. A. C. Polo Peris
Tema, **Cáncer de próstata**
Dr. Nicolás (R-IV, H. U. V. Arrixaca)
- V Reunión, abril de 1998.** H. General de Cuenca.
Tema, **Infecciones urinarias**
Dr. V. Bañón Pérez (R-II, H. U. V. Arrixaca), *Infección urinaria durante el embarazo*
Dr. J. García Ligeró (R-I, H. General. U. Murcia), *Tuberculosis genitourinaria*
- VI Reunión octubre de 1998.** H. Universitario de Elche, Dr. García López
Tema, **Exploración endoscópica**
Dr. M. Rigabert Montiel (R-V, H. U. V. Arrixaca), *Aspectos técnicos de la RTU*
- VII Reunión, abril de 1999.** H. General de Castellón, Peñíscola, Dr.
Tema, **Tumores vesicales**
Dr. J. Navas Pastor (R-II, H. General U.), *Seguimiento y nuevos métodos diagnósticos*
Dr. P. Valdelvira Nadal (R-II, H. U. V. Arrixaca), *Presentación de casos clínicos*
- VIII Reunión, 16 de octubre de 1999.** H. de Requena (Alicante), Dr. J. E. Blanco
Tema, **Exploraciones en Urología**
Dr. J. A. Nicolás Torralba (R-V, H. U. V. Arrixaca), *Papel diagnóstico del ecodopler en el varón*
Dr. J. P. Morga Egea (R-IV, H. General. U. Murcia), *Presentación de casos clínicos*
- IX Reunión, 10 de junio de 2000.** Villarreal, H. Gran Vía de Castellón, Dr. S. Kilani Elmasri
Tema, **Incontinencia urinaria**
Dr. F. García García (R-II, H. General. U. Murcia), *Tratamiento quirúrgico*
Dr. V. Bañón Pérez (R-V, H. U. V. Arrixaca), *Presentación de casos clínicos*
- X Reunión, mayo de 2001.** H. General U. de Murcia, Dr. Fontana Compiano
Tema, **Tumores de vías urinarias**
Dr. P. Valdelvira Nadal (R-IV,-H. U. V. Arrixaca), *Epidemiología y fisiopatología del tumor vesical*
Dr. J. García Ligeró (R-IV, H. General. U. Murcia), *Tuberculosis genitourinaria*

XI Reunión, 21 de octubre de 2001. H. Marina Baja, Villajoyosa, Dr. H. J. Moreno Barragán
Tema, **Tuberculosis urogenital y otras infecciones específicas**
Dr. F. García García (R-III, H. General. U. Murcia), *Tuberculosis y SIDA*
Dr. E. Cao Avellaneda (R-II, H. U. V. Arrixaca), *Presentación de casos clínicos*

XII Reunión, marzo de 2002. H. General U. de Valencia, Dr. J. Zaragoza Orts
Tema, **Traumatismos urinarios y genitales**
Dr. E. Cao Avellaneda (R- II, H. U. V. Arrixaca), *Traumatismos genitales del varón*
Dr. J. García Ligeró (R-V, H. General. U. Murcia), *Presentación de casos clínicos*
Dr. P. Valdevira Nadal (R V- H. U. V. Arrixaca) *Análisis y discusión de un caso clínico cerrado*

XIII Reunión, 16 de noviembre de 2002. H. General de Castellón, Dr. J. Gallego Gómez
Tema, **Fístulas urinarias**
Dr. F. García García (R-IV, H. General. U. Murcia), *Fístulas vesicales*
Dr. E. Cao Avellaneda (R-II, H. U. V. Arrixaca), *Fístula vésico vaginal*
Dr. F. García García (R-IV, H. General. U. Murcia), *Caso clínico cerrado*

XIV Reunión, mayo de 2003. H. General U. de Alicante, Dr. J. J. Lobato Encinas
Tema, **Cáncer de próstata**
Dr. E. Cao Avellaneda (R-IV, H. U. V. Arrixaca), *Tratamiento del C. P. No órgano confinado*
Dr. F. García García (R-IV, H. General. U. Murcia), *Progresión de la enfermedad tras radioterapia radical*

XV Reunión, 29 de noviembre de 2003. H. U. La Fe, Valencia, Dr. F. Boronat Tormo
Tema, **Grandes síndromes urológicos**
Dr. E. Cao Avellaneda (R-V, H. U. V. Arrixaca), *Uropatía obstructiva*

XVI Reunión, mayo de 2004. H. U. V. Arrixaca, Murcia, Dr. M. Pérez Albacete
Tema, **Andrología**
Dra. A. López López (R- II, H. U. V. Arrixaca), *Priapismo*

XVII Reunión, 13 de noviembre de 2004. H. Clínico U. de Valencia, Dr. P. Chuan Nuez
Tema, **Aspectos actuales del carcinoma renal**
Dra. A. López López (R- III, H. U. V. Arrixaca), *Cirugía laparoscópica en el cáncer renal*
Sesión In memoriam del Dr. D. Francisco Colomer
Dr. Pérez Albacete

XVIII Reunión, 21 de mayo de 2005. H. General U. de Alicante, Dr. J. J. Lobato Encinas
Tema, **Infecciones urinarias**
Dra. A. Rodríguez Tardido (R-II, H. U. Morales Meseguer), *ITU asociada a litiasis y cateterismo*
Dr. A. Maluff Torres (R-II, H. U. V. Arrixaca), *Infección urinaria en la mujer y en el embarazo*

XIX Reunión, 21 de enero de 2006. H. Dr. Peset de Valencia, Dr. C. San Juan Laorden
Tema, **Patología frecuente en el ambulatorio**
Dra. A. Rodríguez Tardido (R-II, H. U. Morales Meseguer), *Dolor pélvico crónico*
Dra. A. López López (R-IV, H. U. V. Arrixaca), *Dolor lumbar*

