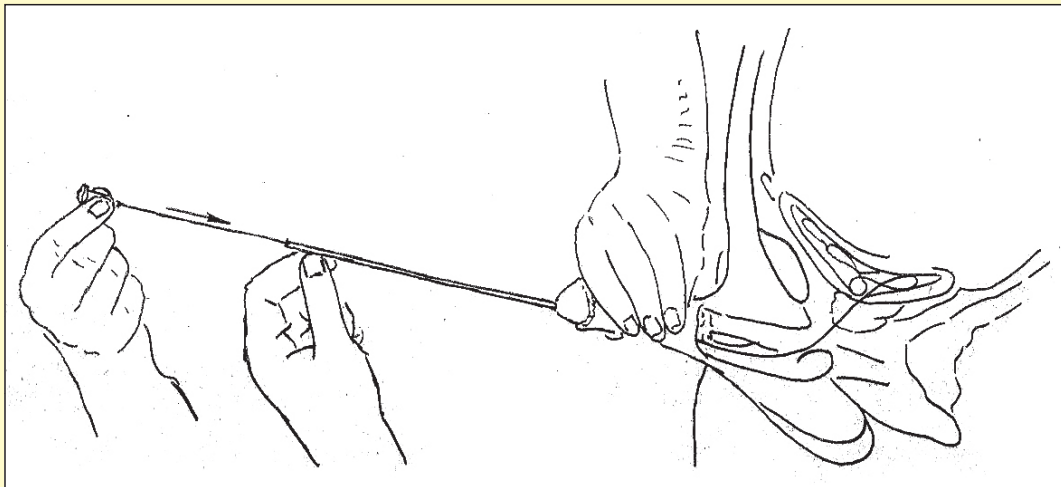


BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XVIII - Nº 20. MURCIA, febrero 2014



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Gerardo Server Pastor

VICEPRESIDENTE:

Leonardo Nortes Cano

SECRETARIO:

Pedro Antonio López González

TESORERA:

Gloria Doñate Ñínguez

VOCAL CIENTÍFICO:

Tomás Fernández Aparicio

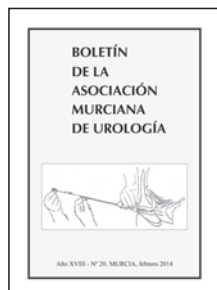
VOCALES:

Eugenio Hita Rosino

Emilio Izquierdo Morejón

SEDE SOCIAL:

ILTRE. COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE MURCIA
Avda. Juan Carlos I - Murcia
www.uromurcia.es



Portada:

Maniobras de uretrotomía interna. Dibujo realizado por el doctor Sánchez-Parra García en 1931.

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
XIX Jornadas Urológicas Murcianas.	
Hospital Universitario Morales Meseguer, Murcia	4
Programa de estudios. Servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer	5
Programa científico XIX Jornadas	6
Comunicaciones presentadas	7
Actividades científicas desarrolladas en el año 2013:	38
Premio Gerardo Server Falgás 2012	
Dr. Raúl Montoya	40
Veinte años de la Asociación Murciana de Urología	43
Galería urológica murciana	
Dr. D. Ramón Sánchez-Parra García.	
Dibujos de las operaciones urológicas realizadas en el servicio de Cirugía General y Urología del Hospital de San Juan de Dios de Murcia (1930-1936)	49
Articulado del Comité Científico.	
Premios de la AMU	55
Noticias	56

Estimados colegas,

Dejamos el año 2013. Un año extraño en lo político, en económico y en lo social. También en lo que a nuestra asociación respecta, extraño, ya que es el primer año desde su fundación en que no ha habido Jornadas. Al pasar la fecha al mes de febrero, solo se ha retrasado 3 meses; pero dejamos un año natural sin Jornadas. Este cambio, como sabéis, se debe a que la contabilidad de la mayoría de las casas comerciales se cierra en diciembre y por esta razón, en noviembre siempre tenían problemas de presupuesto para poder colaborar con las Jornadas.

Por lo demás, tenemos una asociación que goza de buena salud en lo económico (modesta pero saneada), y en lo científico; como quedó demostrado en el congreso de Cieza, un éxito tanto de ponencias y comunicaciones, como en lo social.

Pero este año no hemos estado de brazos cruzados esperando el siguiente congreso, sino que hemos tomado iniciativas que nos han llevado a tener otra vez una página web activa, y que tal y como habéis visto ya estamos utilizando para las inscripciones del congreso como para el envío de comunicaciones.

También hemos contratado con GADE Eventos, una secretaría permanente que asistirá a la Asociación tanto en su día a día durante todo el año, como en la realización de congresos y reuniones. Esta empresa tiene experiencia en la gestión de secretaría de otras sociedades científicas similares a la nuestra.

Durante el presente año 2014, tenemos como objetivos, aparte de la realización del congreso anual, el dotar de contenidos y actividad la página web para que sea una herramienta útil a todos, extender nuestras actividades científicas durante el periodo entre congresos con diferentes actos que pueden ser estrictamente urológicos o en colaboración con atención primaria, otras especialidades, enfermería, o con la sociedad civil (asociaciones de pacientes, etc.). También tenemos como objetivo realizar algunos cambios fiscales que nos permitan una mejor y más transparente financiación (solicitar a la agencia tributaria la exención de I.V.A. para poder emitir facturas sin este, etc.).

En nombre de toda la junta directiva os deseamos a todos un gran 2014 y que nos veamos y disfrutemos en las magníficas Jornadas de este año que en el Hospital Morales Meseguer nos ha preparado el comité organizador.

Junta Directiva

Murcia a 19 de enero de 2014

XIX Jornadas Urológicas Murcianas

HOSPITAL MORALES MESEGUER, DEL 6 AL 8 DE FEBRERO DE 2014

Queridos compañeros:

Como bien sabéis, durante el año 2013 no hemos celebrado nuestra tradicional reunión anual en noviembre dado que, en asamblea, decidimos postponer su celebración hasta primeros del año 2014. Tres meses no son trascendentes, pero en realidad, parece que ha pasado mucho tiempo desde nuestro último evento. Por este motivo, hemos querido dar una nueva orientación a la reunión, intentando dar mayor espacio a la participación y ampliando los contenidos.

Como podréis ver en el programa adjunto, los días fijados son 6, 7 y 8 de febrero de 2014. Este año, como novedad, incluimos el día 6 en horario de tarde dos talleres eminentemente prácticos dirigidos al área de la endourolugía y la incontinencia, y una primera sesión de comunicaciones.

El día 7, también por la tarde, lo dedicaremos por completo a mesas muy dinámicas, con casos prácticos, en las parcelas de andrología y oncología, y el día 8 incluiremos dos mesas más de comunicaciones y una especial de "vídeos a la carta" que esperamos darán lugar a un interesante debate técnico. La asamblea y una buena comida cerrarán las actividades. Para todo ello, vamos a contar con el apoyo de GADE Eventos, cuyos servicios han sido contratados por la Junta Directiva de la AMU; harán el papel de Secretaría Técnica, remi-

tiendo a todos la información necesaria y recibiendo las aportaciones científicas que deseéis enviar.

El programa definitivo, que recibiréis en breve, os mostrará que todos los participantes pertenecen a nuestro ámbito regional, incluyendo como siempre al Hospital de Orihuela que, bien sabéis, nos acompaña por derecho propio. Esto quiere decir que todo el protagonismo recae en la urología murciana,

y que además el tiempo dedicado a la presentación de nuestras propias experiencias se habrá incrementado notablemente respecto a otras ediciones. Creemos que ambos elementos aportan valor en sí mismos y no son más que el reflejo de la demanda que ha habido en las últimas reuniones. Confiamos en que nuestra lectura crítica de los pasados años haya sido la adecuada.

Esperamos

vuestras aportaciones con verdadera ilusión, deseando que el evento en el Hospital J. M Morales Meseguer esté a la altura de vuestras expectativas y que, además, tengamos un grato encuentro personal ... aunque sea una vez al año.

Dr. B. Miñana López
Presidente Comité Organizador

Dr. T. Fernández Aparicio
Vocal Actividades Científicas AMU



Programa de estudios

SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL MORALES MESEGUER

El Servicio de Urología del HMM inicio su andadura en enero de 1995 por lo que en 2015 cumplirá 20 años. A lo largo de este periodo de tiempo hemos ido creciendo en plantilla y dotación hasta adecuarla a las necesidades asistenciales nuestra área sanitaria.

Desde el punto de vista organizativo y funcional nos hemos adaptado a las nuevas exigencias de nuestra especialidad. Por ello, el Servicio esta organizado en las siguientes Unidades Funcionales, mutuamente interrelacionadas, con sus respectivos directores:

Oncología y Patología prostática. Dr. Miñana.

Urología reconstructiva. Dr. Hita

Litiasis y endoscopia. Dr. Fernández

Urología Funcional y Femenina. Dr. A. Romero

Andrología. Dr. A. Rosino

En el desarrollo de las diferentes Unidades hemos incorporado la mayor parte de los avances tecnológicos que nuestra especialidad ha exigido a lo largo de este tiempo en busca de tratamientos cada vez menos invasivos. Así, las técnicas laparoscópicas (próstata, riñón,vejiga, tracto urinario superior, suprarrenal, retroperitoneo) y endourológicas suponen ya casi el 80% de las cirugías con ingreso. El empleo sistemático del láser de holmio para la enucleación del adenoma prostático (HoLEP) ya es el tratamiento estándar de las próstatas adenomatosas de más de 70 cc., así como del tratamiento endoscópico de las litiasis del tracto urinario, incluida la cirugía intrarrenal retrograda (RIRS).

La integración de procesos entre las diferentes áreas es fundamental. A modo de ejemplo, la rehabilitación sexual y del suelo pélvico en los pacientes sometidos a prostatectomía radical, complementado con cabestrillo tipo Advance en los casos con incontinencia de esfuerzo que el paciente considere relevante, nos ha permitido alcanzar unos resultados óptimos.

Desde el punto de vista docente, disponemos de un medico residente por año que bajo la supervisión del Tutor de Residentes, Dr. A. Rosino, completan el programa docente aconsejado por la Comisión Nacional de la Especialidad, adaptado a las peculiaridades de nuestro Servicio. En este sentido, hemos considerado adecuado incorporar la rotación por centros extranjeros y nacionales de prestigio, la preparación y presentación semanal de revisiones clínicas monográficas, participación en Congresos nacionales e internacionales, publicaciones científicas y tesis doctorales.

Por último, destacar que hemos incorporado, también progresivamente, la actividad investigadora de forma que participamos en varios ensayos clínicos vinculados a las diferentes Unidades (en la actualidad 4 ensayos clínicos) además de proyectos de investigación propios (3 en marcha) vinculados a la Universidad Católica San Antonio (UCAM)

Programa científico

PROGRAMA XIX JORNADA ANUAL DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGIA

Hospital Morales Meseguer, 6, 7 y 8 de Febrero 2014

JUEVES 6 de Febrero 2014

- 15:30-16:00 h. Entrega de documentación e Inauguración de las Jornadas
- 16:00-17:00 h. **Taller Manejo incontinencia Urinaria**
Coordinador: Dr. Antonio Romero Hoyuela
Participan: Dr. José Luis Rico Galiano, Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls y Dr. Félix Escudero Bregante
- 17:00-18:00 h. **Taller Manejo Endourológico Litiasis**
Coordinador: Dr. Tomás Fernández Aparicio
Participan: Dr. Enrique Cao Avellaneda, Dra. Beatriz Honrubia Bilchez y Dr. Juan Pedro Morga Egea
- 18:00-18:15 h. Coffee break
- 18:15-19:45 h. **Mesa de comunicaciones 1**
Moderadores: Dr. Pedro López Cubillana y Dr. Lucas Asensio Egea

VIERNES 7 de Febrero 2014

- 16:00-17:00 h. **Mesa Cáncer de Próstata resistente a castración.**
Moderador: Dr. Bernardino Miñana López
Participan: Dr. Gerardo Server Pastor, Dr. Juan Moreno Avilés y Dr. Enrique González Villabeitia
- 17:00-17:30 h. – **Andrología. Manejo de la disfunción eréctil tras PR.**
Abordaje práctico de la eyaculación precoz
Dr. Antonio Rosino Sánchez
- 17:30-17:45 h. Coffee break
- 17:45-19:00 h. **Mesa Vigilancia Activa en el Cáncer Urológico**
Moderador: Dr. Guillermo Gómez Gómez
Participan: Dr. Pablo Luis Guzmán Martínez-Valls, Dr. Carlos Tello Royloa y Dr. Antonio Rosino Sánchez
- 19:00-19:15 h. **Comunicación del Vocal de Actividades Científicas de la AEU**
Dr. Bernardino Miñana López
- 19:15-19:30 h. **Abordaje práctico: Radioterapia en el cáncer de próstata.**
Dr. R. García Fernández. Jefe Servicio Oncología Radioterápica HUVA
- 21:00 h. Cena oficial del congreso

SÁBADO 8 de Febrero 2014

- 09:00-10:30 h. **Mesa de comunicaciones 2**
Moderadores: Dr. José Ramón De la Iglesia Cabrerizo y Dr. Juan Pedro Morga Egea
- 10:30-12:00 h. **Mesa de comunicaciones 3**
Moderadores: Dr. L. Oscar Fontana Compiano y Dra. Almudena Rodríguez Tardido
- 12:00-12:15 h. Coffee break
- 12:15-13:30 h. **Sesión de vídeos**
Coordinador: Dr. Gregorio Hita Villaplana
- 13:30-14:15 h. **Asamblea/Examen Residentes**
- 14:30 h. Cierre del congreso

C-1.1 COMPARACIÓN ENTRE DOS TIPOS DE PROTOCOLOS DE BIOPSIAS PROSTÁTICAS: DOBLE SEXTANTE CLÁSICO VS VOLUMEN-DEPENDIENTE

Montoya-Chinchilla R, Rodríguez-Tardido A, Cachay-Ayala ME, Sala LG, Hita-Rosino E, Cao-Avellaneda E, Jimenez-Penick FJ, García-Espona C, Montes-Díaz J, Soler-Fernández JM, Santamaría-Fernández O, Moreno-Aviles J. Hospital General Universitario Santa Lucía.

INTRODUCCIÓN: Los protocolos de biopsias prostáticas (BP) varían mucho entre centros sin que exista un consenso claro, tanto en el número de cilindros a tomar como en la localización. Actualmente el uso de protocolos de 12 cilindros frente a las biopsias extendidas o de saturación es controvertido. El objetivo del estudio es comparar la tasa de detección de cáncer prostático (CP) obtenida mediante un protocolo sextante doble clásico (PSD) frente a un protocolo volumen-dependiente (PVD).