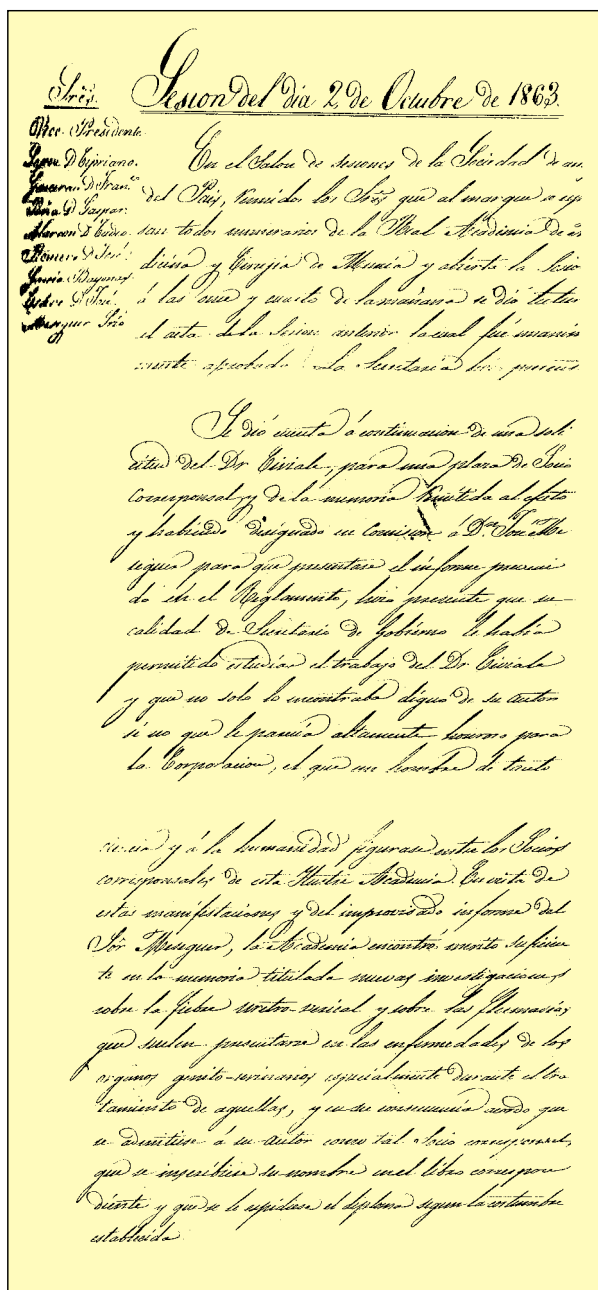
- XX Reunión, 6 de mayo de 2006**, H. U. Morales Meseguer, Murcia, Dr. B. Miñana López
Tema, **Casos clínicos frecuentes**
Dra. A. Rodríguez Tardido (R-III, H. U. Morales Meseguer), *ITU asociada a litiasis y cateterismo*
Dr. A. Maluff Torres (R-III, H. U. V. Arrixaca), *Incontinencia urinaria*
- XXI Reunión, 4 de noviembre de 2006**. H. General U. de Valencia, Dr. J. Zaragoza Orts
Tema, **Complicaciones de la cirugía urológica**
Dra. A. Rodríguez Tardido (R-II, H. U. Morales Meseguer), *Adenomectomía prostática*
Dr. F. Escudero Bregante (R- II, H. U. V. Arrixaca), *Cirugía percutánea*
- XXII Reunión, mayo de 2007**. H. General U. de Alicante, Dr. J. J. Lobato Encinas
Tema, **Uropatía obstructiva**
Dr. E. Izquierdo Morejón (R-II, H. U. Morales Meseguer), *Uropatía del reflujo vesíco uretral*
Dr. P. Á. López González (R-II, H. U. V. Arrixaca), *Fibrosis retroperitoneal*
- XXIII Reunión, 10 de noviembre de 2007**. H. U. La FE, Valencia, Dr. F. Boronat Tormo
Tema, **Patología tumoral prostática**
No hubo participación murciana
- XXIV Reunión 17 de mayo de 2008**. H. General Castellón, Dr. J. Gallego Gómez
Tema, **Patología tumoral retroperitoneal**
Dra. G. Doñate Íñiguez (R- II, H. U. V Arrixaca), *Tumores renales malignos localizados*
Dra. A. Rodríguez Tardido (R-IV, H. U. Morales Meseguer), *Caso Clínico*
- XXV Reunión, octubre de 2008**. H. Clínico U. Valencia, Dr. P. Chuan Nuez
Tema, **Tumores vesicales**
Dr. J. C. Ruíz Morcillo (R- II, H. U. V. Arrixaca), *Tumor vesical infiltrante órgano confinado*
Dr. P. López González (R- IV, H. U. V. Arrixaca) *Caso Clínico cerrado*
- XXVI Reunión, 26 de febrero de 2009**. Alcoy, H. General U. de Alicante, Dr. J. J. Lobato Encinas
Tema, **Cáncer de testículo**
Dr. Bogdam Pietricicá (R-II, H. U. Morales Meseguer), *Quimioterapia adyuvante y papel de la radioterapia. Novedades en los esquemas terapéuticos. Caso clínico*
Dra. G. Doñate Íñiguez (R- III, H. U. V Arrixaca), *Papel de la cirugía tras el tratamiento primario: linfadenectomía, retroperitoneal, masas residuales, recurrencias tardías*
- XXVII Reunión, 17 de octubre de 2009**. H. U. V: Arrixaca, Murcia, Dr. M. Pérez Albacete
Tema, **Infecciones urinarias**
Dr. C. Moreno Alarcón (R- II, H. U. V. Arrixaca), *ITU y manipulación urológica. Profilaxis y manejo*
Dr. R. Montoya Chinchilla (R-II, H. U. Morales Meseguer), *Caso clínico*
Dr. J. Oñate (R-I, H. General U. Reina Sofía), *Caso Clínico*

Nombramiento del Dr. Civiale socio corresponsal de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia el día 2 de octubre de 1863

Sesión del día 2 de octubre de 1863.

En el salón de sesiones de la Sociedad de Amigos del País, reunidos los señores que al margen se relacionan (Vicepresidente, secretario D. Cipriano García, D. Francisco. Peña, D. Gaspar Alarcón, D. Tadeo Romero, D. José García Bayotas, Esteve, D. José Meseguer) todos numerarios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y abierta la sesión á las once y cuarto de la mañana se dio lectura al acta de la sesión anterior la cual fue unánimemente aprobada...

...Se dio cuenta a continuación de una solicitud del Dr. Civiale, para una plaza de socio corresponsal, y de la memoria remitida al efecto y habiendo designado en comisión a D. José Meseguer para que presentase el informe previsto en el Reglamento, hizo presente que su calidad de Secretario de Gobierno le había permitido estudiar el trabajo del Dr. Civiale y que no sólo lo encontraba digno de su autor si no que le parecía altamente honroso para la Corporación, el que un hombre de tantas ciencia y á la humanidad figurase entre los socios corresponsales de esta Illtre. Academia. En vista de estas manifestaciones y del improvisado informe del Sr. Meseguer, la Academia encontró mérito suficiente en la memoria titulada «Nuevas investigaciones sobre la fiebre uretro-vesical y sobre las flemasias que suelen presentarse en las enfermedades de los órganos génito-uritarios especialmente durante el tratamiento de aquellas» y en su consecuencia acuerdo que se ad-



mitiese a su autor como tal Socio corresponsal y que se le expidiese el diploma segun las costumbre establecida.



Jean Civiale (Salilhes (Cantal), 1792-París, 1867). Inició tardíamente la carrera de Medicina, en 1818, recién finalizada, comienza sus investigaciones sobre la disolución de los cálculos *in situ*, que más tarde dio lugar a su invención de una cánula en cuyo extremo tenía un globo que introducía plegado a través de la uretra hasta la vejiga, donde lo abría y cazaba el cálculo, que quedaba encerrado en la cestilla, de tal modo que al instilar la sustancia química para deshacer la piedra, evitaba el contacto con la pared del detrusor, para no producir irritación en la mucosa

En 1822, presentó sus estudios para triturar las litiasis en el interior vesical sin incisión, con un pesado instrumento en bronce, su *trilade*, que perfeccionó y llamó *lithonripteur*, con el que, tras situar una vaina metálica en la vejiga, metía por su interior un fórceps de tres ramas que, una vez abiertas, prendían la piedra. Por el centro, hacía avanzar un trócar duro con una corona de diamante en la punta y, por medio de una especie de arco de violín, imprimía movimientos giratorios hasta que lograba perforarla; una vez deshecha la sacaba con pinzas.

En 1824, ya mejorado el litotritor, lo utilizó en un paciente.

Se le denominó **litotritor recto**, en contraposición al **litotritor acodado** que, en 1832, exhibe **Charles Heurteloup** (París, 1793-1864), dotado de dos fuertes palas con dientes en su extremo vesical, entre las cuales, una vez prendido el cálculo, lo fractura al cerrarlas, mediante un mecanismo que, al principio, era un martillo y sustituyó más adelante una rueda giratoria, lo publica en 1848, en su obra, *Lithotripsie, l'art de broyer les pierres dans la vessie humaine*. Era muy similar a los modelos actuales de litotritores ópticos.