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un estudio prospectivo con introducción de todos los pacientes con sospecha de CP, a los que se indicó BP, del área 2 de la región de Murcia en los últimos 5 meses del año 2013 (n=74). La división de pacientes en cada uno de los grupos de BP se realizó por orden de inclusión para la misma, siendo realizada cada una de ellas por 2 urólogos en cada grupo. El PSD (n=44) realizó 6 cilindros por lóbulo, mientras que el PVD (n=30) realizó 6, 7 u 8 cilindros por lóbulo dependiendo del volumen prostático (45 cc). En ambos protocolos se tomaron 1-2 cilindros extra en zonas sospechosas ecográficas o palpables. Se ha utilizado el programa SPSS 17 para la realización de las tablas de contingencia y la comparación de medias.

RESULTADOS: Los grupos de estudio resultaron comparables en todas las variables del estudio (edad, PSA, volumen prostático, DPSA, tacto rectal o ecografía transrectal sospechosos, sumatorio Gleason y tasa de complicaciones) salvo en la tasa de detección de CP, siendo mayor en el PVD (70% vs 43,2%; p 0,033). El análisis de subgrupos según volumen muestra una detección similar entre ambos protocolos para próstata menores de 25 cc (cerca del 84%), aunque se ha demostrado una mayor detección en el PVD para próstatas de 25-45 cc (88,9% vs 42,9%) y para próstata mayores de 45 cc (50% vs 25%).

CONCLUSIONES: Dada la tasa de complicaciones similares entre ambos protocolos, la realización de un PVD debería utilizarse para la realización de BP dado su mayor tasa de detección, sobre todo para próstatas mayores de 25 cc.

C-1.2 ¿TODAVÍA ES VÁLIDO EL PUNTO DE CORTE DE PSA DE 10 NG/ML? ANÁLISIS DE 625 PRIMERAS BIOPSIAS TRANSRECTALES DE PRÓSTATA

G. Hidalgo Agulló, A. Rosino Sánchez, M.C Cano García, L. Reina Alcaina, C. Carrillo George, A. Rivero Guerra, E. Izquierdo Morejón, B. Nicolae Pietricica, A. Romero Hoyuela, T. Fernández Aparicio, G. Hita Villaplana, B. Miñana. Hospital Universitario Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: Los grupos de D'Amico fueron bien definidos con la aparición del PSA, pero estos grupos están basados en una población con escaso cribaje. Comparamos los factores anatomopatológicos tras biopsia en una población con alto cribaje.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza estudio retrospectivo sobre 1150 biopsias transrectales de próstata de 12 cilindros realizadas en nuestro servicio entre Enero de 2006 y Junio de 2011.

Como criterios de inclusión se requiere PSA menor de 20 ng/ml y primera biopsia. Incluimos 625 biopsias.

Dividimos los casos en 2 grupos, pacientes con PSA 10 ng/ml, y se realiza un estudio comparativo de los factores anatomopatológicos tras la biopsia: Gleason, carga tumoral, cilindros afectados e infiltración perineural mediante el programa informático estadístico SPSS v19.

RESULTADOS: La mediana de edad para los pacientes con PSA menor de 10 ng/ml (grupo 1) fue de 65 años y para los pacientes con PSA entre 10-20 ng/ml fue 68 años. La mediana de PSA para el grupo 1 fue de 6,5 ng/ml y para el grupo 2: 12,5 ng/ml. La mediana del tamaño prostático en el grupo 1 fue de 39 cc y en el grupo 2: 46,4 cc.

Los pacientes del grupo 1 presentaron cáncer de próstata en el 45,7%, y en el grupo 2: 55,3%.

Los pacientes del grupo 2 presentaron un mayor porcentaje para Gleason 7 los del grupo 1, 36,2% y 19,6 % respectivamente (p<0,05). No se hallaron diferencias significativas con respecto a Gleason 8.

Los pacientes del grupo 2 también presentaron un mayor porcentaje de 4 o más cilindros afectados, 54,3%, frente al 32,1 % del grupo 1.

La carga tumoral fue mayor también en pacientes del grupo 2, 41,4% frente al 23,3% del grupo 1.

No se hallaron diferencias significativas respecto a la infiltración perineural.

CONCLUSIONES: Los tumores diagnosticados en pacientes con PSA entre 10 y 20 ng/ml presentan mayor carga tumoral y número de cilindros afectados, sin embargo no existe una clara asociación estadística con respecto a Gleason alto o invasión perineural.

C-1.3 REPETIR BIOPSIAS: ¿CUÁL ES SU RENTABILIDAD Y QUÉ TUMORES DIAGNOSTICAMOS? RESULTADOS DEL PROTOCOLO DEL H. MORALES MESEGUER

Rosino Sánchez, A.; Reina Alcaina, L.; Cano García, M.C.; Hidalgo Agulló, G.; Carrillo George, C.; Rivero Guerra, A.; Pietricica, B.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN: No hay criterios unánimes acerca del número de biopsias a realizar dada la variabilidad en los resultados entre las distintas series acerca de la rentabilidad de las biopsias sucesivas, por lo que creemos necesario analizar nuestros propios datos.

OBJETIVOS: Analizar la rentabilidad de las biopsias sucesivas.

Describir las características de las neoplasias diagnosticadas en biopsias sucesivas.

Material y Métodos: Se analizan 1008 biopsias ampliadas (de 12 a 16 cilindros) realizadas en nuestro centro desde enero de 2007 a diciembre de 2010. El estudio estadístico se realiza con SPSS v20.

RESULTADOS: De la serie, 690 casos son primeras biopsias, 199 segundas, 79 terceras, 28 cuartas y 12 quintas o sextas biopsias.

Los niveles de PSA se van incrementando con el número de biopsias; así mientras en primeras biopsias la mediana de PSA es de 8'01ng/ml, en la tercera biopsia es de 10'35ng/ml y de 13'8ng/ml a partir de la quinta biopsia.

El porcentaje de cáncer en la primera biopsia es del 51'2%. Ninguna quinta o sucesiva biopsia fue positiva. El porcentaje de neoplasia para la segunda biopsia fue del 29'1%, de la tercera el 24'1% y de la cuarta 21'4%.

El 14'3% de las neoplasias en la primera biopsia fueron Gleason ≥ 8 , frente a un 3'5% de la segunda biopsia y un 0% a partir de la tercera.

Sólo un 39'8% de los tumores en las primeras biopsias presentaban una carga tumoral

C-1.4 CARACTERÍSTICAS EN LA BIOPSIA PROSTÁTICA DE LAS NEOPLASIAS PROSTÁTICAS GLEASON ≥ 8

Rosino Sánchez, A.; Rivero Guerra, A.; Cano García, M.C.; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaina, L.; Carrillo George, C.; Pietricica, B.; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología. Hospital Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Todo protocolo de cribaje y biopsias prostáticas tiene como uno de sus principales objetivos el diagnosticar de forma precoz las neoplasias más agresivas, por lo que creemos conveniente analizar nuestros datos al respecto.

OBJETIVO: Analizar las características de las biopsias con neoplasias Gleason ≥ 8 realizadas con nuestro protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan los datos de 1009 biopsias realizadas entre Enero de 2007 y Diciembre de 2010. De éstas se hallan 53 biopsias con Gleason ≥ 8 . El estudio estadístico se realiza con SPSS v20.

RESULTADOS: La edad media es de 69'17 años (IC 95% 67'06-71'28). El 60'4% de los pacientes presentaban un tacto rectal patológico.

El PSA era 20 ng/ml en el 35'9% de los pacientes.

El 40% de los pacientes presentaban un PSA L/T 25% de carga tumoral: 60'42%.

CONCLUSIONES: El PSA total es un mal discriminador de neoplasia Gleason ≥ 8 , siendo más útil la presencia de un tacto rectal patológico y un PSA L/T $< 16\%$. Aunque más de la mitad de los pacientes presentan datos de mal pronóstico al diagnóstico, cerca de un 20% de estos tumores se diagnostican en fases iniciales.

C-1.5 VIGILANCIA ACTIVA EN EL HOSPITAL VIRGEN DE LA ARRIXACA

Gutiérrez Gutiérrez, P. F.; López González, P.A.; López Cubillana, P.; Martínez Peralta, H.L.; Olarte Barragán, E.H.; Pinzón Navarete, C.P.; Martínez Gómez, G.; Prieto González, A.; Moreno Alarcón, C.; Escudero Bregante, J.F.; García Hernández, J.; Nicolás Torralba, J.; Tornero Ruiz, J.; Rigabert Montiel, M.; Sever Pastor, G.; Gómez Gómez, G. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN: Entre un 9%-36% de los cánceres de próstata (CaP) diagnosticados serán tumores localizados, bien diferenciados y de bajo riesgo de progresión.

La vigilancia activa (VA) surge para evitar el sobretratamiento en CaP de bajo riesgo, consiste en un seguimiento estricto y derivación para tratamiento definitivo cuando se identifica progresión de la enfermedad.

OBJETIVO: Describir la serie de pacientes de nuestro hospital incluidos en el protocolo de Vigilancia Activa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis descriptivo, retrospectivo de una serie de 27 pacientes con CaP de bajo riesgo en VA. Criterios de Inclusión: Gleason ≤ 6 – PSA ≤ 10 – densidad PSA 50% en un cilindro.

RESULTADOS: La media de edad fue 66 años. Todos los pacientes tenían tacto Rectal cT1. La media de PSA fue 6.7, de PSA l/t de 0,18 y volumen de 45cc. Con relación al porcentaje de afectación éste era no evaluable en el 65% de los casos y en el resto menor del 30%. El Gleason total fue 6 en 65% de los casos.

Biopsia de confirmación (6 meses): 6 casos tuvieron biopsia negativa y 6 pacientes presentaron progresión a Gleason (3+4), y, de estos, 4 con afectación ≥ 2 cilindros. 5 pacientes sometidos a PR y uno a RT.

CONCLUSIONES: La VA es una alternativa para el manejo de los pacientes con CaP de bajo riesgo. Se requiere un seguimiento más prolongado de nuestra serie para conseguir datos sólidos.

C-1.6 PROSTATECTOMÍA RADICAL.EVALUACIÓN DE FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA PRESENCIA DE MARGENES QUIRÚRGICOS POSITIVOS

Doñate Iñiguez G, Maluff Torres A, Honrubia Vilchez B, Guzman Martinez-Valls PL. Servicio de Urología.Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier) Murcia.

OBJETIVOS: Evaluar los datos epidemiológicos, clínicos y patológicos de los pacientes sometidos a cirugía de cáncer de próstata y analizar los posibles factores que influyen en la presencia de márgenes positivos en la pieza quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a prostatectomía radical en nuestro medio entre Mayo de 2011 y Diciembre de 2013.Realizamos análisis descriptivo de los datos y evaluamos parámetros como PSA, volumetría prostática, Gleason de la biopsia , localización y volumen tumoral además de aspectos técnicos como el abordaje quirúrgico y la preservación de bandeletas neurovasculares. Llevamos a cabo comparación de dichas variables con la presencia de márgenes positivos mediante las pruebas estadísticas correspondientes (T-Student, U de Mann whitney y Chi cuadrado).

RESULTADOS: Hemos realizado 60 prostatectomías radicales, destacando que el 86,6% (52 pacientes) de las mismas han sido laparoscópicas, con un 50% de preservación de bandeletas neurovasculares y un 21,66% de márgenes quirúrgicos positivos. La proporción de márgenes positivos ha sido similar en el grupo de pacientes con Gleason de 2-6 y PSA 20, y con o sin preservación de bandeletas. Hay un mayor porcentaje de márgenes positivos en pacientes en estadios localmente avanzados de la enfermedad como cabía esperar.

CONCLUSIÓN: Nuestra proporción de márgenes quirúrgicos positivos es similar a las grandes series publicadas. Precisaríamos un mayor número de paciente para realizar conclusiones significativas pero la tendencia en nuestra serie es que no tenemos un mayor porcentaje de márgenes positivos en pacientes de alto riesgo, ni tampoco en pacientes con preservación de bandeletas neurovasculares.

C-1.7 ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA TRATADOS CON RADIOTERAPIA RADICAL VS PROSTATECTOMÍA RADICAL.

García Escudero, D., Sánchez Rodríguez, C., Vellilla Asurmendi, P., Samper Mateo P., G. Ruiz Merino, J. Morga Egea, Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., P. Valdelvira Nadal, Jiménez López, J., Rico Galiano, J., Fontana Compiano, L. Servicio Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. *Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.*

OBJETIVOS: evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata de riesgo alto (PAR) e intermedio (PRI) tratados con radioterapia radical (RTR) y cirugía radical (CR).

MATERIAL Y MÉTODOS:

Grupos	CR	AR	RI	BR	RTR	AR	RI	BR	Pérdidas	Total
N	167	36	30	101	117	30	31	56	157	284
Incluidos	43	14	13		37	12	15		26	106

GRUPOS	PSA	GLEAON	SEGUIMIENTO
Alto riesgo	≥ 20	≥ 8	≥ 18 meses
Riesgo intermedio	> 10 y ≤ 20	7	≥ 18 meses

RESULTADOS: Se agruparon los pacientes en dos grupos:

- Buena calidad: definido como ≥ de 3 puntos en cada ítem (y la suma correspondiente por cada apartado).
- Mala calidad: definido como < 3 puntos en cada ítem (y la suma correspondiente por cada apartado)

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra utilizando el programa SPSS y utilizando la prueba estadística Chi cuadrado.

GRUPOS	MEDIA DE EDAD	PSA PRETRATAMIENTO	TIEMPO DE SEGUIMIENTO	PORCENTAJE
CR	67.56 años	11.48	> 18 meses	54.85 %

CR: cirugía radical
AR: alto riesgo
RTR: radioterapia radical
RI: riesgo intermedio
BR: bajo riesgo

ALTO RIESGO		FACTOR PSICOLÓGICO		PERSPECTIVA DE FUTURO		VIDA SEXUAL		FACTOR SOCIAL		PROFESIONALES SANITARIOS	
	% bien	% mal	% bien	% mal	% bien	% mal	% bien	% mal	% bien	% mal	
CR	92,9%	7,1%	100%	0%	14,3%	85,7%	92,9%	7,1%	28,6%	71,4%	
RTR	75,0%	25,0%	91,7%	8,3%	16,7%	83,3%	75,0%	30,0%	30,8%	69,2%	
Valor de "p"	<i>0,208</i>		<i>0,271</i>		<i>0,867</i>		<i>0,208</i>		<i>0,793</i>		

RIESGO INTERMEDIO		FACTOR PSICOLÓGICO		PERSPECTIVA DE FUTURO		VIDA SEXUAL		FACTOR SOCIAL		PROFESIONALES SANITARIOS	
	% bien	% mal	% bien	% mal	% bien	% mal	% bien	% mal	% bien	% mal	
CR	84,6%	15,4%	92,3%	7,7%	92,3%	7,7%	76,9%	23,1%	38,5%	61,5%	
RTR	86,7%	13,3%	86,7%	13,3%	46,7%	53,3%	80,0%	20,0%	80,0%	20,0%	
Valor de "p"	<i>0,877</i>		<i>0,630</i>		0,023		<i>0,843</i>		0,025		

*Nota: los valores en negrita son valores significativos. Los valores en cursiva tienen tendencia a la significación.

CONCLUSIONES:

- Tendencia a mejor calidad de vida en pacientes de alto riesgo tratados con cirugía
- Mejoría estadísticamente significativa en la función sexual y el grupo de profesionales sanitarios.

C-1.8 ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA ENTRE CITOLOGÍA DE MICCIÓN ESPONTÁNEA Y DE BARBOTAGE: COMPARACIÓN CON EL RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO DE LA PIEZA QUIRÚRGICA.

Samper Mateo P, Sánchez Rodríguez C, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Mendiola Olivares JMorga Egea JP, Oñate Celdrán J, Torres Roca M Fontana Campiano L.O.*

*Hospital Reina Sofía. Murcia. *Departamento de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.*

OBJETIVOS: Comparar el índice de concordancia entre la citología de micción espontánea y de barbotage y éstas a su vez con el resultado anatomopatológico final de la pieza quirúrgica. Medir la precisión de estas pruebas diagnósticas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una revisión retrospectiva sobre 338 pacientes diagnosticados de tumor vesical no músculo invasivo entre Enero de 2007 y Marzo de 2013. De ellos se incluyeron a estudio 24 pacientes que presentaban los 2 tipos de citología y posterior RTU en un intervalo de tiempo de 3 meses (+/- 1,8).

Se utilizó un análisis de concordancia mediante índice Kappa para comparar ambas citologías y éstas con la anatomía patológica de la pieza.

Se calculó la sensibilidad y especificidad de ambas citologías diferenciando tumores de alto y bajo grado.

Se utilizó el programa IBM SPSS statistics en su versión 20 para Windows para el análisis estadístico.

Carencias: tamaño muestral pequeño, revisión retrospectiva, ausencia de citólogo, discordancia en la aplicación de clasificaciones citológicas (OMS 1998/2004)

RESULTADOS: a mediana de edad de los pacientes incluidos a estudio fue de 72,5 años.

Índice Kappa (0,21-0,40 débil; <0,20 pobre) Citología micción espontánea/ Barbotage 0,392 Citología micción espontánea/ Biopsia 0,165 Citología barbotage/ Biopsia 0,25 Tumores de bajo grado Citología de micción espontánea Citología de barbotage Sensibilidad 11% 33% Especificidad 66% 0% VPP 50% 100% VPN 20% 0%

Tumores de alto grado Citología de micción espontánea Citología de barbotage Sensibilidad 70% 80% Especificidad 66% 33% VPP 60% 80% VPN 40% 33%

CONCLUSIONES: En nuestra serie de pacientes ninguno de los dos tipos de citología ha demostrado tener un mayor impacto en el diagnóstico y seguimiento de los tumores vesicales. Sería adecuado plantear un estudio prospectivo, con mayor tamaño muestral para seleccionar el tipo de citología más adecuada y reducir costes evitando la duplicación de pruebas.

C-1.9 TRATAMIENTO AMBULATORIO MEDIANTE FULGURACIÓN CON LÁSER DE HOLMIUM EN PACIENTES CON CÁNCER VESICAL SUPERFICIAL RECIDIVANTE DE BAJO RIESGO

M^a Carmen Cano García, Tomás Fernández Aparicio, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Carlos Carrillo George, Ángela Rivero Guerra, Bogdan Pietricicà, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Rosino Sánchez, Antonio Romero Hoyuela, Gregorio Hita Villaplana, Bernardino Miñana López.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN: El tratamiento y control del TCCNMI está sufriendo cambios en los últimos años, debido a la aplicación de nuevas fuentes de energía y la mayor experiencia del urólogo en vigilancia activa y terapias mínimamente invasivas. El objetivo de este trabajo es analizar nuestros resultados en el tratamiento del TCCNMI recidivante de bajo riesgo mediante fulguración con láser Holmio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de una serie consecutiva de 37 pacientes tratados desde enero de 2012 a diciembre de 2013. Los criterios de inclusión fueron: TCCNMI inicial de bajo riesgo (TaG1G2), con recidiva <10 mm papilar en número \leq 5 y citologías negativas.

El procedimiento se estandarizó para tratamiento ambulatorio bajo anestesia local y profilaxis antibiótica, empleando cistoscopio flexible y fibra láser holmium 365 micras, aplicando una energía 0.5-0.8J a 5Hz. Se analiza edad, sexo, EVA del dolor, número y tamaño de lesiones, complicaciones, recidiva y progresión tumoral a los 3,6 y 12 meses.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron:

- Edad media 69.2 ± 10.3 años (83.8% hombres y 16.2% mujeres).
- Rango de lesiones tratadas entre 1 y 4, con tamaño medio de 5.5 ± 2.8 mm.
- Tiempo medio de procedimiento 12 minutos.
- 36 pacientes (92.3%) presentaron puntuación EVA \leq 3.

- Tan solo hubo una complicación (hematuria) tras la fulguración, no presentando casos de ITU secundaria.
- Con una mediana de seguimiento de 9 meses la tasa de recidivas fue del 29'7%, realizando 6 RTU posteriores, con un caso único de progresión a riesgo intermedio.
- El número estimado de estancias hospitalarias evitadas fue de 87.

CONCLUSIÓN: La fulguración vesical con láser bajo anestesia local y régimen ambulatorio en la recidiva del TCC-NMI de bajo riesgo es una técnica segura, eficaz y bien tolerada, que reduce la morbilidad y los costes frente a la RTU tradicional.

C-1.10 INSTAURACIÓN DE PROTOCOLO DE PRESERVACIÓN VESICAL Y RESULTADOS PRELIMINARES

Martínez Peralta, H.L.; Moreno Alarcón, C.; López Cubillana, P.; López González, P.A.; Martínez Ros, S.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Olarte Barragán, E.H.; Pinzón Navarrete, C.P.; Martínez Gomez G.; Prieto González, A.; Escudero Bregante, J.F.; García Hernández, J.A.; Tornero Ruiz, J.I.; Rigagert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Gómez Gómez, G. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS: La cistectomía radical es considerada el tratamiento estándar en el carcinoma vesical músculo invasivo localizado. Presentamos el seguimiento protocolario ofrecido a pacientes seleccionados para preservación vesical con RTU+QT ± RT como tratamiento alternativo.

MATERIALES Y METODOS: Analizamos prospectivamente a 5 pacientes diagnosticados de carcinoma vesical músculo invasivo hasta la fecha, con una media de edad de 59.8 años (52-72). Todos excepto uno son candidatos según nuestros criterios de selección : tumor <5cm, NO CIS, estadio T2, RTU completa en profundidad, No HNF, No afectación ganglionar regional. Todos tratados con RTU + QMT ± RDT (3 tratados con RTU+QMT+RDT y 2 con RTU+QMT).

RESULTADOS: Un seguimiento abierto con una media de 11.4 meses (2-36). (Cuatro pacientes tienen Re-RTU+BMN negativas y 1 paciente la tiene pendiente). La tolerancia a la quimioterapia ha sido aceptable hasta el momento.

CONCLUSIONES: En pacientes seleccionados con cáncer vesical músculo-invasivo no debe ser desestimada la posibilidad de preservar la vejiga, aunque son imprescindibles un seguimiento estrecho y un consenso multidisciplinar.

C-1.11 PROTOCOLO DE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA VESICAL INFILTRANTE

Pinzón Navarrete CP, Server Pastor G, Ros S, Olarte Barragán EH, Gutiérrez Gutiérrez PF, Martínez Peralta HL, Martínez Martínez G, Monero Alarcón C, López González PA, Escudero Bregante JF, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Prieto González A, López Cubillana P, Nicolás Torralba JA, Garcia Hernandez JA, Gómez Gómez, GA. Servicio de Urología. Hospital universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Existen nuevos datos en el tratamiento del cáncer de vejiga músculo invasivo que han llevado a demostrar que la quimioterapia neoadyuvante junto a la cistectomía radical es recomendable en ciertas circunstancias y en algunos casos para lograr la preservación de la vejiga.

OBJETIVO: Dar a conocer el protocolo de Neoadyuvancia como parte de una decisión multidisciplinar en pacientes con tumor vesical infiltrante músculo invasivo.

MÉTODO: En el contexto del comité uro oncológico en el último año se ha instaurado un protocolo de actuación para pacientes con CVIMM no metastásico, ni con diseminación ganglionar objetivable por técnicas de imagen. Siendo presentados 38 pacientes con diagnóstico de tumor vesical en el comité de tumores urológicos donde se optó que 8 de ellos, recibieran tratamiento neoadyuvante con quimioterapia. Posteriormente se evalúa su progresión o respuesta para decisión terapéutica.

RESULTADOS: El 75% de los pacientes fueron subsidiarios de preservación vesical aunque 2 de ellos no cumplían en totalidad los criterios de inclusión de dicho protocolo, por irsecabilidad o presencia de CIS.

El 32% de los casos recibieron radioterapia complementaria frente al 25% en el que se realizó cistectomía posterior sin encontrar aumento de complicaciones de dicha intervención.

En la verificación de anatomía patológica ninguno presentó subestadificación respecto a la inicial, ni progresión en el momento.

CONCLUSIÓN: El tratamiento de cáncer de vejiga invasivo localizado sigue siendo la cistectomía radical dentro de los límites estándar incluyendo linfadenectomía, Sin embargo la adición de la neoadyuvancia debe ser considerada para ciertos grupos.

C-1.12 CÁNCER DE PENE EN EL AREA DE SALUD VIII DE LA REGION DE MURCIA. UNA SORPRENDENTE PREVALENCIA

P. L. Guzmán Martínez-Valls, B. Honrubia Vilchez, G. Doñate Iñiguez, A. Maluff Torres.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA

INTRODUCCION Y OBJETIVOS: El cáncer de pene es relativamente raro con incidencia menor del 1% en nuestro medio. Habitualmente se origina en el epitelio de la porción interna del prepucio y glande. La fimosis, una higiene deficiente y el tabaquismo son los principales factores de riesgo. Se ha tipificado el virus del papiloma humano (VPH) como responsables de la transmisión sexual de verrugas genitales, condilomas acuminados y carcinomas epidermoide. Nuestro objetivo es analizar la serie de cáncer de pene de nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos los datos de los pacientes diagnosticados y tratados de cáncer de pene desde la apertura de nuestro Centro en Abril de 2011 hasta Diciembre de 2013. El Área (VIII) de influencia de nuestro Hospital es de 102000 habitantes. Se obtienen los datos de la historia electrónica (Selene®) y se analizan diversas variables: edad, forma de presentación, antecedente de circuncisión, exposición tabáquica, estadio del tumor, grado histológico, tratamiento, evolución. No hacemos análisis de supervivencia por tener un seguimiento en muchos casos -1 año.

RESULTADOS: Se han diagnosticado 8 pacientes con cáncer de pene. La edad media de la serie es de 68,3 (46-86) y un seguimiento medio de 9 meses (1-23). Sólo uno de nuestros pacientes ha fallecido por su enfermedad a los 14 meses del diagnóstico y era un pT2 bien diferenciado que desarrolló Priapismo por infiltración metastásica y adenopatías que no estaban al diagnóstico. Del total de los pacientes solo uno estaba circuncidado (12,6%) y corresponde al varón más joven, 46 años, y el más reciente, solo 1 mes de seguimiento (pT1). La forma de presentación fue exofítica en 6 casos (75 %) y ulcerado en los otros dos (25%). Sólo 1 paciente (12,6%) fumaba. Todos los tumores fueron carcinoma epidermoide. El grado histológico se distribuye como 6(75%) bien diferenciado, 1(12,5%) moderado y 1 (12,5%) poco diferenciado. Por estadios 1 (12,5%) Ca in situ, 6 (75%) pT1 y 1(12,5%) pT2. Ningún paciente presento al diagnóstico adenopatías y solo el fallecido las desarrolló en el seguimiento.

Todos los pacientes fueron sometidos a Penectomía Parcial con reconstrucción (87,4%), excepto uno que se realizó Extirpación de la lesión (12,6%).

CONCLUSIONES: Sorprendentemente en nuestro medio a igual que otras neoplasias y enfermedades hematológicas es muy prevalente, se multiplica por cuatro, sin conocer cual pudiera ser la causa, ya que a pesar de la multiracialidad de la zona, solo uno era Sudamericano, el resto Occidental, un español y un Alemán. Quizá sería muy interesante la realización de un profundo estudio epidemiológico. Al no poder realizar por bajo tiempo de seguimiento grupos de riesgo no podemos establecer conclusiones en relación con el grado tumoral o el estadio.

C-2.1 NEFRECTOMIA PARCIAL ELECTIVA EN MASAS RENALES PEQUEÑAS. RESULTADO HISTOLOGICO Y QUIRURGICO EN LOS PRIMEROS 13 CASOS

A. Maluff Torres, G. Doñate Iñiguez, B. Honrubia Vilchez, P. L. Guzmán Martínez-Valls.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La vigilancia activa y la nefrectomía parcial son las posibilidades terapéuticas que ofrecemos con mayor frecuencia ante el hallazgo de una masa renal menor de 4 cm.

Presentamos un análisis de la histología de todas las masas renales tratadas quirúrgicamente y del resultado en cuanto a tiempo de isquemia caliente, complicaciones y función renal postquirúrgica. **MATERIAL Y METODOS** Estudio retrospectivo descriptivo de todas las nefrectomías realizadas por tumor renal desde la apertura de nuestro Centro en Abril de 2011 hasta enero de 2014.

RESULTADOS: Se recogen los datos de 39 nefrectomías: 13 cirugías radicales y 13 parciales por tumor renal, 9 nefroureterectomías por tumor urotelial y 4 cirugías por patología benigna.

El abordaje ha sido laparoscópico en 11 de las 13 nefrectomías radicales y en 11 de las 13 parciales.

Las lesiones benignas representan solo el 15,3% de las masas tratadas con cirugía radical y el 14,2% en la parcial.