Civiale, hombre de genio irascible, tuvo grandes controversias por la primacía del invento con **Leroy d'Étiolle** (París, 1798-1860) quien, inspirado en el *Alphonsinum*, aparato de tres brazos para extraer los cálculos en la talla perineal, construido por el italiano **Alfonso Ferri** (ca. 1500-1590), confeccionó en 1822 otro utensilio similar con la finalidad de romperlos dentro de la vejiga, dado a conocer en su tratado de Urología, *Exposé des divers procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir la pierre sans avoir recours à l'opération de la taille* (París, 1825).

Fue el creador del servicio de Urología en el Hospital Necker de París en 1864, la primera escuela de preparación urológica en el mundo.

Sus trabajos más importantes publicados todos ellos en París son: *Nouvelles considérations sur la rétention d'urine* (1823), *De la lithotritie ou broiement de la pierre dans la vessie* (1827), *De l'uréthrotomie* (1839), *Traité pratique et historique de la lithotritie* (1847), *Traité des maladies des voies urinaires* (1850).

Mariano Pérez Albacete

Comunicación del Dr. Mesequer Huertos en la Real Academia de Medicina de Murcia, en 1865.

CON COMENTARIOS DEL DR. RAFAEL GARCÍA DE BAYONAS

Mariano Pérez Albacete

Transcribimos la comunicación del Dr. Mesequer Huertos hecha a la Real Academia de Medicina de Murcia, en febrero de 1865, en la que expone la intervención, en el Hospital Provincial de Murcia, de extracción de un gran cálculo vesical a una mujer.

Tras realizar una dilatación forzada de la uretra, con el aparato de Fray Cosme, al no ser lo suficientemente amplia la abertura la agranda cortando con un bisturí el cuello y cuerpo vesical lo necesario para poder sacarlo con un fórceps, tarda en la operación de seis a ocho minutos. La enferma se anestesió con cloroformo, lo que

nos indica su utilización en nuestra ciudad a los quince años de su implantación en España.

Los comentarios que suscitó la presentación del procedimiento quirúrgico son analizados por el Dr. García de Bayonas que refiere también a otro caso de litiasis vesical igualmente atendido por el Dr. Mesequer y al que le practicó una litotricia vesical.

Consideramos interesante darlo a conocer a los urólogos murcianos ya que es la primera descripción de una operación urológica, junto con la de la litotricia, efectuadas en la Comunidad.

Señores:

La Academia oyó en su día con gusto y complacencia la relación oral del Sr. Mesequer y Huertos, en q.º se daba cuenta de dos casos notables de litiasis operados pº dicho señor en este hospital prov.º de cuyo personal facultativo forma parte, con un éxito y brillantez dignos de todo encomio. Y como la relación de los hechos no causan la atención y siempre ilustran y se oyen con gusto; me voy a tomar la libertad de leer su historia, q.º el Sr. Mesequer ha escrito p.º la Academia, con tanto mayor motivo cuanto que a sus buenas formas literarias y a su interés científico acompañan la concisión.

Dice así

Antonia Cutillas Ramírez, natural de Fortuna de 54 años de edad, de constitución débil, deteriorada y empobrecida a consecuencia de una afección calculosa envejecida, entró en éste Hospital Prov.º el día 9 de febrero próximo pasado. La situación de la paciente era tristísima en efecto; su demacración general, la coloración terrea de su rostro y el círculo rojo del insomnio q.º rodeaba su orbita significaban claramente q.º sufría mucho. Su perpetua estranguria la colocaba en un tormento constante q.º la obligaba a abandonar su pobre hogar doméstico p.º implorar en dicho establecimiento los recursos del arte, pidiendo con instancia q.º se le diese una bebida q.º la privase el sentido y después, q.º la abriesen para sacarle una piedra q.º tenía en el intestino, y otra en la vejiga de la orina. Antes de reconocerla nos hizo saber q.º su padecimiento databa desde el año 53 en cuya época, y a consecuencia de graves disgustos, empezó a sufrir cólicos nefríticos, q.º a los dos años dieron por resultado la expulsión de un cálculo del volumen de un hueso de aceituna. Este fenómeno no puso término a sus padecimientos; los cólicos continuaron;

Comunicación de D. José Meseguer
Comisario de Hospitales
Sr. Rafael Garrón de los Baños. 1865. Murcia.

La Amasadora que me envia con gusto y complacencia la relación oral del Sr. Meseguer y Huertos, me ha dado lugar a dos casos notables de litotricia operados q.º desde su ingreso en este Hospital por el personal facultativo por una parte, con una vida y bien prospera después de haber operado. Yo como he relacionado a los hechos me acuerdo la admisión y siempre ilustrados y se oyen con gusto, me voy a tomar la libertad de leer la historia q.º el Sr. Meseguer ha escrito q.º la Amasadora, con tanto siempre hubiera querido que a sus buenas personas literarias ya se les hubiera unido su nombre a la comisión. Dice así

Antonia Cutillo, Parana, natural de Tortosa de 51 años de edad de constitución débil, debilitada y empobrecida o consecuencia de una afeción calculosa encijecida curada en este Hospital por el Sr. de Salazar próximo pasado. La situación de la paciente era trisintina en efecto; su demeración general, la coloración traza de un violeta y el círculo rojo del iris mirado q.º notaba en los ojos significaban claramente q.º sufría mucho. Su perpetua estruendo, la colocaba en un tormento constante q.º la obligó a abandonar su pobre hogar doméstico q.º implicar en dicho establecimiento los recursos del arte, pudiendo con instancia q.º se la diera una bebida q.º la paraba el entico,

y después q.º la abicim para sacarle una piedra q.º tenía en el intestino, y otra en la vejiga de la orina. Antes de comenzar a sacarle saber q.º su padecimiento databa desde el año 55, en cuya época y a consecuencia de graves disenterias, empezó a sufrir edemas en piernas, q.º a los dos años de su padecimiento resultó la expedición de un cálculo del volumen de un huevo de aceituna. Este pedimento no pero terminó a sus padecimientos; los edemas continuaron; sus tardes a hizo difícil y dolorosa la emisión de la orina y según recuerda la enferma, en el año 57 ya tenía q.º la decaer la piedra con los dedos de la mano derecha para moderar los dolores, dejando

más tarde se hizo difícil y dolorosa la emisión de la orina, y según recuerda la enferma, en el año 57 ya tenía q.º ladearse la piedra con los dedos de la mano derecha para moderar los dolores dejando mas libre el paso de la orina.

Con esta serie de sufrimientos, unas veces mas, otras menos intensos, llego el mes de D.^{bre} del 64 en cuya época se hicieron ya insoportables. Se le cerró el conducto de la orina según expresión de la enferma, estuvo 5 días sin orinar, y fue tanta su agravación, que el día 15 de enero último dispuso el facultativo de su asistencia q.º la administrasen la extremaunción.

Desde esa época, hasta su entrada en el Hospital, todo ha sido una serie encadenada de mal estar, de insomnio y de dolores. En vista de este cuadro desconsolador, y de los continuos ayes q.º exhalaba la enferma, todo hacía presumir q.º se acercaba el término de su padeci.^{to} sobrellevado con admiración por espacio de tantos años.

Reconocida sin embargo de una manera detenida, hice constar la presencia de un cálculo voluminoso en la vejiga de la orina, cuyo órgano, reducido y contraído sobre la piedra, apenas dejaba espacio para los movimientos de exploración con la sonda de mujer, ofreciéndose dificultades hasta en su introducción por hallarse colocada la piedra en el bajo fondo de la vejiga y casi taponando el orificio interno de la uretra.