En cirugías parciales laparoscópicas, los tiempos medios de isquemia fueron de 17 minutos en masas R.E.N.A.L de baja complejidad, 27 minutos en masas de moderada complejidad y 31 minutos en las de alta complejidad. la tasa de complicaciones según la Clasificación de Clavien – Dindo ha sido de 15,3% tipo II, 7,6% tipo IIIb y 7,6% tipo IVa.

Con una mediana de seguimiento 6 meses, 12 de los 13 casos de nefrectomía parcial mantiene función renal normal, los estudios de imagen descartan recidiva y hemos tenido un caso de éxitus a las 6 semanas de la cirugía por comorbilidad cardiaca.

CONCLUSIONES:

1. La proporción de tumor benigno en masas menores de 4 cm en nuestra serie es sensiblemente más baja que la descrita en la literatura.
2. Una selección mas restrictiva de los pacientes con comorbilidades podría reducir nuestra tasa de complicaciones.

C-2.2 NEFRECTOMÍA PARCIAL ABIERTA Y LAPAROSCÓPICA. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Carrillo, G. Hita, MC. Cano, G. Hidalgo, L. Reina, A. Rivero, B. Pietricica, E. Izquierdo, A. Rosino, A. Romero, T. Fernández, B. Miñana.

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La guía de la EAU en su edición 2013 recomienda la cirugía abierta conservadora de nefronas como la opción estándar en el tratamiento quirúrgico de pacientes con tumor renal (T1), optando por la vía laparoscópica en centros con experiencia. Incluso en determinados pacientes con tumores ≤ 7 cm puede contemplarse esta opción de cirugía conservadora. No obstante, la elección del tratamiento en el cáncer renal localizado (T1-2) debe hacerse de forma individualizada, intentando preservar la mayor función renal sin alterar los resultados oncológicos encontrándose entre las técnicas disponibles la nefrectomía parcial. Describiremos la experiencia en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analiza, de manera observacional y retrospectiva, 29 nefrectomías parciales realizadas en nuestro hospital desde abril de 2004 a diciembre de 2013 para lesiones T1a y T1b. El abordaje utilizado fue 17 mediante cirugías laparoscópicas y 12 cirugías abiertas.

RESULTADOS: El hallazgo de lesiones fue incidental en el 62% de los pacientes. El 58% de las lesiones asentaban sobre el polo superior del riñón siendo la entidad más frecuente la variedad de tumores de células claras. Sólo se encontraron dos pacientes con afectación de márgenes quirúrgicos. El porcentaje de complicaciones relacionadas con la cirugía fue del 20,7% siendo más frecuentes en las cirugías abiertas aunque más graves en las laparoscópicas. Se evidenció mayor sangrado postoperatorio en aquellos pacientes en los que se realizó el cierre renal con puntos sueltos o sutura continua comparada con aquellos en los que se hizo combinación de puntos sueltos más sutura continua habiéndose hecho uso en todos los casos material hemostático.

Durante el seguimiento no se ha encontrado ningún caso de recidiva local ni a distancia. Además, la función renal de los pacientes ha permanecido en rango normal existiendo mínimas variaciones respecto a los niveles previos a la intervención

C-2.3 NEFRECTOMIA CON TROMBO EN CAVA

Edgar H. Olarte, Pedro Lopez Gonzalez, Pedro Cubillana, Jesus Tornero, Gerardo Server, Jose Antonio Garcia Hernandez, Mariano Rigabert, Felix Escudero, Antonio Prieto, Jose Antonio Nicolas, Cristobal Moreno, Cindy Pinzon, Felipe Gutierrez, Harold Martinez, Gloria Martinez, Guillermo Gomez Gomez.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: Los tumores renales suponen entre 2% y 3% de todas las enfermedades malignas diagnosticadas. Entre 4% y 15% de estos tumores tienen trombo tumoral asociado en la vena renal o en la vena cava inferior (VCI). La presencia de trombo tumoral está asociada a peor comportamiento biológico pero no necesariamente a peor pronóstico. La cirugía radical es el único tratamiento curativo.

MATERIALES Y MÉTODOS: En el periodo comprendido entre Enero de 2005 y Diciembre de 2013 se realizaron en nuestro centro 10 intervenciones de nefrectomía con trombo en cava de las cuales 8 estaban a nivel de vena cava infradiafragmática y 2 a nivel supradiafragmática, con diagnóstico AP :9 pacientes con carcinoma de células claras y 1 paciente con carcinoma papilar renal. Se obtuvo información a través de historia clínica (soporte en papel e informatizado) y entrevista telefonica. Mediante un estudio retrospectivo descriptivo , analizamos estudio de supervivencia según curvas de Kaplan –Meier y descripción de diferentes factores pronósticos

Resultados Se realizo intervención quirúrgica por vía abierta en el 100% de los casos, 80% varones y 20% mujeres, 50% Lado derecho ,50% lado izquierdo , 40% grado nuclear de Fhurman II, 20% grado III y 40% grado IV, con una media de seguimiento de 48 meses y una edad media de 59 años. El 60% de los casos eran fumadores y la presentación mas frecuente fue la hematuria en el 50% de los casos. Se obtuvo una supervivencia Global a los 5 años de 66.7% y una mortalidad cáncer especifica de 66.7%. De igual forma una SCE sin metástasis del 71% y con metástasis del 50%

Conclusiones: La Nefrectomía radical con trombectomia ofrece la mejor oportunidad curativa y de supervivencia a largo plazo cuando no se ha demostrado la existencia de metástasis.

C-2.4 ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL TUMOR TESTICULAR, COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON LAS SERIES HISTÓRICAS

Martínez Peralta, H.L.; Moreno Alarcón, C.; López Cubillana, P.; López González, P.A.; Gutiérrez Gutiérrez, P. F.; Olarte Barrgán, E.H.; Pinzón Navarrete, C.P.; Martínez Gómez, G.; Prieto González, A.; Escudero Bregante, J.F.; García Hernández, J.; Nicolás Torralba, J.; Tornero Ruiz, J.; Rigabert Montiel, M.; Sever Pastor, G.; Gómez Gómez, G. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN: El cáncer testicular constituye de 1% a 1.5% de las neoplasias en el hombre corresponde al 5% de los tumores urológicos. El 90% a 95% son tumores germinales y de éstos corresponden a seminoma del 30% al 60%, carcinoma embrionario puro del 3% al 4%, teratoma del 5% al 10%, coriocarcinoma puro 1% y en 60% de los casos encontramos tumores de células germinales mixtos.

OBJETIVO: Analizar y describir las características de los resultados anatómo-patológicos de los pacientes operados por tumor testicular

MATERIAL Y METODO: Presentamos una revisión retrospectiva de los resultados anatomopatológicos de 85 pacientes sometidos a orquiectomía radical, mayores de 14 años por sospecha de tumor testicular clínica o en pruebas de imagen entre marzo 1998-febrero 2011.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos son: seminoma 30 pacientes (35.2%), No-Seminomatoso: 33 (38.8%) benigno: 10 (11.8%) raros: 12 (14.1%) denotando en nuestra revisión que el mayor número los tumores germinales lo constituyen los no-seminomatosos además, resaltar que entre los raros el subtipo más prevalente en nuestra serie corresponde al tumor de células de Leydig.

CONCLUSIÓN: La variabilidad en la frecuencia comunicada de los tipos histológicos refleja diferencias reales en la incidencia de los tumores. Además, tomar como referencias series antiguas puede variar aun más, ya que los avances en el diagnóstico de imagen e histopatológicos pueden interferir en las frecuencias reportadas.

C-2.5 RESULTADOS DE NUESTRA EXPERIENCIA INICIAL EN EL TRATAMIENTO DE LA LITIASIS RENAL MEDIANTE CIRUGÍA INTRARENAL RETRÓGRADA

M^a Carmen Cano García, Tomás Fernández Aparicio, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Carlos Carrillo George, Ángela Rivero Guerra, Bogdan Pietricà, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Rosino Sánchez, Antonio Romero Hoyuela, Gregorio Hita Villaplana, Bernardino Miñana López
Servicio de Urología. Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN: La cirugía intrarenal retrógrada (RIRS) se contempla como la primera opción de tratamiento de litiasis renal <20 mm junto con la ESWL. Es un tratamiento eficaz y con escasas complicaciones, que progresivamente se está aplicando para tratar masas litiásicas de un mayor tamaño aunque con menor tasa de éxito.

El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados obtenidos en nuestra serie inicial de pacientes sometidos a RIRS.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis de serie de casos desde diciembre 2012 hasta enero 2014 analizando los pacientes sometidos a RIRS por litiasis renal. En el estudio descriptivo con el programa SPSS 17.0 analizamos: sexo, edad, tamaño global y número de litiasis, lateralidad, localización, % libre litiasis, tiempo quirúrgico, complicaciones y días de estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Se han realizado 29 procedimientos en 23 pacientes. De ellos, 62.1% hombres y 37.9% mujeres, con edad media 52.1 ±11.2 años. En 6 casos el procedimiento fue doble, pero en tiempos quirúrgicos separados. El tamaño medio global litiásico fue 26.1 ± 11.7 mm, (64.3% izquierdo y 35.7% derecho). En el 11.1% la litiasis fue única, 2 litiasis en el 44.4%, 3 o más en el 40.7% y coraliforme parcial en el 3.7% de casos. Localización única en el 14.3% de casos y múltiple en 85.7% (más frecuente el cáliz inferior). En 2 casos no fue posible realizar el procedimiento. El tiempo quirúrgico osciló entre 65-150 minutos. El % libre de litiasis a los tres meses fue del 52.6%. La estancia hospitalaria media fue 2'26 días. Hubo un 8'6% de complicaciones (grado II de Clavien) resueltas de forma conservadora.

CONCLUSIÓN: Los resultados de nuestra serie inicial indican que la RIRS es una técnica reproducible, segura y con elevada tasa de éxitos. Sin duda la experiencia acumulada permitirá mejorar los resultados tras la curva de aprendizaje.

C-2.6 CIRUGÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGRADA INTRARRENAL (RIRS). ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE

*Sala Lafuente L., Cao Avellaneda E., Rodríguez Tardido A., Jiménez Penick F.; Montoya Chinchilla R., García Espona C., Hita Rosino E., Cachai M.; Montes Díaz M.; Soler Fernández J., Moreno Avilés, J.
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena*

INTRODUCCIÓN: La Cirugía Retrógrada Intrarrenal (RIRS) es una opción establecida en el tratamiento de la litiasis renal. Presentamos nuestra experiencia inicial y analizamos los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Tras una tutoría a cargo de un experto internacional (GG) comenzamos con RIRS. Utilizamos vaina de acceso ureteral 12-14 Fr, ureterorenoscopia flexible 6-8.8 Fr con doble canal de trabajo, láser Holmium 100 W (fibras de 200 micras), y cestilla de nitinol (1,7 Fr)

Realizamos un análisis retrospectivo y descriptivo sobre nuestra casuística.

RESULTADOS: Desde Marzo de 2012 hasta Diciembre de 2013 realizamos RIRS a 36 pacientes (14 mujeres y 22 hombres), con una edad media de 55 años (27-76) en su mayoría ASA II (61,1%). El IMC medio fue de 29.3 (19-43), y 13 (36,1%) tenían un índice ≥ 30 .

El tamaño medio de los cálculos fue de 1.47 cm (0.5-3 cm), y dos de ellos (5.5%) eran coraliformes completos que abordamos combinado con NLP.

La tasa de pacientes libres de litiasis fue de 50 %, con una mediana de seguimiento de 164 días (14-635), mientras que en los últimos 15 casos, esta tasa aumentó al 73.3%.

No hubo complicaciones intraoperatorias relevantes, siendo la más frecuente el ascenso incompleto de la vaina en 8 pacientes (22.2%). El tiempo medio operatorio fue de 107 min (30-270).

Hubo complicaciones postoperatorias en 12 pacientes (33.3%) y sólo un caso (2.7%) Clavien IVb por sepsis de manejo en cuidados intensivos.

La mediana de hospitalización postoperatoria fue de 2 días (1-13).

Cuatro pacientes (22.2%) requirieron un segundo procedimiento: RIRS en 3 de ellos (8.3%), y LEOC en uno (2.7%).

Observamos una estenosis ureteral como complicación tardía (2.78%)

CONCLUSIÓN: Nuestra experiencia inicial en RIRS demuestra resultados aceptables, aún en casos complejos. Hemos incorporado esta técnica como una gran alternativa en el tratamiento endourológico de la litiasis renal.

C-2.7 LITIASIS PURINICAS INFRECIENTES: XANTINURIA HEREDITARIAS y DÉFICIT DE ADENINA FOSFORIBOSILTRANSFERASA

*Cao Avellaneda E, Sala Lafuente L, Rodríguez Tardido A, Montoya Chinchilla R, Castañeda San Cirilo M(2), Hernando Holgado A (2), García Espona C, Moreno Avilés J.
Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.*

Las purinas y pirimidinas son moléculas clave en la construcción del ADN y ARN. El producto final en el metabolismo purínico es el ácido úrico. Se han descrito más de 25 defectos metabólicos en esta vía, con gran variedad sintomática, desde alteraciones neurológicas, anemia hasta artropatías. Dos de éstas tiene mayor interés en Urología por manifestarse clínicamente como enfermedades por cristaluria o litiasis del tracto urinario: el déficit de xantina oxidasa y de adenina fosforribosiltransferasa.

Presentamos dos casos clínicos tratados en nuestro hospital de estas raras alteraciones enzimáticas. El interés clínico radica en englobarse dentro del diagnóstico diferencial en la litiasis radiolúcida en paciente joven, infrecuente en la práctica diaria y mayoritariamente de origen úrico. El resto de características físico-químicas, analíticas y los diversos abordajes terapéuticos difieren entre estas tres entidades, siendo esta descripción diferencial el objeto de esta comunicación.

C-2.8 TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO POST PROSTATECTOMIA RADICAL MEDIANTE SLING DE REPOSICIONAMIENTO ADVANCE. PERCEPCIÓN DEL PACIENTE MEDIDO MEDIANTE EL TEST DE CALIDA DE VIDA ICIQ-SF

*A. Romero Hoyuela, G. Hidalgo Agulló, E. Izquierdo Morejón, M.C, Cano García, L. Reina Alcaína, C. Carrillo George, A. Rivero Guerra, A. Rosino Sánchez, B. Nicolae Pietricica, T. Fernández Aparicio, G. Hita Villaplana, B. Miñana López.
Hospital Universitario Morales Meseguer.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El creciente número de pacientes intervenidos de prostatectomía radical ha motivado, un incremento en la incontinencia urinaria secundaria al procedimiento. Uno de los aspectos más relevantes de esta secuela funcional es la afectación en la calidad de vida (CV), sin embargo el éxito en el tratamiento está centrado en la cuantificación de la fuga urinaria tras el tratamiento dando menor relevancia a los aspectos relacionados con la CV. Consideramos los cambios en la puntuación del test CV como muy relevantes a la hora de evaluar como éxito o fracaso el procedimiento. El tipo de incontinencia fue leve-moderada y el tratamiento se realizó a partir del año de la intervención prostática.

MÉTODO: Se evaluaron, mediante un estudio descriptivo (retrospectivo y prospectivo) 51 pacientes a los que se les implanto un sling suburetral Advance por incontinencia urinaria post- prostatectomía radical. Los procedimientos fueron realizados por un mismo cirujano. La valoración del índice de calidad de vida pre y post tratamiento se realizó mediante el test ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence-Short Form) en el preoperatorio, a los 3 y 12 meses de la intervención. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS, correlacionando el grado de continencia urinaria a los 3 y a los 12 meses tras tratamiento con la valoración del índice de CV mediante el test ICIQ-SF y el número de compresas utilizadas.

RESULTADOS: La mediana de edad fue de 67 años, con una mediana de seguimiento de 12 meses observamos que la mediana en el índice de calidad de vida (ICIQ-SF) de los pacientes antes de la intervención era de 17 puntos, mientras que 3 meses después de la cirugía disminuía a 3 puntos, ascendiendo a los 12 meses a 6 puntos en el test. Se objetiva en nuestro estudio que el 82,4% de los pacientes presentan continencia total a los 3 meses y 66,7% a los 12.

CONCLUSIONES: La incontinencia urinaria en el varón conlleva una disminución considerable en la calidad de vida. En nuestra experiencia el tratamiento de la incontinencia urinaria post-prostatectomía radical mediante sling de reposicionamiento uretral Advance® representa un método eficaz y seguro dentro de esta patología, siendo el test ICIQ un método fiable para evaluar los resultados percibidos por el paciente en cuanto a mejora en la calidad de vida.

C-2.9 EFICACIA DE LA INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA IDIOPÁTICA

Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Escudero Bregante, J.F.; López González, P.A.; López Cubillana, P.; Martínez Peralta, H.L.; Olarte Barragán, E.H.; Pinzón Navarrete, C.P.; Martínez Gómez, G.; Prieto González, A.; Moreno Alarcón, C.; García Hernández, J.A.; Nicolás Torralba, J.A.; Tornero Ruiz, J.I.; Rigabert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Gómez Gómez, G. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: La primera línea de tratamiento para pacientes con vejiga hiperactiva (VH) es el uso de anticolinérgicos. La toxina botulínica (BoNT), que impide la transmisión del impulso nervioso al músculo bloqueando la liberación de acetilcolina en la placa motora, ha sido aceptada como parte del tratamiento de la VH refractaria al tratamiento convencional.

OBJETIVO: Determinar la eficacia de la BoNT en pacientes con VH refractaria al tratamiento con anticolinérgicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo de 54 procedimientos de inyección de 200UI de BoNT, en el HUVA, entre 2010-2013. Análisis con SPSS, $p < 0.05$ se considera estadísticamente significativo.

Criterios de Inclusión: Síndrome de VH idiopática - Contracciones involuntarias ($P_{det} > 15 \text{ cm H}_2\text{O}$) en la cistomanometría - Fracaso del tratamiento oral - Consentimiento informado. Criterios de Exclusión: Embarazo - Lactancia - Hipersensibilidad a la toxina - Inyección de BoNT antes de 3 meses - Enfermedad de la placa motora - Interacción con medicamentos - I.T.U en el momento de la inyección - Obstrucción tracto urinario superior - Imposibilidad de cateterismo intermitente o temporal - Hipoactividad en el vaciado con residuo significativo - Hiperactividad por obstrucción del TUI o colapso severo.

Pacientes valorados con Estudio urodinámico pre - posttratamiento y cuestionario VH.

RESULTADOS: Edad media 56 años (R:24-80). La media de Q_{\max} pre y post tratamiento fue 21,5 y 19,7 ml/seg ($p = 0.191$) y de RPM 46 a 75 cc ($p = 0,56$). La mediana de presión de onda disminuyó de 55 a 28 cmH₂O y la Capacidad vesical aumentó de 110 a 168cc ambas con $p < 0,05$.

Los pacientes refirieron menos episodios de urgencia (10 a 3). Recidivaron clínicamente 52% con mediana de 6 meses (R:2-10), 32% recibieron retratamiento. Mediana de retratamiento 10 meses (R:6-18) meses.

CONCLUSIONES: La BoNT mejora los parámetros clínicos y urodinámicos del paciente con VH, con un efecto terapéutico de 6 meses.

C-2.10 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERACTIVIDAD DETRUSORIANA CON TOXINA BOTULÍNICA EN RÉGIMEN AMBULATORIO

Reina-Alcaina, L; Romero-Hoyuela, A; Cano-García, M; Hidalgo-Agulló, G; Carrillo-George, C; Guerra Rivero, A; Pietricica, B; Izquierdo-Morejón, E; Rosino-Sánchez, A; Hita-Villaplana, G; Fernández-Aparicio, T; Miñana-López, B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la vejiga hiperactiva (VH) con toxina botulínica es una opción cada vez más empleada para el control funcional de la hiperactividad detrusoriana (HD) en pacientes refractarios a tratamiento anticolinérgico. El tratamiento ambulatorio de este síndrome permite ofrecer una asistencia sanitaria con la misma calidad que la cirugía con ingreso.

OBJETIVO: Evaluar la efectividad del tratamiento empleado en régimen ambulatorio a los 6 y 12 meses tras su realización. Como objetivos secundarios describiremos el dolor percibido por el paciente durante el mismo y comorbilidades posteriores a la realización de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se han evaluado 18 pacientes con HD idiopática (que cumplieran criterios de inclusión) sometidas a tratamiento intravesical con toxina botulínica en régimen ambulatorio. Para ello se realizó un cuestionario ICIQ-SF por vía telefónica a los 6 y 12 meses postratamiento. También se les preguntó por la presencia de hematuria y síntomas del tracto urinario inferior tras el tratamiento. El dolor percibido se evaluó mediante una escala analógica minutos después finalizar la terapia. Se realizó una comparación entre medias de los resultados ICQ-SF pretratamiento y a los seis meses, y otra entre 6 y 12 meses mediante Test de Student para muestras relacionadas (previa comprobación de normalidad muestral). Se utilizó el programa estadístico Spss v20.

RESULTADO: La media de ICQ-SF previo a tratamiento, a los 6 y 12 meses fue de 17, 8 y 13 respectivamente. Se obtuvo diferencia significativa en la comparación de medias de los ICQ-SF pretratamiento y a los seis meses (IC 95%, p.

C-2.11 SLING SUBURETRAL LIBRE DE TENSION TOT. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA. LECIONES APRENDIDAS

M^a Carmen Cano García, Antonio Romero Hoyuela, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Carlos Carrillo George, Ángela Rivero Guerra, Bogdan Pietricica, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Rosino Sánchez, Tomás Fernández Aparicio, Gregorio Hita Villaplana, Bernardino Miñana López. Servicio de Urología. Hospital General Universitario José M^a Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN: La cirugía de incontinencia de esfuerzo femenina (IUE) ha evolucionado de forma importante con la aparición de mallas que permiten obtener unos óptimos resultados con una mínima morbilidad.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados tras la cirugía con sling suburetral libre de tensión TOT y la calidad de vida de las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de serie de 171 casos desde mayo 2007 a diciembre 2013, que incluye a mujeres con IUE intervenidas mediante colocación de TOT para su corrección. Se analiza edad, ICIQSF preoperatorio y 6 meses tras cirugía, antecedentes previos, cirugía previa del POP o IUE, grado de incontinencia, complicaciones y resultado de la cirugía.

RESULTADOS: Los resultados obtenidos fueron:

- Edad media 57.1 ± 11.7 años.
- El 64% de las pacientes no asocia POP. El 17.5 % presenta cirugía pélvica previa.
- El 24.4% presenta IUE leve, el 55.9% moderada y el 16.5% grave.
- RPM inmediato menor de 50cc en el 86%.
- La estancia media fue de 2.2 días.
- La complicación precoz más frecuente fue el RPM elevado (8.2%) y la tardía la urgencia de novo (14.1%), no presentándose complicaciones en el 74.1% de casos.
- Éxito y curación tras la cirugía en el 76.4% de las pacientes.
- Descenso significativo, a los 6 meses, en el número de pads tras la cirugía (2.8 pre-cirugía frente a 0.4; p=0.0001) y en la puntuación ICIQSF (14.8 puntos pre-cirugía versus 5.8 puntos; p=0.0001) - El número de gestaciones y partos vía vaginal se relacionan de forma independiente y positiva con el ICIQSF a los 6 meses postquirúrgico (R=0.290; p=0.004)

CONCLUSIÓN: La cirugía con implantación de sling TOT para la corrección de la IUE presenta buenos resultados en nuestra experiencia. Comentamos nuestro protocolo en el aprendizaje en la formación.

C-2.12 PAPEL DEL CONSULTOR MÉDICO DE GERIATRÍA PARA EL ABORDAJE GLOBAL DEL PACIENTE “UNFIT” TRATADO EN UN SERVICIO HOSPITALARIO DE UROLOGÍA

Juan Dionisio Avilés Hernández, Cristobal Moreno Alarcon, Edgar Humberto Olarte Barragan, Cindy Paola Pinzón Navarrete, Pablo Felipe Gutierrez Gutierrez, Harold Luis Martínez Peralta, Gloria Martínez Gomez, Guillermo Gómez. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

INTRODUCCIÓN: El paciente geriátrico en urología es un paciente de abordaje complejo por su gran comorbilidad y pérdida de autonomía.

Recientemente se ha acuñado precisamente en el ámbito de la Urología el término “Unfit”, para describir a este paciente “incapaz”, y que precisa un abordaje fuera de los consensos y estándares médicoquirúrgicos habituales, y una atención individualizada, reflexionada y en equipo.

PACIENTES Y MÉTODOS: Son datos referentes a los pacientes mayores de 74 años, atendidos en el servicio de Urología del HCUVA por el especialista consultor de geriatría desde Octubre 2012 hasta Octubre 2013. Se valoran sexo, edad y días de hospitalización, patología de ingreso, comorbilidad, autonomía previa, estado nutricional, polifarmacia, y complicaciones durante la hospitalización.

RESULTADOS: Se ha respondido a un total de 187 interconsultas y realizado el seguimiento de las mismas. El 58% de los pacientes son mujeres, la edad media es de 82.3 años.

La patología más frecuente es el tumor de vejiga, seguida de la patología prostática. El índice medio de comorbilidad de Charlson es de 5 puntos, más del 50% de los pacientes están desnutridos, una de las complicaciones más frecuentes es el síndrome confusional agudo. El alta se ve dificultada por la hematuria, complicaciones infecciosas y digestivas, y complejidad de cuidados médicos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El especialista en Geriatría se conforma como un profesional competente en la toma de decisiones en este paciente complejo (Unfit), que precisa la detección precoz del delirium subsindrómico, detección y medidas de seguridad en la disfagia orofaríngea funcional y la mejora del estado nutricional, ayuda al equipo en la toma de decisiones para el manejo de anticoagulación, coordinación de los distintos niveles asistenciales y consejo desde el punto de vista de la bioética, así como gestión de alta y planificación de cuidados.

Papel del consultor médico de Geriatría para el abordaje global del paciente “Unfit” tratado en un servicio hospitalario de Urología

C1.13 CERVICOTOMÍA RADIAL CON CUCHILLETE FRÍO E INYECCIÓN DE MITOMYCIN C INTRALESIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS RECURRENTE DEL CUELLO VESICAL

Fontana Compiano, L., Sánchez Rodríguez, C., Vellilla Asurmendi, P., García Escudero, D., Samper Mateo, P., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Morga Egea, J., Valdevira Nadal, P., Andreu García, A., Jiménez López, J., Rico Galiano, J. Servicio de Urología. Hospital Universitario Reina Sofía de Murcia.

OBJETIVO: Evaluar los resultados de la cervicotomía radiada endoscópica con inyección intralesional de un agente antiproliferativo (Mitomycin C) en pacientes con estenosis recurrente del cuello vesical post-cirugía y tras fracaso de tratamientos endoscópicos o endouretrales anteriores.

MATERIAL Y MÉTODO: Realizamos un estudio retrospectivo, durante el período de noviembre 2012 a octubre de 2013, sobre 13 pacientes con estenosis recurrente del cuello vesical.

A todos los pacientes se les realizó incisión radiada en cuello o neocuello vesical con cuchillito frío seguida de instilación de Mitomycin C como agente antiproliferativo. La revisión se realizó.

RESULTADOS: Un total de 13 pacientes fueron tratados con incisión radiada en horas 8, 12 y 4 e inyección de Mitomycin C intralesional.

El porcentaje de éxito fue del 75% en un primer y único procedimiento y con un segundo procedimiento un éxito del 100%.

Como complicaciones pueden registrarse:

1. Presencia de excrecencias calcáreas que han obligado en algún caso la extracción endoscópica de las mismas para evitar su desprendimiento en forma de pequeña litiasis.
2. Un pseudotumor inflamatorio de resolución espontánea.
3. Una fístula vesico-rectal en paciente diabético con prostatectomía radical y radioterapia adyuvante previas.

CONCLUSIONES: El tratamiento de la estenosis recurrente de cuello vesical no suele tener fácil resolución sólo con la actitud quirúrgica. En nuestra serie y mediante la inyección de Mitomycin C como agente antiproliferativo hemos logrado un 75% de éxito con un procedimiento y el 25% restante de los casos se resolvió en una segunda actuación.

El tiempo de seguimiento de nuestros pacientes ha sido de una media de 7 meses post-intervención comprobando un excelente resultado en términos de apertura de su cuello o neocuello vesical. No obstante, sería conveniente la realización de series más largas para valorar estos hallazgos.

VÍDEOS

V-1 FOTOVAPORIZACION ENDOSCOPICA DE TUMOR URETERAL CON IRRIGACION ANTEROGRADA A TRAVES DE CATETER SIMPLE J

*A. Maluff Torres, G. Doñate Iñiguez P. L. Guzmán Martínez-Valls, B. Honrubia Vilchez.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Con la aparición de nuevas fuentes de energía como el caso de Laser Holmium se puede realizar vaporización de tejido con las máximas garantías en cuanto a la destrucción del tejido con control del sangrado. La Ureterorenoscopia permite un acceso sencillo y una buena visión del uréter. Nuestro objetivo es presentar la técnica de Vaporización de un tumor ureteral con laser Holmium creando un flujo anterógrado para minimizar el riesgo de siembra a distancia y favorecer la recogida de la muestra.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un paciente de 80 años que acude a Urgencias por dolor abdominal sospechoso de obstrucción intestinal. En TC se objetiva dilatación de vía urinaria derecha. Durante su ingreso presenta hematuria y es valorado por el Servicio de Urología descartando lesión vesical. Ante la dilatación de la vía urinaria derecha se decide Ureterorenoscopia derecha diagnóstica, evidenciándose tumor ureteral a nivel medio, realizándose biopsia fría. El diagnóstico es de tumor urotelial de bajo grado.