Desfavorable.^{te} impresionado con estas contraindicaciones formales de la litotricia, a la q.º profeso especial afecto, por haberla sufrido, y por haberla practicado reciente.^{te} con éxito feliz; dudé si debería recurrir a la operación de la talla, y si esta mujer, rodeada de

Con esta serie de supuestos, unos
veinte meses, otros muchos calcules, luego
el mes de Mayo del 64 en cuya época
la vejiga ya insignificante. Se le
corrió el conducto de la orina según
expresión de la enferma, estaba sedosa
sin orinar, y fue tanta su agravación,
q. el día 4. de Enero último dispuso
el facultativo de su asistencia q. la
desembarcamos la extracción.

Desde esta época, hasta su entrada
en el Hospital, todo ha sido una
vida encadenada de males, de
incomodidad y de dolor. En esta de
este carácter de condescender y de los
contornos ayer q. orolaba la en
forma, todo hacia presuncion q. la
ocurría el termino de un padecim.
destruido con admisión por espas-
mo de tantos años.

Recurrida sin embargo de una
manera detenida, hice conatos

la presencia de un cálculo volumi-
noso en la vejiga de la orina, cuyo
organos, reducidos y contraídos, solo la
piedra, apenas dejaba espacio para
los movimientos de exploración
con la ayuda de unijer, apreciándose
diferencias hasta en su introducción
por hallarla colocada la pie-
dra en el fondo de la vejiga
y casi topándose el cañal in-
terno de la uretra.

Desfavorable impresionada con
estas circunstancias, me formaba
de la litotricia, o la q. espero
especial apeto, por haberla su-
perado, y por haberla practicado
recientemente con otro éxito, dudé si
deberia recurrir a la operación
de la talla, y si esta siempre vicia-
ra a tal desfavorables condi-
ciones organicas. Noni tenté impu-
ne las naturales consecuencias

de aquella. En esta duda, y en la
necesidad imperiosa de obrar, intenté
dilatarse la vejiga a beneficio de
una inyección de agua templada,
con el doble objeto de probar a coger
la piedra con un instrumento lito-
tritor; pero mi tentativa fue
completamente inútil, porq. ni el líquido
pudo contenerse en la vejiga,
ni mucho menos abrirse mas de
5 milímetros el orificio de Civale.

La litotricia era completa-
mente impracticable; no quedaba
otro recurso q. el de esa operación
atrevida q. forma el comple-
mento de los trata. de la afección
calculosa: la talla. Así opi-
naron los compañeros q. vieron
a la enferma, y en consecuencia,
espere la oportunidad
de un día sereno, y el 16 de

tan desfavorables condiciones organicas resistiria impune.^{te} las naturales consecuencias de aquella. En esta duda, y en la necesidad imperiosa de obrar, intenté dilatar la vejiga a beneficio de una inyección de agua templada, con el doble objeto de probar a coger la piedra con un instrumento litotritor; pero mi tentativa fue completa.^{te} inútil, porq.^e ni el líquido pudo contenerse en la vejiga ni mucho menos abrirse mas de 5 milímetros el litoclasto de Civiale.

La litotricia era completa.^{te} impracticable: no quedaba otro recurso q.^e el de esa operación atrevida q.^e forma el complemento de los trata.^{tos} de la afección calculosa: la talla. Así opinaron los compañeros q.^e vieron a la enferma, y en consecuencia, espere la oportunidad de un día sereno y el 16 de febrero ultimo le practiqué la talla uretral en presencia de varios profesores del estableci.^{to} y de la población.

Para tal efecto, se cloroformizó y colocó conveniente.^{te} a la enferma. Introduce el cistostomo oculto de Fray Cosme en la uretra, y separando el cálculo hacia la derecha avancé el instrumento entre aquél y el cuello y cuerpo de la vejiga, retirándole abierto al grado 20 de su escala, y en una dirección ligera.^{te} oblicua de dentro a fuera y de arriba a bajo. Reconocida entonces con el índice de la izq.^a la posición del cálculo y relacionando á la vez su volumen con la incisión practicada, comprendi la necesidad de agrandarla, para non violentar demasiado los tejidos en el acto de la extracción.

El mismo dedo explorador sirvió de conductor a un bisturí recto de botón quedando a poco dilatada en un sentido contrario a la 1.^a Colocado despues con el mismo dedo el diámetro menor del cálculo en relación con la herida, fue ya no muy difícil cogerlo con unas tenazas rectas de mediano volumen y practicar, no sin dejar de violentar alguna cosa los tejidos.

Delante alinea la parte que la talla
 vertical en presencia de varios pesos
 pesos del establecimiento de la población.
 Para tal efecto, se clasifican en 1.º
 y colocó convenientemente a la altura
 en. Introdújese el cilindro oculto
 a tray. Conviene en la uretra, y se
 parados el cálculo hacia la derecha
 avanse el instrumento sobre aquel
 al cuello y cuerpo de la uretra, se
 tirándole abierto al grado 1.º de
 de su escala, y en una dirección
 figura. Debe de dársele a fuerza
 y de arriba a bajo. Recomendase
 entonces con el índice de la uretra
 la posición del cálculo y sola
 cuando a la vez se comunican
 la inyección practicada, compran-
 di la necesidad de agrandarlas
 para no violentar demasiado los
 tejidos en el acto de la extracción.

El mismo dedo explorador sirve de
 conductor a un botón de botón
 quedando a poco dilatada en un
 sentido contrario a la 1.ª Coloca-
 do de nuevo con el mismo dedo el
 diámetro menor del cálculo en
 relación con la herida, por ya
 no muy difícil cogerlo con unas
 tenazas rectas de medio pulg. com-
 mún y practicar, no sin objeto de
 violentar alguna cosa los te-
 jidos.

El cálculo fue también violenta-
 do por la presión de las tena-
 zas, y en consecuencia deteni-
 das algunas porciones de sus ca-
 ras mas escueltas.

Por lo expuesto se comprende
 que nada extraordinario ocurrió
 en los tiempos operatorios. La
 vejiga quedó bien limpia des-

los fragmentos calculosos de resaca-
 dos; la hemorragia, contenida o se-
 nujico de las inyecciones de agua
 practicadas para laber el cálculo de
 aquel receptáculo membranoso, y
 la herida simple, curada a los pla-
 chuelas de agua fría que se sujetaron
 con una compresa y un vendaje
 de 7. que desde todo terminado
 en el espacio de 6 a 8 minutos.

Las dimensiones del cal-
 culo son: 50 milímetros de longi-
 tud, 2.6 de latitud, y 35 de altura
 hacia su circunferencia de 18
 centímetros. Su superficie que
 nunca se frotó de cal con hebras
 de dicho útero. En peso, sin contar
 la parte destinada por las tena-
 zas, es de 10 decagramos y su figura
 es almendraforma.

Ala enferma se la dispuso el plan
 y en estos casos se acostumbra
 desde el día de la operación, has-
 ta el de la fecha que se encuentra
 en un estado catáctico y aban-
 dando a su curación radical, no
 ha ocurrido pero enano alguno
 signo de congestión, erigida
 oída un catarro bronquial, o
 adopción a los pocos días q.
 llegaron a tener de contin.
 ha substituido la cicatrización
 de su herida.

México 6 de Marzo 1885

José Murguía

La fisiología esta herida, siempre
 un caso de lesiones tan múltiples,
 tan rebeldes, de que operados tan
 complicados en su historia, tan
 desoladamente imposible resan-
 arse por los solos esfuerzos con-
 servadores de la naturaleza
 ante una probabilidad tan que
 reducida. Imposible de ser
 perdura curación, cuya misión
 postoperatoria esta. (Buen gusto
 del p.º el Señor Murguía al sea-
 rar el hábito esterior y estado
 de restauración de esta. (Por su mun-
 gía, conmovida incesantemente
 se movió en un día por el y
 se opuso la mano bien hecho-
 ra de la misma, representada
 p.º el ventajoso. (Reservado se
 gobierna de la D. Encarnación
 M. y C. de México, México)

se ha tratado con sus comisiones
 los quinientos y sus heridas que
 entosa, melancolía, (Murguía, todo
 un poema de moral y realidad.
 De moral, para herida largo de
 ion. (Murguía se los (Murguía
 nos y (Murguía, (Murguía) y (Murguía)
 (Murguía) el estudio (Murguía) del (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)
 (Murguía) (Murguía) (Murguía) (Murguía)

El cálculo fue también violentado por la presencia de las tenazas, y en su consecuencia destruidas algunas porciones de sus capas más escéntricas.