Se decide, debido a las comorbilidades del paciente la realización de tratamiento conservador con Fotovaporización del tumor con Laser Holmium a través de Ureterorenoscopia. Se idea un flujo anterógrado utilizando catéter simple J del número 8 conectado a una bomba de perfusión.

RESULTADOS: Se presenta el procedimiento propuesto, haciendo hincapié en el flujo anterógrado utilizando un simple J. Utilizamos fibra laser de 200 micras con una potencia 0,8 julios consiguiéndose la destrucción de la lesión y buen control del sangrado con una correcta hemostasia.

Gracias al flujo anterógrado evitamos el ascenso de los fragmentos. Dejamos doble J en vía urinaria.

COMENTARIOS: La realización de Fotovaporización con Holmium del tumor urotelial a través del Ureterorenoscopia es un procedimiento seguro y eficaz y con el sistema ideado de flujo anterógrado disminuimos la posibilidad de implante de la lesión consiguiendo una visión satisfactoria.

V-2 ENDOPIELOTOMÍA LASER COMO TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE LA UNIÓN PIELOURETERAL RECIDIVADA TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

*Oñate Celdrán, J., Sánchez Rodríguez, C., Velilla Asurmendi, P., García Escudero, D., Samper Mateo, P., Valdelvira Nadal, P., Torres Roca, M., Morga Egea, J. P., Jiménez López, J. P., Rico Galiano, J. L., Fontana Compiano, L. O.
Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

INTRODUCCIÓN: La pieloplastia es la técnica estándar para el tratamiento de la estenosis de la unión pieloureteral. Sin embargo, la reestenosis es una complicación tardía de la cirugía que tiene como consecuencia la reaparición de los síntomas y el deterioro de la funcionalidad de la unidad renal. La incisión endourológica con laser holmium o endopielotomía laser es una técnica que ha demostrado buenos resultados en el tratamiento de la reestenosis.

Presentamos el caso de un paciente sometido a endopielotomía laser tras recidiva postoperatoria de una estenosis de la unión pieloureteral.

MATERIAL Y MÉTODO: Paciente de 23 años, con diagnóstico de estenosis de la unión pieloureteral derecha, sometido en 2010 a una pieloplastia laparoscópica, con buen resultado funcional en el postoperatorio. En 2012 el paciente presenta de nuevo dolor en fosa renal derecha, que relaciona sobre todo con la ingesta de líquidos. En estudio con TC se objetiva hidronefrosis grado III derecha, con retraso funcional por probable reestenosis. En octubre de 2012 se sometió a ureteroscopia que confirmó reestenosis de la unión pieloureteral que se incidió con laser holmium de 30w. La duración de la intervención fue de 47 m. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

RESULTADO: Tras la retirada del catéter doble J, se objetivó normalización de la funcionalidad de la unidad renal y desaparición de la sintomatología. En el momento actual el paciente persiste asintomático.

V-3 ANEURISMA ARTERIA RENAL

Edgar H. Olarte, Antonio Alcaraz, Pedro Lopez Gonzalez, Pedro Cubillana, Jesus Tornero, Gerardo Server, Jose Antonio Garcia Hernandez, Mariano Rigabert, Felix Escudero, Antonio Prieto, Jose Antonio Nicolas, Cristobal Moreno, Cindy Pinzon, Felipe Gutierrez, Harold Martinez, Gloria Martinez, Guillermo Gomez Gomez.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: Los aneurismas de arteria renal son poco frecuentes, entre el 0,6 y el 1% en pacientes seleccionados en los que se realiza una arteriografía por otro motivo. En la población general, se estima en torno al 1%.

Como complicaciones se han descrito: rotura, embolización, hipertensión arterial, deterioro de la función renal y pérdida de riñón.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de una mujer de 34 años, No fumadora, con antecedente de Ca de mama izquierda tratada mediante Mastectomía Radical Modificada y vaciamiento ganglionar axilar ipsilateral. En los estudios de extensión como hallazgo incidental se aprecia un aneurisma de 2cm de la arteria renal derecha. Se realiza arteriografía donde se observa aneurisma sacular, de aprox. 2 cm de diámetro máximo que se origina en la arteria renal común a aprox. 4-5 cm de su origen, inmediatamente posterior al saco nacen las arterias renales anterior y posterior, existiendo en esta última, en su tronco común otra dilatación aneurismática de aprox. 8 mm de diámetro. Se descarta tratamiento por radiología intervencionista y se decide intervención quirúrgica

RESULTADOS: Paciente intervenida de Nefrectomía Radical Laparoscópica Derecha, Cirugía de banco renal con resección de aneurisma y reparación con arteria hipogástrica y Autotransplante. La evolución y seguimiento de la paciente fue satisfactoria siendo dada de alta a los 5 días con mejoría clínica.

CONCLUSIONES: Se han consensuado algunas indicaciones quirúrgicas como síntomas, diámetro mayor de 2cm, prevención de rotura y pacientes de alto riesgo (mujeres en edad fértil o pacientes con riñón único). Los resultados quirúrgicos en nuestra paciente fueron buenos.

V-4 RESOLUCIÓN LAPAROSCOPIA DE UROPATIA OBSTRUCTIVA POR MEGAURETER

Pinzón Navarrete CP, López González PA, Gómez Gómez, GA, Olarte Barragán EH, Gutiérrez Gutiérrez PF, Martínez Peralta HL, Martínez Martínez G, Monero Alarcón C, Escudero Bregante JF, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Prieto González A, López Cubillana P, Nicolás Torralba JA, Garcia Hernandez JA, Server Pastor G,
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Presentamos el caso de un varón de 30 años sin antecedentes de importancia ni intervenciones quirúrgicas previas. El paciente acude a urgencias por cuadro de anuria, diagnosticándose de uropatía obstructiva derecha por estenosis ureteral distal secundaria a megaureter estenótico. La función renal derecha es del 35%, decidiéndose corrección quirúrgica.

OBJETIVO: Mostrar el abordaje laparoscópico para la resolución de uropatía

obstructiva en el caso presentado. **MÉTODO:** Bajo anestesia general, Se realiza abordaje laparoscópico con paciente posicionado en decúbito supino. Se realiza disección de uréter distal derecho, que se encuentra dilatado y tortuoso, con posterior resección de porción distal estenótica y plastia ureteral de la porción restante. Finalmente, se realiza ureteroneocistostomía, con stent ureteral como tutor.

RESULTADOS: Sin complicaciones intraoperatorias, Retirada de drenaje a las 24 horas y estancia hospitalaria de 4 días. Retirada de stent ureteral al mes. Control urográfico normofuncional de ambas unidades renales.

CONCLUSIÓN: El abordaje laparoscópico ofrece la posibilidad de resolver esta compleja patología de forma mínimamente invasiva con adecuados resultados.

V-5 VÁLVULA DE URETRA POSTERIOR EN ADULTO

Romero Hoyuela, A; Zambudio Carmona, G(*); Izquierdo Morejón E; Cano García, MC; Hidalgo Agulló, G; Reina Alcaina, L; Carrillo George, C; Rivero Guerra, A; Bogdan Pietricică; Rosino Sánchez, A; Fernández Aparicio, T; Hita Villaplana, G; Miñana López, B.

Servicio Urología HGU Morales Meseguer. Servicio Cirugía Infantil HGU Arrixaca(*)

INTRODUCCIÓN: Las válvulas de uretra posterior condicionan un defecto obstructivo congénito de la uretra masculina con una incidencia de 1/8, 000 a 1/25, 000 nacidos vivos. Representa la causa más común de obstrucción del tracto urinario inferior en los neonatos. El diagnóstico de Válvulas de uretra posterior se hace generalmente temprano, siendo muy raro el diagnóstico en edad adulta.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Se trata de un hombre de 24 años de edad que acude a consulta por sintomatología obstructiva infravesical. En la flujometría libre se objetivó obstrucción infravesical con Qmax. de 6 ml / s. El estudio urográfico muestra repercusión proximal y el la CUMS dilatación piróforme de uretra prostática con zona estenótica distal. La cistoscopia presenta trabeculación moderada, cuello vesical no obstructivo. El diagnóstico de valvas de uretra se realizó mediante visualización directa durante la uretros copia.

Presentamos en el presente video la técnica de diagnóstico y tratamiento mediante resección endoscópica.

CONCLUSIÓN: La presencia de valvas de uretra posterior es una enfermedad rara en los adultos, siendo en estos casos de difícil diagnóstico. Las pruebas de imagen mediante ureteocistografía hacen sospechar el proceso, siendo la ureterocistoscopia la exploración básica para su diagnóstico

V-6 RETROPERITONEOSCOPIA EN PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Moreno Alarcón, C.; Pinzón Navarrete, C.P.; Martínez Peralta, H.L.; Olarte Barragán, E.H.; Matínez Gómez, G.; López González, P.A.; Prieto González, A.; García Hernández, J.A.; Gómez Gómez, G.A.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: Las indicaciones de la retroperitoneoscopia son similares a las del abordaje transperitoneal, realizándose tanto para patología tumoral, reconstructiva o litiasica. **OBJETIVO** Mostrar la realización de la Nefroureterectomía y la Nefrectomía Radical, mediante abordaje retroperitoneoscópico o lumboscópico, y mostrar los resultados intra y postoperatorios.

PACIENTES Y MÉTODO: El primer caso es el de una mujer de 61 años, con antecedente de 2 cesáreas por laparotomía media a quien como hallazgo incidental ecográfico se le diagnostica una masa renal izquierda, confirmando tumor renal de 7 x 5.5 cm mediante TC. No tributaria de cirugía parcial por sospecha de infiltración del seno en la cara anterior. En segundo lugar se presenta un varón de 47 años con dolor en flanco y hematuria, diagnosticado de tumor de pelvis renal derecha de 1,6 cm, que desplaza ligeramente el pedículo por efecto masa, indicando la nefroureterectomía. **RESULTADOS** En ambos pacientes el tiempo quirúrgico fue inferior a 180 minutos, los márgenes quirúrgicos histopatológicos fueron negativos y como complicaciones la primera paciente requirió en planta la transfusión de 2 concentrados de hemáties (Clavien-Dindo grado II). La estancia hospitalaria fue de 4 y 3 días respectivamente.

CONCLUSIÓN: El abordaje retroperitoneoscópico constituye una alternativa que puede plantearse en pacientes con cirugía o radioterapia abdominal previa, casos en los que el abordaje anterior del pedículo puede preverse complicado o en los que se requiere un abordaje rápido de los vasos renales. De esta manera su implantación en un servicio quirúrgico permite ampliar aun más el número de pacientes candidatos a un abordaje mínimamente invasivo del tracto urinario superior.

V-7 URETERORRENOSCOPIA ANTERÓGRADA PARA LITIASIS EN DERIVACIÓN URETEROILEAL COMPLEJA

Cao Avellaneda E, Rodríguez Tardido A, Montoya Chinchilla R, Sala L, Hita Rosino E, Cachay Ayala M, Montes Díaz JM, Jiménez Penick FJ, Moreno Avilés J.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena.

Presentamos la resolución endourológica para una litiasis radiopaca de 1 cm localizada en la unión ureteroileal derecha de un paciente sometido previamente a cistectomía radical por tumor vesical. Diversas reintervenciones de esta cirugía dejaron dicha unión estenótica, que junto a una duplicidad ureteral incompleta en la misma unidad renal y el tamaño litiasico desestimaron el abordaje clásico por vía retrógrada.

Se decidió realizar una ureterorrenoscopia anterógrada flexible por un abordaje intercostal (D12-D11) de 18Ch (mini-perc) a hemipelón inferior derecho. Se consiguió la extracción total de la masa litiasica.

Se exponen las imágenes diagnósticas iniciales, el video con imagen endoscópica de la cirugía y las pruebas de control al año.

V-8 HEMATURIA DE ORIGEN PROSTÁTICO TRATADA CON LÁSER HOLMIO

Martínez Peralta, H.L.; Moreno Alarcón, C.; López Cubillana, P.; López González, P.A.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; Olarte Barragán, E.H.; Pinzón Navarrete, C.P.; Martínez Gómez, G.; Prieto González, A.; Escudero Bregante, J.F.; García Hernández, J.A.; Nicolás Torralba, J.A.; Tornero Ruiz, J.I.; Rigabert Montiel, M.; Server Pastor, G.; Gómez Gómez, G. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

CASO CLÍNICO: Varón de 85 años, con antecedentes de interés destaca: RTU de próstata en 2003, IAM con trombos intracavitarios en feb 2013(requirió angioplastia con stent más doble antiagregación y anticoagulación).

En junio ingresa por hematuria con coágulos , retirando la medicación y presentando tacto rectal no sospechoso, volumetría prostática de 96cc y cistoscopia en quirófano con biopsia de las lesiones sospechosas en fondo vesical que son negativas para tumor. Es dado de alta con Dutasteride, reiniciando la doble antiagregación y anticoagulación. En septiembre sufre cuadro similar que se resuelve con sondaje y retirada de medicación. En octubre repite , esta vez más acusado y asociando RAO, requiriendo 6CH .En URO-TC: TUS normal, 2 divertículos vesicales dudosamente ocupados por coágulos y un trombo intracavitario en VI. Cardiología recomienda iniciar Enoxaparina a dosis anticoagulante ,presentando el paciente la orina clara se retira sonda vesical pero de nuevo sufre RAO por coágulos, realizando 3 días después exploración en quirófano... Donde se observa una próstata obstructiva , sangrante, se descartan lesiones exofíticas en vejiga.

Se realiza enucleación prostática con láser holmio. Al día siguiente se retira el lavado continuo y se inicia Enoxaparina 60 mg cada 24 horas, al tercer día se aumenta la pauta cada 12 hora y se retira la sonda presentando micción clara , sin dificultad , continente. Es dado de alta para seguimiento por nuestra parte e iniciar Acenocumarol con INR objetivo de 2-3.

CONCLUSIÓN: El envejecimiento poblacional implica pacientes con mayores volúmenes prostáticos que asocian en su mayoría terapias anticoagulantes o antiagregantes , teniendo mayor frecuencia de hematuria de origen prostático y con más comorbilidades asociadas , por lo que estos pacientes tendrían aun más beneficios de las técnicas mínimamente invasivas como alternativa a la prostatectomía abierta.