Por lo espuesto se comprende que nada extraordinario ocurrió en los tiempos operatorios. La vejiga quedó bien limpia de los fragmentos calculosos desprendidos; la hemorragia^{se} contuvo a beneficio de la inyecciones de agua practicadas para lavar el interior aquel receptáculo membranoso, y la herida simple.^{te} curada con planchuelas de agua fría que se sujetaron con una compresa y un vendaje de 7. quedando todo terminado en el espacio de seis a ocho minutos.

Las dimensiones del cálculo son: 50 milímetros de longitud, 46 de latitud y 35 de altura, siendo su circunferencia de 13 centímetros. Sus apariencias químicas fosfato de cal, con núcleos de ácido úrico. Su peso sin contar la parte destruida por las tenazas es de 10 dragmas, y su figura almendriforme.

A la enferma se le dispensó el plan q.^e en estos casos se acostumbra y desde el día de la operación hasta el de la fecha que se encuentra en un estado satisfactorio y abanzando a su curación radical, no ha ocurrido fenómeno alguno digno de consignarse exceptuando un catarro bronquial q.^e adquirió a los pocos días q.^e obligándola a toser de continuo ha entretenido la cicatrización de su herida

Murcia 6 de marzo de 1865
José Meseguer
(rubricado)

La apología está hecha, señores: un caso de litiasis tan antigua, tan rebelde, de proporcionar tan exagerada en la piedra; tan absolutamente imposible de vencer por los solos esfuerzos consevadores de la naturaleza; ante cuya gravedad tenía que disfrazarse impotente la práctica médica; cuya acción instrumentosa está bien pintada p.^r el Señor Meseguer al reseñar la súbita expresión y estado de postración de esta pobre mujer, condenada irremisiblemente.^{te} a sufrir en sus días próximos y de quien la mano bien-hechora de la ciencia, representada p.^r el aventajado Secretario de gobierno de la R.^l Academia de M. y C. de Murcia arrebatada de la tumba con sus conocimientos quirúrgicos y su destreza operatoria, enseñanza, Señores, todo un poema de saber y caridad.

De saber: porq.^e hecho cargo el señor Meseguer de las indicaciones y contraindicaciones q.^e ofrecía el estudio atento del fenómeno q.^e observaba: apreciando con ilustrado misterio las ventajas y los inconvenientes de los diferentes procedimientos operatorios q.^e la ciencia propone contra este padecimiento: convencido p.^r sus exploraciones de la imposibilidad de recurrir a los más sencillos e incruentos, se decide al fin con valentía, con arrojo, con esa decisión heroica q.^e da el íntimo convencimiento de la verdad p.^r la más difícil y arriesgada, si, p.^r la única q.^e ofrecía probabilidades de feliz éxito: la talla.

La talla, Señores: esa operación sobre cuya importancia é imponente aparato retrocedía el grande Hipócrates, hasta el punto de hacer a sus discípulos q.^e jamás la practicasen: opinión q.^e de bien exagerado é injusto, prueba la importancia de la operación.

La exactitud en el diagnóstico del señor Meseguer: su proceder operatorio p.^r las incisiones múltiples q.^e es el preferible en la falta uretral en la mujer: su destreza y prontitud en los

tiempos operatorios; todo esta justificado p.^r el éxito obtenido: cuyo triunfo científico, si bien “estima” con razon el propio del señor Meseguer debe tambien inundar su alma de esa dicha satisfacción q.^e se experimenta, por digamos el bien q.^e hacemos al prójimo p.^r caridad.

Y sabeis, Señores, q.^e esta operacion se ha practicado en una mujer de de este hospital prov.^l ¿Qué interes material ha impulsado a D. José Meseguer y Huertos a practicarla? Ninguno solo el interes moral de los buenos q.^e entienden y practican sus maximas sublimes, mezcladas con el compendio del decálogo.

Aunque el señor Meseguer solo se ha hecho cargo en el escrito q.^e ha presentado del caso de afección calculosa operado p.^r la falta: en su relación oral dio cuenta a la Academia de otro caso de la misma enfermedad, q.^e se hizo en su nombre; y q.^e su sentir del q.^e dice, ofrece una “intesa” inmenso sino p.^r las particularidades nosológicas del mismo, por el proceder operatorio con el q.^e el Sr. Meseguer le dio felicisima, q.^e fue la Litotricia: otra de las operaciones propuestas p.^a la extracción de los calculos vesicales; de cuya relacion tubieron una idea muy incompleta los cirujanos antiguos en cuyas obras se leen algunas tentativas inútiles de litotricia, siendo necesario llegar a nuestros días p.^a encontrar el verdadero metodo de esta operación, con su idea dominante, su generalización y sus aplicaciones.

La practicada p.^r el Sr. Meseguer tiene además de su merito intrinseco, el q.e le da la prioridad p.^r ser (al menos q.^e yo sepa) el primero q.^e la ha practicado entre nosotros. Lo q.^e le da gran de importancia p.^r formar parte en los anales de la cirugía murciana.

Tambien debo hacerme cargo de la mención honorífica, que el Sr. Meseguer hizo de la Junta Prov.^{al} de Beneficencia, haciendo a sus dignos individuos participantes con generoso y modesto desprendimiento en sus triunfos operatorios.

Esta conducta honra grandemen.^{te} al Sr. Meseguer q.^e si los encomios q.^e tributa son de justicia y en reconocerlo así se complace, tal proceder rebela su modestia y su virtud. Y en verdad q.^e sin el celo ilustrado de los Señores vocales de esa Junta; sin la inteligente gestión de sus vocales facultativos p.^a cumplir el beneficio objeto de su instituto, facilitando los medios conducentes al mismo, en cuanto lo permite su situación económica; ni el establecimiento estaria dotado como hoy lo esta de un arsenal quirurgico de los mas completos, ni el señor Meseguer hubiera encontrado campo en el q.^e desplegar su actividad e inteligencia, ni la humanidad agradecida a tales beneficios bendeciria a Dios en las personas de sus bienhechores.

Honor y Gloria a todos: y ya que la Academia no puede premiar hechos tan meritorios, consiguies una pagina en sus Anales, Acordando; que conste en actas haberlos escuchado con aprecio y q.^e se archiven la historia y sus comentarios (1) oficiando al Sr. Meseguer p.^a su satisfacción.

Murcia 16 de marzo de 1865
Rafael García de las Bayonas (Rubricado)

(1) Si la Acad.^a los aprueba

Premio Server Falgás 2008

CIRUGÍA INTRARRENAL RETRÓGRADA CON URS FLEXIBLE Y LÁSER HOLMIUM

Pedro Á. López González, Mariano Rigabert Montiel, Jesús Tornero Ruíz, Félix Escudero Bregante, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Ruíz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Pérez Albacete. Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

Presentamos un video sobre cirugía intrarrenal retrógrada, usando el ureterorenoscopio flexible y láser Holmium. Realizamos una extracción múltiple de litiasis intrarrenal y una endopielotomía endoscópica, en un segundo tiempo.

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:

- Radiografía simple de abdomen: Imagen hiperdensa sobre silueta renal derecha. (fig 1)
- Ecografía renal: Hidronefrosis derecha Grado I, litiasis intrarrenal derecha, en grupo calicular inferior, mayor de 1 cm.
- Urografía intravenosa (UIV): Confirma la litiasis en el riñón derecho, con imagen de estenosis parcial de la unión pieloureteral. Ante este hallazgo se solicita:
 - Gammagrafía renal: Riñón izquierdo normal. Riñón derecho con discreta ectasia piélica, tiempo de tránsito intrarrenal normal y con segmento de drenaje enlentecido que mejora con la administración de furosemida.

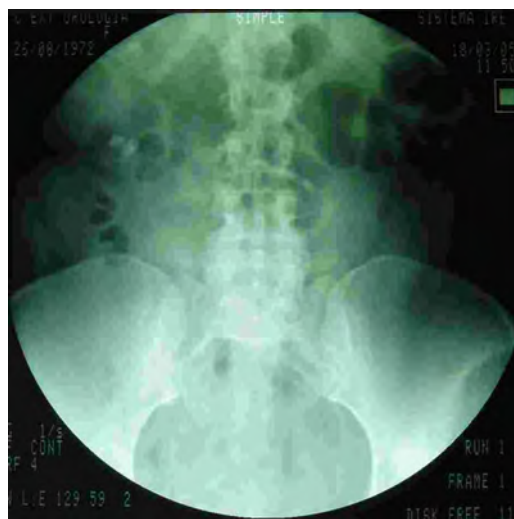


fig 1. Rx simple donde se aprecia imagen hiperdensa sobre silueta renal derecha.

Ante el diagnóstico de litiasis intrarrenal, sintomática, en grupo calicular inferior de riñón derecho, se decide litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC). Tras este tratamiento la paciente presenta múltiples fragmentos litiásicos residuales, objetivados por radiología simple (fig. 2) y UIV.

Ante la persistencia de la clínica se decide cirugía retrógrada endoscópica, con ureterorenoscopio flexible.

Descripción de la intervención (I):

En posición de litotomía, con anestesia raquídea, se comienza contrastando la vía urinaria derecha, a través de un catéter ureteral. Continuamos colocando, con control radioscópico, una guía de nitinol, tipo Sensor, hasta pelvis renal. Introducimos el ureterorenoscopio flexible, hasta llegar a sistema pielocalicial inferior. Con



fig. 2. Rx simple de abdomen con múltiples imágenes hiperdensas correspondientes a fragmentos litiásicos residuales.

ayuda de una cestilla de nitinol (Zer o Tip) se extraen 8 cálculos de los diferentes cálices, con control endoscópico y radiológico (fig3). Durante la intervención se objetiva una unión pieloureteral hipertrófica.

A pesar de la intervención la paciente continúa con episodios de dolor cólico renoureteral derecho. Dada la sospecha de estenosis de la unión pieloureteral se solicita nuevo renograma. Este informa de una uropatía obstructiva incompleta derecha (fig 4).

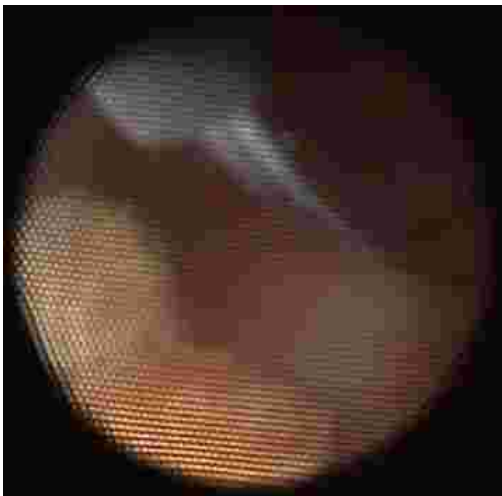


Fig. 3. Imagen endoscópica intraoperatoria donde se aprecia la litiasis intrarrenal y la cestilla de nitinol.

Ante esta situación se decide endopielotomía retrograda.

Descripción de la intervención (II):

Con un inicio igual a la cirugía anterior – posición de litotomía, contraste de vía, paso de guía tipo Sensor – se introduce un ureterorenoscopio rígido. Se visualiza una unión pieloureteral estenótica realizándose incisión con láser Holmium en ángulo postero-lateral (8horas) (fig.5). Se deja un stent ureteral tras la cirugía.

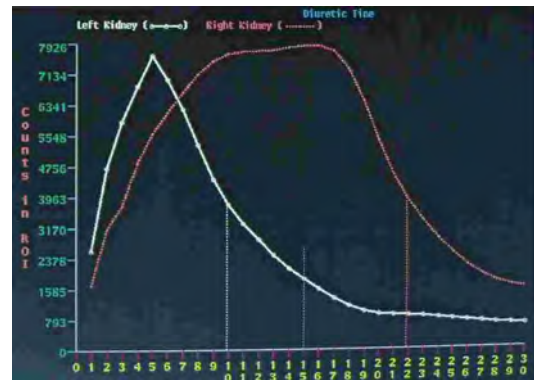


Fig. 4. Renograma que muestra una uropatía obstructiva derecha incompleta.

CONCLUSIÓN

La cirugía retrograda, con ureterorenoscopio flexible, es una vía segura, que permite el tratamiento de la litiasis intrarrenal, especialmente aquellas alojadas en sistema pielocalicial inferior, donde la LEOCH obtiene menores tasas de éxitos.

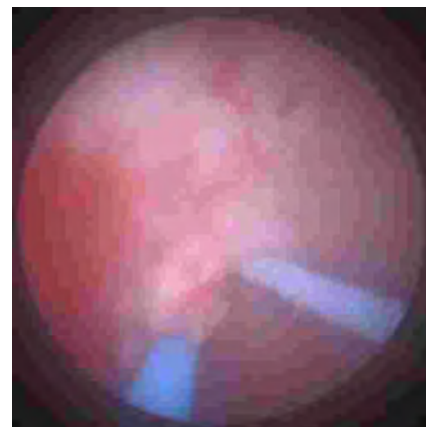


fig. 5. Imagen endoscópica intraoperatoria donde se aprecia la guía tipo Sensor que atraviesa la unión pieloureteral derecha estenótica. A su lado puede apreciarse la fibra del láser Holmium que esta iniciando la endopielotomía, en el ángulo postero-lateral.

El largo y tortuoso camino de los Comités de Ética Asistencial



La grandeza de los profesionales de la salud se halla en la compasión y el compromiso con el paciente, y los Comités de Ética Asistenciales (CEAs) con sus integrantes tenemos la oportunidad y en cierto modo la suerte de poder contribuir a ello con nuestro esfuerzo. Probablemente el reconocimiento ético y jurídico del paciente adulto y competente como agente moral y autónomo ha supuesto el progreso más importante en la relación clínica del pasado siglo XX.

Pero surge inevitablemente la pregunta sobre si los CEAs están siendo realmente útiles, y no es mi propósito de ninguna manera contribuir al pesimismo, pero evidentemente si hiciésemos una encuesta a los trabajadores sanitarios de cómo ven en los CEAs, estoy convencido que los términos más utilizados para definir la situación actual de los mismos serían: desconocimiento, dudas sobre su utilidad, otros pensarían incluso que es un órgano al servicio de la administración del Centro.

Incluso si encuestásemos a los que tienen responsabilidad directa en estos comités las muchas respuestas serían: desilusión, cansancio, poca influencia, dificultades, apatía y es que sabemos que la configuración actual y la estructura de los CEAs les confiere ciertas limitaciones en el modo de actuar y proceder, de tal forma que su capacidad para “cambiar la influencia ética sobre las cosas” queda en unos simples “buenos propósitos” pero sin llegar a modificar las estructuras que repercutan en una mejor atención ética a nuestros pacientes. Es lo que se ha llamado síndrome “failure to thrive” (fallo en progresar) o falta de iniciativa dentro de los propios comités así como la falta de promoción de los CEAs por parte de la gerencia hospitalaria como instrumento de ayuda a profesionales y pacientes.