V-9 BIOPSIA RENAL PERCUTÁNEA ECODIRIGIDA: ¿ES UNA TÉCNICA SEGURA?

C. Sánchez Rodríguez, P. Velilla Asurmendi, P. Samper Mateo, D. García Escudero, P. Valdelvira Nadal, S. Muray Cases, V. Martínez Jiménez, J. P. Morga Egea, J. Oñate Celdrán, A. Andreu García, M. Torres Roca, J. M. Jiménez López, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano. Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN: la biopsia renal proporciona información directa de los cambios morfológicos del parénquima renal producidos por las distintas patologías nefrológicas. El método percutáneo se utiliza desde 1950, pero no por ello esta exento de complicaciones y morbilidad. Con el fin de valorar estas complicaciones realizamos este estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio de casos retrospectivos consecutivos de 53 biopsias renales izquierdas ortotópicas ecodirigidas, realizadas en nuestro Servicio entre Marzo/2010 y Octubre/2013. La técnica se realiza tras anestesia local, con el paciente en decúbito lateral, mediante control ecográfico y guía adaptada al transductor, utilizando una aguja automática de diámetro 16G. Se recogen las complicaciones tempranas derivadas del procedimiento (clasificándolas según Clavien) y la aptitud adoptada respecto a ellas.

RESULTADOS: 67% varones, 33% mujeres. La edad media fue 50.2 años (15-84), obteniéndose de media 2,2 cilindros por intervención y 14,6 glomérulos por cilindro. Las indicaciones más frecuentes fueron síndrome nefrótico (43,39%), proteinuria acompañada de hematuria (18,86%) e insuficiencia renal rápidamente progresiva (9,43%). El antecedente más frecuente en nuestros pacientes resulto ser la HTA (50,9%), seguido de DM (13,2%). Hemos encontrado un 9,43% anticoagulados y un 11,32% antiagregados. El diagnóstico histopatológico más frecuente ha sido la glomerulonefritis membranosa difusa (18,86%). La tasa global de complicaciones fue de un 18,8 % de las cuales 9 fueron Clavien 1 y una Clavien 2.

CONCLUSIONES: La biopsia renal ortotópica ecodirigida con aguja de 16G es una técnica segura en nuestro centro, con gran rentabilidad diagnóstica y baja tasa de complicaciones, incluso en pacientes con factores de riesgo previos o alteraciones de la coagulación, si éstas son corregidas adecuadamente. - La posición de decúbito lateral aunque menos utilizada por otros autores muestra una gran seguridad sin prácticamente complicaciones. - Para su realización es importante la colaboración del urólogo en un equipo multidisciplinar.

V-10 ENDOMETRIOSIS URETERAL. MANEJO LAPAROSCÓPICO

García Escudero, D. Torres Roca, M. Sánchez Rodríguez, C. Velilla Asurmendi, P. Samper Mateo, P. Oñate Celdrán, J. Morga Egea, J.P. Valdevira Nadal, P. Jiménez López, J.M. Andreu García, A. Rico Galiano, J.L. Meseguer Peña, F.J.(*) Fontana Compiano, L.O.

Servicio de Urología y Ginecología (*). Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: La endometriosis ureteral es una infrecuente localización de endometriosis profunda (aquella cuyas lesiones infiltran más de 5 mm el tejido retroperitoneal o que afectan órganos subyacentes). Para su diagnóstico es fundamental una correcta anamnesis y exploración física, así como el empleo de pruebas complementarias para valorar la extensión de la enfermedad y las posibilidades terapéuticas.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso clínico de una mujer de 31 años, estudiada en ginecología por dismenorrea (toma ACO hace 10 años). Exploración ginecológica: cérvix desplazado hacia la izquierda con retracción del parametrio. Ecografía transvaginal: sin alteraciones en útero ni en ovarios.

Remitida para estudio de ITU de repetición con hidronefrosis izquierda asociada.

Tras la realización de pruebas complementarias (cistoscopia, cistografía, tomografía computerizada y resonancia magnética), se identifica estenosis localizada a nivel de uréter distal izquierdo, condicionada por la presencia de tejido fibrótico a ese nivel, lo cual provoca retardo funcional con dilatación asociada del sistema excretor. Se realiza URS sin identificar estenosis intraluminal. Se maneja inicialmente con cateterización ureteral.

Ante la recidiva del cuadro clínico inicial y la sospecha de endometriosis, se decide intervención quirúrgica (abordaje laparoscópico). Realizamos ureterolisis, resección de uréter distal, vejiga psoica y reimplante ureterovesical directo con técnica antirreflujo.

RESULTADOS: Informe AP: pared ureteral con presencia de nidos de mucosa endometrial.

Curso evolutivo postoperatorio satisfactorio. Alta hospitalaria el 4º día. Tiempo de sondaje vesical 10 días y de catéter doble J 1 mes.

Evolución clínica de la paciente muy favorable, en la actualidad se encuentra asintomática, con sistema colector izquierdo sin hidronefrosis.

CONCLUSIONES:

1. Hay que sospechar la presencia de endometriosis profunda en mujeres en edad fértil con hidronefrosis de etiología desconocida.
2. El manejo multidisciplinar es necesario para garantizar un tratamiento integral.
3. El abordaje laparoscópico puede ser una opción segura y efectiva en este tipo de pacientes.

V-11 GANGLIO RETROPERITONEAL COMO METÁSTASIS DE UN TUMOR TESTICULAR. RESCATE LAPAROSCÓPICO

Velilla Asurmendi, P.; Sánchez Rodríguez, C.; García Escudero, D.; Samper Mateo, P.; Torres Roca, M.; Oñate Celdrán, J.; Morga Egea, J.P.; Fontana compiano, L.O.

Hospital General Universitario Reina Sofía.

Varón de 53 años que acude a urgencias por traumatismo testicular izquierdo. Ecografía: Imagen avascular de 3 x 2,2 cms heterogénea. Con diagnóstico de traumatismo testicular se da de alta para control ambulatorio. 2 meses después acude a urgencias por persistencia de dolor acompañado de náuseas y vómitos. Eco: Aumento de tamaño de teste izquierdo con desestructuración de parénquima. Aumento de tamaño de lesiones avasculares.

Intervención: Orquiectomía izquierda por vía inguinal. Alta sin incidencias postoperatorias.

A. patológica: Carcinoma mixto Seminomatoso y embrionario, pT2. Marcadores:

- bHCG: 257
- aFP: 65,9
- LDH: 1644

TC:

- Abundantes metástasis pulmonares en todos los segmentos.
- Abundantes metástasis ganglionares en mediastino y retroperitoneales.

Es enviado de urgencia a servicio de Oncología del Hospital Morales Meseguer. Se diagnostica de tumor testicular no seminomatoso, en estadio IIIB. Se da tratamiento quimioterápico con esquema BEP. Se dan 4 ciclos (enero-abril 2013).

Presentación en comité Urooncológico del Hospital Reina Sofía:

- Práctica desaparición de masas pulmonares.
- Disminución significativa de adenopatías mediastínicas y retroperitoneales.
- Persiste adenopatía de 10 mm en región paraaórtica izquierda (inferior a hilio renal).
- Se indica: RESCATE DE ADENOPATÍA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO.

INTERVENCIÓN: LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA (02/07/2013). Alta al 4º día postoperatorio, sin incidencias postoperatorias.

- A. patológica: Ganglios linfáticos con histiocitosis sinusal y focos de necrosis y hemosiderosis. AUSENCIA DE NEOPLASIA.
- TC: Colección paraaórtica izquierda de 11 x 2,6 x 3,2 cms, de 14 U.H. Sugestiva de linfangioma como primera posibilidad.

Última revisión (10/2013):

- Disminución de tamaño de adenopatías mediastínicas y práctica desaparición de nódulos pulmonares.

- Disminución de imagen paraaórtica (linfangioma). Medidas: 2,4 x 8 x 2,4 cms.

V-12 NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA (NLP) EN POSICION DE VALDIVIA-GALDAKANO PARA EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL COMPLEJA CON DOS BOMBAS DE INFUSION ANTEROGRADA Y RETROGRADA NO SIMULTANEAS

P. L. Guzmán Martínez-Valls, B. Honrubia Vilchez, G. Doñate Iñiguez, A. Maluff Torres.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La cirugía renal percutánea nace en 1976 cuando Ferstron y Hohanson describen el procedimiento. Desde entonces la técnica ha avanzado, inicialmente descrita en decúbito prono. El Dr. Valdivia en 1987 describe la técnica en posición decúbito supino con elevación del flanco; posteriormente el Dr. Ibarlucea modifica la posición de Valdivia al colocar las piernas del paciente en posición de litotomía modificada (la ipsilateral extendida y la contraria al lado del procedimiento en abducción) lo que permite el acceso simultáneo a toda la vía.

Nuestro objetivo es presentar las bondades de la posición, reproductibilidad y aportar una modificación con el uso de dos bombas de perfusión: una anterógrada y otra retrógrada para favorecer la movilidad y expulsión de los restos litiasicos.

MATERIAL Y METODOS: Presentamos una paciente de 54 años con Coraliforme de Riñón izquierdo y múltiples litiasis en cálices inferiores con hidronefrosis grado IV y adelgazamiento cortical.

Proponemos la utilización de dos bombas de perfusión de suero: anterógrada por el Nefroscopio y retrógrada a través del tutor de una camisa ureteral (Flexor ®) para la introducción de ureterorenoscopia flexible. En función de las necesidades se usa en una o en otra dirección el flujo de suero.

Describimos la sistematización del procedimiento: cateterismo previo con introducción de la camisa ureteral, punción, dilatación y distensión con balón (Ultrax ®), colocación de vaina de Amplaz, doble J, hasta la finalización del procedimiento. Utilizamos para la fragmentación Lithoclast Máster ® y Laser Holmium.

RESULTADOS: Con esta propuesta hemos observado que los restos litiasicos salen más fácilmente por la vaina de Amplaz y ayuda a la movilización de las litiasis.

COMENTARIOS: La posición de Valdivia-Galdakao permite acceder de forma simultánea a la vía urinaria, tanto anterógrada como retrógrada y el acceso y la seguridad es reproducible. Los avances en material, imagen y fuentes de energía determinan que la NLP sea una técnica eficaz y segura. La posibilidad de usar dos bombas de perfusión, anterógrada y retrógrada, y utilizar una u otra dirección permite una buena visión y mejor extracción de restos litiasicos.

V-13 CIRUGÍA TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVA UNA ALTERNATIVA PARA LA CORRECCIÓN DE FÍSTULAS RECTOURINARIAS

Felipe Gutiérrez - Gómez G. Guillermo - Pedro López Cubillana - Pedro López González

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: La lesión rectal es una grave complicación del tratamiento radical del cáncer de próstata. La incidencia informada en la prostatectomía radical (PR) es de 0%-9% en la cirugía abierta y de 1-2,7% en la vía laparoscópica.

Entre el 0.6-9% de las lesiones tras PR terminarán como fístulas diagnosticadas de forma tardía originadas de una lesión rectal inadvertida o de un cierre defectuoso de la pared rectal, Su incidencia se encuentra entre 0.2-2% en pacientes sometidos a PR, 0,4-8.8 en braquiterapia, 0-6% post radioterapia y 0,4 en crioterapia.

Aunque han sido descritas diferentes técnicas para su corrección , no existe un consenso sobre la técnica quirúrgica ideal.

OBJETIVO: Exponer el abordaje con cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) mediante la utilización del dispositivo Gel Point Path ® para el tratamiento de un paciente con fístula recto vesical recidivada.

MATERIALES Y MÉTODOS: Varón de 65 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata sometido a prostatectomía radical abierta en Noviembre/2011. En el postoperatorio inmediato presenta fecaluria. Con diagnóstico de fístula vesico-rectal se reinterviene con realización de fistulorrafia, Hartman y Colostomía Terminal. Tras recidiva, en Diciembre/2011 requiere nueva cirugía para reparación de la fistula.

Ante la persistencia de la fístula vesico-rectal en Mayo/2012 es sometido a fistulorrafia mediante técnica de York – Mason en nuestro centro. A los 2 meses del postoperatorio el paciente presenta nueva recidiva, durante la valoración con uretrosonografía y cistoscopia se observa que mantiene la fístula aunque de menor tamaño.

Después de 8 meses de ser portador de sonda permanente, el paciente es sometido a fistulorrafia en el HCUVA por vía endoanal laparoscópica.

Con la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) la corrección de las fístulas vesico-rectales puede llevarse a cabo de manera efectiva y reproducible de manera que se presenta como una alternativa para su abordaje y tratamiento.

PÓSTER

P-1 VESICAL. ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE TERAPÉUTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Escudero, D., Sánchez Rodríguez, C., Velilla Asurmendi, P., Samper Mateo, P., Morga Egea, JP., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Valdelvira Nadal, P., Jiménez López, JM., Andreu García, A., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

Servicio Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

El adenocarcinoma vesical es un tumor poco frecuente (supone entre el 0.5% y el 2% de todos los tumores de vejiga). Se asocia a la presencia de extrofia vesical, infestación endémica por schistosoma e irritación vesical crónica. Puede ser primario, del uraco o metastásico. Existen varios subtipos histológicos, sin que esta subclasificación tenga valor pronóstico.

El adenocarcinoma del uraco representa el 20-40 % de los casos. Se localiza en cúpula, con mucosa adyacente normal. Es importante descartar afectación extravesical asociada, tanto a distancia como localmente hacia pared anterior del abdomen y ombligo (masa neoplásica suprapúbica).

CASO CLÍNICO: Varón de 77 años que acude a urgencias por hematuria monosintomática. Exploración física anodina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Citología de orina Positiva para neoplasia urotelial. Cistoscopia Neoplasia en cúpula vesical. URO-TC Imagen alargada a nivel de cúpula en dirección anterosuperior en relación con divertículo uracal. Resto sin alteraciones.

Realizamos RTU de la lesión. La anatomía patológica informó la presencia de un adenocarcinoma mucinoso de vejiga con extensas áreas de necrosis infiltrando músculo detrusor y alcanzando tejido adiposo perivesical.

URO-TC tras RTU: engrosamiento de la pared a nivel de la cúpula vesical.

Se decide realización de cistectomía parcial (AP: adenocarcinoma mucinoso, pT3a).

Postoperatorio satisfactorio. Actualmente sigue revisiones en consultas externas con evolución favorable.