Los profesionales de la salud podemos llegar a establecer con nuestro trabajo un comportamiento moral que en todo momento ha de ser alto ya que la responsabilidad de curar

y cuidar exige una conducta excelente, pues los problemas que se plantean en el ámbito asistencial son en ocasiones de tal complejidad que ya no sirve solo la buena voluntad para resolverlos, pues las nuevas tecnologías han hecho que surjan nuevos problemas que en nuestro medio se manifiestan como conflictos de valores en cuya resolución no solo basta el sentido común. Es necesario, asimismo, el dialogo interdisciplinar en el debate de los conflictos éticos para su resolución, haciendo un esfuerzo de paciencia, tolerancia y receptividad activa. La dignidad de los pacientes y el respeto de sus derechos en cuanto a su salud, hace necesaria la búsqueda de un dialogo constructivo entre profesionales compaginando la autocrítica con la humildad necesaria en el dialogo bioético. Es por este motivo que, ante la situación médica tecnológica actual y en previsión de los futuros retos que se nos avecinan, algunos ya están aquí, necesitamos conocer en profundidad la ética y su aplicación práctica en el ámbito profesional en el que nos movemos, es por ello fundamental nuestra formación en bioética, recuerdo haber leído una máxima del Prof. Gregorio Marañón que decía: "solo se diagnostica lo que se sabe", y en nuestro compromiso debe estar la formación continua. La función docente también es importante. En primer lugar como "locus" de formación de los propios miembros del comité. Secundariamente pero importante es la programación de docencia bioética en el hospital y su implementación. Así como la inclusión definitiva de la bioética en la formación pregrado.

No es mi propósito comparar los Comités de Ética Asistenciales a otros comités como por ejemplo el Comité de ética e Investigación clínica cuya utilidad sí parece bien demostrada para garantizar la calidad y ética de los ensayos clínicos, sin embargo los comités de ética asistenciales no tienen aún el calado en cuanto a su utilidad por parte de los profesionales de la salud quienes no ha encontrado aún en ellos las expectativas de utilidad iniciales, compro-

bando que dichos Comités a veces se quedan en una mera exposición de las actividades que con gran esfuerzo, sin duda, vienen realizado. Otras veces solo son considerados como meros instrumentos de control al servicio de la administración del hospital.

Por tanto creo que sería conveniente en estas II Jornadas de Comités de Ética Asistenciales plantearnos algunos aspectos que, en su funcionamiento, podrían influir en la posible falta de eficacia y que se manifiesta en la escasa credibilidad que se trasmite a los profesionales del centro asistencial donde desarrollan su actividad.

Como sabemos los CEAs en Europa surgen más tarde que en EEUU donde la jurisprudencia de sus decisiones hicieron que rápidamente se integraran en el mundo hospitalario, esto sin embargo no ocurre en los CEAs de la mayoría de los países europeos en los que no se otorga trascendencia jurídica a las determinaciones y deliberaciones de los mismos, de tal forma que muchos de los CEAs que se constituyen en los centros hospitalarios y asistenciales tienen una mera motivación de "cumplimiento" para lograr la acreditación de calidad institucional del centro.

En cuanto a la formación en Bioética de los miembros estarían los que opinan que quizás los CEAs deberían estar constituidos por personas con especial competencia ética en las ciencias de la salud asesorados por un experto legal, o por el contrario, comités formados por un colectivo no especializado en medicina, serian comités abiertos a diversos puntos de vista (filósofos, psicoanalistas, etc.) Pero lo que realmente no conviene es perder la perspectiva de que la prioridad absoluta del CEA es la atención optima de los pacientes no solo en lo que respecta a su salud sino también en todo lo que rodea a su enfermedad, tanto en el ámbito de la asistencia, social, psicológica y espiritual, ayuda ante el posible conflicto familiar etc. Es, por tanto, legítimo aspirar a que los

miembros del CEA consigan con su conducta personal y profesionalidad la excelencia ética.

No es el momento de exponer las funciones del CEA que son bien conocidas por todos, sin embargo sí me gustaría hacer mención a una función que quizás esté algo olvidada y que es responsabilidad del mismo y que en su cumplimiento llevaría a considerar a los comités en mejor estima y reconocimiento por parte del resto de los profesionales, esta función sería la de vigilar que el organismo o institución en la que desarrolla su labor el comité cumpla con el código ético que en toda institución debe imperar, de tal forma que se respeten los derechos fundamentales del paciente así como del resto del personal asistencial que contribuye a su atención.

Estoy hablando de la posibilidad que el CEA actúe como verdadero auditor en defensa de los derechos fundamentales de los pacientes en cuanto a la autónoma información, consentimiento informado, confidencialidad de los datos clínicos personales, sedación en el paciente con enfermedad avanzada neoplásica o no, limitación del esfuerzo terapéutico, intimidad, o situaciones en las que pueda verse comprometida la dignidad del paciente, así como todo aquello que suponga una limitación al cuidador para la defensa de estos aspectos que la ley 41/2002 otorga en la defensa del paciente. Esta nueva función del CEA fortalecería la gestión del centro así como su "calidad ética". Asimismo estas actuaciones deberían extenderse también al ámbito de la comunidad de influencia de los CEAs allí donde se estén vulnerando los principios éticos asistenciales, por ejemplo: ¿tendrían que poner los CEAs en conocimiento de los organismos públicos aquellas situaciones

dichas instituciones? En cualquier caso el CEA realizaría una función de conciencia moral del centro o llámenosle "auditoria", por cierto que nadie vea ningún motivo de querer fiscalizar ninguna actuación, pero sí la de cumplir con el objetivo de ser miembro de un comité de ética asistencial y defender aquellos valores que su código ético se proponga asumir. Sería en definitiva colaborar con la institución en defensa de los derechos de los pacientes y los CEAs velarían por la ética en la gestión sanitaria, recordando a las instituciones sanitarias los valores que merecen su defensa más allá de los estrictamente financieros. El salto de los comités de ética asistenciales a comité de ética institucional supone no solo un salto cualitativo sino que exige un perfil diferente de sus miembros.

Esta función que aún parece lejana debería ser objetivo próximo para los CEAs si queremos que estos tengan justificada su función, no podemos quedar nos en una mera reunión de personas con buena voluntad pero cuyas decisiones no trascienden del mero ámbito privado y no modifican las actitudes de los demás profesionales en cuestiones de ética en la atención.

Por tanto: ¿Cómo se gana la confianza en los CEAs, en los miembros que lo componen y en la institución?, pues pienso que cuando se presentan como un grupo de servicio formado por profesionales comprometidos en la defensa de unos valores y derechos del paciente, generando confianza e irradiando eficacia y prestigio.

Dr. Antonio Romero Hoyuela
Oficina de Ética de la Asociación

Brigada Hispano-Nicaragüense de Urología. Una experiencia inolvidable

El pasado mes de Abril, tuve la suerte de participar en la Brigada Hispano-Nicaragüense de urología, tal y como allí nos llamaban manteniendo la nomenclatura sandinista, que se desplazó al país centroamericano, dentro de un programa de cooperación médica. Este programa está financiado por la Nicaragüense fundación Coen y el grupo farmacéutico Ipsen. La familia Coen es propietaria del segundo holding empresarial del país y son los promotores y gestores de esta ONG. Dentro de sus actividades están dos programas quirúrgicos, uno para tratar pacientes con labio leporino y que lleva al país a un grupo de cirujanos norteamericanos; y otro de urología en el que participan especialistas españoles. Este último programa es el cofinanciado por Ipsen.



El grupo de voluntarios que salimos de España el 19 de abril del 2009, lo formábamos los Drs. Francisco Cuesta, Jose Miguel Giménez, Stefan Gunthner, Vicente Gimeno, Santiago Delgado, Jose Luis Álvarez, Francisco Torrubia, y yo mismo; junto con los delegados de Ipsen Iziar Morales y Carmelo Álava.

La labor quirúrgica se desarrolló en dos lugares diferentes. Los primeros días trabajamos en Managua, en el hospital Lenin Fonseca. Después nos desplazamos a la ciudad de Chinandenga, situada al noroeste de Managua, y continuamos nuestra labor en el Hospital España de esta localidad.



En total se intervinieron 98 pacientes con las más variadas patologías, desde tumores (renales, suprarrenales y prostáticos) a incontinencias urinarias; pasando por fístulas vesicovaginales, estenosis de uretra, adenomas de próstata, litiasis renales y ureterales, estenosis de la unión pieloureteral, etc. Comparando la distribución de las diferentes patologías con lo que es habitual en nuestro medio, llamaba la atención la gran cantidad de litiasis complejas y también de patología uro-ginecológica (fístulas e incontinencias). Por otra parte no vimos más que un caso de tumor vesical y otro de próstata.



Durante nuestra estancia tuvimos una jornada lúdica en la que conocimos la ciudad de León y nos maravillamos con la naturaleza de este maravilloso país que nos permitió en un solo día ver selva tropical y bosque húmedo (selva de altura), bañarnos en lagos cuajados de islas y subir a volcanes activos. Realmente nos sorprendió la impresionante naturaleza de este país, haciendo bueno el dicho: “si Europa es la historia, América es la geografía”.

A nuestra vuelta nos llevamos, a parte de la satisfacción de haber ayudado a estas gentes, también el calor y la alegría que nos transmitieron, y la amistad entre todos los integrantes del grupo, forjada entre estresantes quirófanos y desestresantes rones vespertinos.



Mención especial se merecen Cristiana e Indira, las dos bellísimas relaciones públicas de la fundación Coen, que se ocuparon de todo, en todo momento, haciendo nuestra estancia en tierras nicaragüenses inolvidable.

Gerardo Server



Dr. D. José Luis Prefasi Martínez (17/XII/1925-5/XI/2008)

Unos días antes de la celebración de nuestra XIV Jornada Urológica nos dejó nuestro compañero José Luis, hombre afable y cordial, abierto y expresivo, conocido y amigo de todos los urólogos murcianos, apreciado por su bondad y por sus buenas maneras. Casado con Juana González Campisano tuvieron dos hijos, Francisco, informático de profesión, que reside en Madrid, y Mercedes, bióloga que ha heredado su amor a las cosas de la mar.

Habilidoso en las manualidades, desde su juventud se apasionó por la construcción con piezas de *Meccano*, de las que, ya adulto, llegó a ser un artista consumado. Pertenecía a la Asociación Cultural Española de Aficionados a los Mecanos” (ACEFAM), recibió varios premios por sus composiciones y era invitado a participar en las exposiciones que periódicamente se realizaban donde sus aportaciones demostraban su arte. En noviembre de 1991, organizó en Murcia, con la colaboración del Excmo. Ayuntamiento, una muestra nacional

de Mecano en los Molinos del Río, en la que dejó una importante señal de su trabajo por la variedad y categoría de las estructuras que expuso.

Su abuelo le dejó una colección malacológica, que se preocupó de continuar. Desde su infancia, al veranear en Cabo de Palos, escudriñaba las arenas de la playa de La Manga y buceaba en las calas aledañas en busca de caracolas lo que, junto con su relación con pescadores que le entregaban las que recogían en sus redes, le permitió conseguir una excelente recopilación de las mediterráneas, entre las que llegó a descubrir una nueva concha del género *Turbonilla*, que la Sociedad Española de Malacología, a la que también pertenecía, le honró poniéndole su nombre, la *Turbonilla prefasii*.

Se carteaba con aficionados de todo el mundo con los que permutaba ejemplar es, gracias a lo cual logró incrementar extraordina-

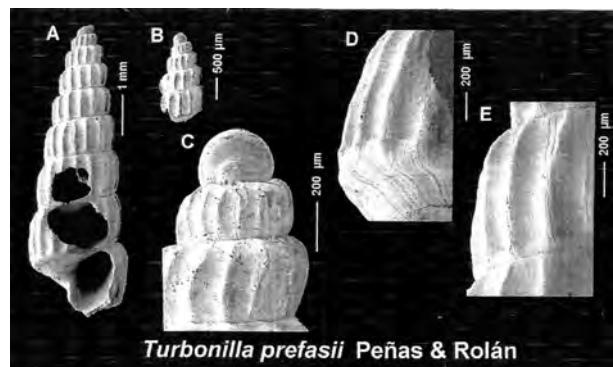


riamente su colección hasta conseguir una muestra extensa y de calidad. Pasaba horas estudiándolas y observándolas con lupa, para catalogarlas y distribuir las por familias, poniéndoles el nombre científico y el vulgar, su procedencia y sus características, cuidadosamente anotado en etiquetas y en fichas. Guardadas cuidadosamente en cajas y bandejas en un armario habilitado especialmente para ello, periódicamente revisaba, limpiaba y cuidaba a la par que ampliaba el contenido. Además de las del Mare Nostrum, los géneros de cipraeas, murex y volutas constituyen las joyas del conjunto.

Nació en Murcia en diciembre de 1925, población en la que transcurrió su infancia y donde realizó el bachillerato, marchó a estudiar en Medicina y Cirugía a Cádiz y alcanzó el grado de licenciado por la Universidad de Sevilla en 1957. Su relación familiar con el urólogo D. Juan Martínez, hermano de su madre, le hizo dirigir sus pasos hacia nuestra especialidad y con su consejo acudió a formarse en Madrid al Hospital Central de la Cruz Roja, de San José y Santa Adela, con los Drs. Joaquín Páez Ríos y José Luis Insausti Cordón, con los que estuvo

por espacio de dos años, en los que, comentaba, efectuó incontable número de guardias. Miembro de la Asociación Española de Urología desde 1959, obtuvo el título oficial de urólogo tras promulgarse la ley de especialidades en 1963.

De regreso a su ciudad natal, en 1959, inicia su carrera profesional como ayudante de cupo quirúrgico con su tío en el Seguro Obligatorio de Enfermedad, además de desempeñar un puesto de urólogo ayudante en el Hospital de la Cruz Roja de Murcia y de abrir su consulta particular en el 19 de la calle de Sagasta. En 1971, logró el cargo de jefe de equipo en el SOE. Durante toda su vida desarrolló una labor urológica de dedicación al paciente, y, para estar al día en los adelantos que en la especialidad se producían, acudía puntualmente a los congresos nacionales y regionales. Como anécdota de su hacer, fue el urólogo del seguro o médico universitario un largo periodo durante el que operó de fimosis a casi todos los estudiantes de Murcia.



Tras su jubilación en 1995, hombre familiar y hogareño, disfrutaba y se relajaba con la lectura y la atención a sus aficiones a las que destinaba la mayor parte del día, junto con la visualización de documentales televisivos sobre naturaleza e historia hasta que la enfermedad fue poco a poco debilitando su hacer.

Sirvan estas breves notas para guardar su recuerdo en nuestra memoria, descansen en paz.

Mariano Pérez Alba

Convocatoria de premios 2010 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 º para la mejor comunicación** y **300 º 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.