CONCLUSIONES:

- El adenocarcinoma supone una estirpe histológica de tumor vesical muy poco frecuente.
- La presentación clínica habitual la constituye la hematuria macroscópica pudiendo asociar síntomas urinarios irritativos.
- El tratamiento de elección es la cistectomía radical con derivación urinaria, si bien en casos seleccionados, como algunos tumores del uraco, la cistectomía parcial ofrece buenos resultados, con supervivencias a 5 años que pueden alcanzar el 50% de los casos.

P-2 PIELOLITECTOMÍA EN RIÑÓN ECTÓPICO HABITADO POR LITIASIS CORALIFORME

Samper Mateo P, Sánchez Rodríguez C, Velilla Asurmendi P, García Escudero D, Morga Egea JP, Torres Roca M, Oñate Celdrán J, Fontana Campiano L.O.
Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN: Durante el desarrollo embrionario aparecen tres sistemas renales: pronefros, mesonefros (ambos involucionan) y metanefros, a nivel pélvico, que tras ascender a fosa lumbar, determinará la localización del riñón definitivo. La ausencia de migración condiciona la existencia de riñón ectópico, siendo la pelvis la localización más frecuente.

La ectopia renal se relaciona generalmente con malformaciones de la vía y displasias, pudiendo asociar dificultad del drenaje y con ello aumento del riesgo de pielonefritis, obstrucción y litiasis.

MATERIALES Y MÉTODOS: Presentamos el caso clínico de un varón de 43 años remitido a nuestras consultas generales desde atención primaria por haber sufrido dos episodios de infección del tracto urinario. Aporta estudio ecográfico en el que no se localiza riñón derecho en fosa lumbar y TC simple informando la presencia de riñón derecho pélvico habitado por litiasis coraliforme.

Completamos el estudio con URO-TC donde se aprecia riñón derecho pélvico, de tamaño normal y buena captación de contraste, con litiasis coraliforme ocupando cálices y pelvis, sin dilatación ureteral asociada.

Tras instaurar tratamiento antibiótico y corroborar ausencia de infección, se realiza pielolitectomía.

RESULTADOS: Se extrae litiasis coralina, marronácea y de consistencia dura de 2 x 1,6, 1,2 x 1 y 0,5 x 0,6 cm de diámetro, compuesta por oxalato cálcico monohidrato.

El curso evolutivo tras la intervención transcurre sin incidencias.

Alta hospitalaria el 5º día. Tiempo de catéter doble J 1 mes. A los 4 meses de la intervención el paciente se encuentra asintomático con ecografía de control limpia (sin litiasis residual).

CONCLUSIONES:

- La ectopia renal supone una malformación renal poco frecuente (diagnóstico perinatal en la mayoría de casos).
- Los pacientes suelen estar asintomáticos en la vida adulta, las manifestaciones derivan de complicaciones asociadas.
- La pielolitectomía constituye una opción quirúrgica apta en casos de riñones pélvicos funcionantes que asocien grandes masas litiásicas.

P-3 DUPLICIDAD URETERAL DERECHA COMPLETA Y URÉTER TRÍFIDO IZQUIERDO

C. Carrillo, MC. Cano, G. Hidalgo, L. Reina, A. Rivero, B. Pietricica, E. Izquierdo, A. Rosino, A. Romero, G. Hita, T. Fernández, B. Miñana.
Hospital General Universitario Jose María Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: Las duplicidades y triplicidades ureterales son una rara anomalía del uréter que tiene su origen en la presencia de dos o tres brotes del conducto mesonéfrico o a la fisión prematura de un brote único. Las duplicidades completas presentan desembocaduras ectópicas ureterales estando invertidos en relación con los conductos colectores que drenan. Estos pacientes están predispuestos a presentar reflujo, obstrucción e infecciones de repetición.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Se trata de un varón de 53 años que acude a consultas de Urología por un cuadro de síndrome del tracto urinario inferior de varios años de evolución. Entre sus antecedentes urológicos destacan infecciones de repetición y un cuadro de hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con alfa-bloqueante. No presentaba alteraciones analíticas de interés. Dado la persistencia de síntomas obstructivos graves e infecciones urinarias de repetición se decide solicitar una ecografía y se somete a resección transuretral prostática (RTUp).

La ecografía evidencia una probable anomalía en el número de uréteres y un quiste renal Bosniak II sugiriendo estudio con TC incluyendo fases excretoras.

Se procede a realizar la RTU prostática donde se evidenciaron dos meatos derechos y un único meato izquierdo respetándose estos durante la resección. Se reciben los resultados del TC que informan de una duplicidad ureteral derecha completa y una triplicidad ureteral izquierda probablemente completa aunque dada la exploración endoscópica realizada en quirófano en la que solo se evidenció un único meato izquierdo estaríamos ante un uréter trífido izquierdo.

CONCLUSIÓN: Las alteraciones ureterales en número son variantes anatómicas con una frecuencia

P-4 MANIFESTACIONES URODINÁMICAS EN EL SÍNDROME DE STIFF-MAN Y PROBLEMAS ASOCIADOS A SU MANEJO CONSERVADOR

Montoya-Chinchilla R, Rodríguez-Tardido A, Cachay-Ayala ME, Sala LG, Hita-Rosino E, Cao-Avellaneda E, Jimenez-Penick FJ, García-Espona C, Montes-Díaz J, Soler-Fernández JM, Santamaría-Fernández O, Moreno-Aviles J. Hospital General Universitario Santa Lucía

INTRODUCCIÓN: El síndrome de Stiff-man (SSM) o síndrome de la persona rígida es una enfermedad poco común caracterizada por una rigidez progresiva de la musculatura axial asociada a violentos espasmos y alteraciones autonómicas. Se estipula un posible origen autoinmune de la enfermedad, aunque cerca de un 5% de los casos se considera como una manifestación paraneoplásica. Las manifestaciones urológicas en el SSM son poco conocidas.

CASO CLÍNICO: Varón de 30 años que evolucionó tras 4 años de dolores dorsolumbares, rigidez muscular e hiperexcitabilidad muscular, hacia una severa camptocormia que impide la deambulación.

Se consultó en Urología por un cuadro progresivo de náuseas, vómitos, deterioro del estado general y disminución de la calidad miccional con chorro muy débil y micciones de poco volumen. La flujometría mostró un volumen vaciado de 120 cc con Qmax de 4,6 ml/s y un volumen residual de 210 cc. El estudio presión-flujo mostró un detrusor acontractil con ondas de hiperactividad terminal en la fase de llenado y un vaciado con importante prensa abdominal asociada a una hipertonicidad esfinteriana que permite un vaciado de 180 cc en varias etapas con Qmax de 8 ml/s y un residuo de 90 cc.

Se decidió colocación de sonda vesical, que se cambió por cistostomía por mala tolerancia. La cistostomía empeoró el dolor del paciente asociando un mal drenaje vesical con orina residual que precisó de varios ciclos antibióticos, por lo que se volvió a colocar sonda vesical con mejor drenaje vesical aunque mala tolerancia. Tras múltiples tratamientos con benzodiazepinas, antiepilépticos, inmunoglobulinas e incluso derivados del cannabis, se decidió iniciar terapia con mofetil micofenolato y plasmaféresis, resultando en una mejoría importante a todos los niveles. En un intento de retirada de sonda vesical el paciente presentó micciones espontáneas, por lo que se decidió retirar SV.

CONCLUSIONES: El manejo de el SSM es complejo en todas sus facetas. Urológicamente suele presentar hipertonicidad esfinteriana por lo que precisan de derivación urinaria, pero debido a las espasticidad axial pueden asociar mala tolerancia a la misma. El tratamiento de la enfermedad basal es fundamental para la resolución de la patología urológica.

P-5 ADENOCARCINOMA DE GRANDES CONDUCTOS. UNA VARIANTE AGRESIVA Y POCO COMÚN DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Velilla Asurmendi, P; Sánchez Rodríguez, C; García Escudero, D; Samper Mateo, P; Morga Egea, JP; Rico Galiano, JL; Fontana Compiano, LO. Hospital General Universitario Reina Sofía.

Varón de 71 años en seguimiento en consultas por elevación persistente de cifra de PSA. Antecedentes: DM tipo 2. HTA. Intervenido de colecistectomía.

Exfumador (mantiene el hábito 30 años). PSA: 5,67 (L/T: 24%) en 03/2012. También refiere disfunción eréctil. Se inicia tratamiento con tadalafilo 20 mg a demanda.

Eco: Riñones con quistes renales bilaterales. Vejiga normal.

Próstata de 3,2 x 4 x 3,2 cms (22 gramos).

06/2012. PSA: 7,51 (L/T: 22%).

02/2013. PSA: 8,27 (L/T: 27%).

Se indica biopsia prostática transrectal ecodirigida.

Tacto rectal: Próstata fibroelástica grado I. Surco medio conservado. No induraciones.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma prostático de grandes conductos en 5 de los 12 cilindros obtenidos. Gleason 4+4 (por defecto en un ADC de grandes conductos).

Se indica prostatectomía radical laparoscópica.

INTERVENCIÓN: Prostatectomía radical + linfadenectomía ilioobturatriz bilateral laparoscópica. Postoperatorio en el que persiste alto débito por drenaje (300-400 cc/24 horas). Se realiza análisis bioquímico, siendo compatible con líquido peritoneal.

Cistografía de relleno en la que se evidencia ausencia de fuga de orina.

Progresivamente desciende débito de líquido peritoneal y se retira.

Anatomía patológica: Adenocarcinoma prostático de grandes conductos. Ausencia de infiltración perineural. Vesículas seminales y cápsula libres.

Linfadenectomía bilateral con adenitis reactiva inespecífica (2 ganglios de cada lado).

Revisión postoperatoria (2 meses tras cirugía): Asintomático. Continente total. Buen calibre miccional. No presenta erecciones. Se inicia tratamiento con tadalafilo 5 mg cada 24 horas.

CONCLUSIONES:

- EL CARCINOMA DE GRANDES CONDUCTOS ES UNA VARIANTE AGRESIVA Y POCO FRECUENTE DE ADENOCARCINOMA PROSTÁTICO. (FRECUENCIA 0.2-0.8% DE LOS CARCINOMAS DE PRÓSTATA).
- CURSA DE FORMA AGRESIVA. 25-40% DE LOS CASOS PRESENTAN METÁSTASIS AL DIAGNÓSTICO. SUPERVIVENCIA A 5 AÑOS: 15-43%.
- SU HISTOPATOLOGÍA ES MUY INDIFERENCIADA. POR DEFECTO SE CONSIDERA GLEASON 4+4 (Y SI ES MÁS INDIFERENCIADO PASA A SER 5+5).
- LA ÚNICA FORMA DE DIAGNOSTICARLO ES POR BIOPSIA PROSTÁTICA.

P-6 QUISTE RENAL SIMPLE GIGANTE CON COMPRESIÓN DE ARTERIA RENAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Reina-Alcaina, L; Cano-García, M; Hidalgo-Agulló, G; Carrillo-George, C; Guerra Rivero, A; Pietrifica, B; Izquierdo-Morejón, E; Rosino Sánchez, A; Romero-Hoyuela, A; Hita-Villaplana, G; Fernández-Aparicio, T; Miñana-López, B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

INTRODUCCIÓN: En el riñón generalmente se desarrollan quistes y son asintomáticos la mayor parte de las veces, aunque cuando alcanzan gran tamaño pueden desarrollar sintomatología compresiva como la referida en este caso.

OBJETIVO: Presentar un caso de hipertensión arterial de nueva aparición refractaria a tratamiento médico antihipertensivo por compresión de arteria renal izquierda por un quiste renal gigante.

MATERIAL Y MÉTODO: El caso clínico corresponde a una mujer de 68 años que consulta en Urgencias por un cuadro de dolor lumbar generalizado de característica leve-moderada de 5 meses de evolución con reagudización en los últimos días acompañado de un cuadro de náuseas y vómitos de varios días de evolución. Presentaba Diabetes Mellitus tipo 2 y dislipemia como antecedente médico. Fue intervenida de apendicectomía en la infancia.

A su ingreso presentó una función renal normal, análisis básico de sangre y sedimento de orina sin datos sugerentes de patología. La exploración física presentó como único hallazgo una masa lumbar levemente dolorosa a la palpación. Durante su ingreso se objetivó hipertensión arterial (con cifras tensionales hasta 200 mmHg de sistólica) refractaria a tratamiento médico antihipertensivo.

Se solicitó TC abdominopélvico con contraste intravenoso objetivando gran quiste simple en polo superior de riñón izquierdo que causaba compresión extrínseca de arteria renal izquierda y desplazamiento de colon izquierdo y páncreas.

Se procedió a realizar un drenaje percutáneo del quiste gigante dejando alojado un catéter no autorretentivo de 8 F mediante técnica de Seldinger modificada. Se evacuaron 500 cc de contenido líquido seroso.

RESULTADO: Tras el tratamiento la paciente quedó asintomática y con cifras tensionales normalizadas, manteniendo una buena evolución.

CONCLUSIÓN: Los quistes renales de gran tamaño en ocasiones pueden crear un cortejo sintomático variado debido a la compresión de estructuras vecinas.

P-7 A PROPÓSITO DE UN CASO: TROMBOSIS PARCIAL DE CUERPO CAVERNOSO, SEGUIMIENTO Y RESULTADO EN ESTA INFRECIENTE AFECTACIÓN

MC. Cano, G. Hidalgo, L. Reina, A. Rivero, B. Pietricica, E. Izquierdo, A. Romero, G. Hita, T. Fernández, B. Miñana. Hospital General Jose María Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: La trombosis parcial de cuerpos cavernosos es una enfermedad extremadamente infrecuente estando descritos menos de 30 casos en la literatura mundial siendo su etiología generalmente desconocida.

Existe una afectación de la parte proximal del cuerpo cavernoso, en más del 90% de los casos unilateral, en la que destaca una masa dolorosa firme e indurada sobre la zona perineal en la inserción del cuerpo cavernoso.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Comentamos el caso de un varón de 35 años, aficionado al ciclismo, que comienza con cuadro de amigdalitis aguda con fiebre asociada desarrollando a las pocas horas dolor perineal, motivo por el cual es diagnosticado de prostatitis aguda. Tras estar varios días en tratamiento antibiótico y analgésico sin clara mejoría y asociando disfunción eréctil de aparición brusca coincidente con el proceso nos consulta al servicio de Urología.

A la exploración destaca una zona indurada y dolorosa en la inserción del cuerpo cavernoso derecho motivo por el cual se solicita una ecografía que evidencia la patología previamente sospechada.

EVOLUCIÓN: Tras 7 meses con manejo médico-farmacológico ha logrado la desaparición de síntomas y recuperación de su vida sexual sin necesidad de nuevos tratamientos médicos ni quirúrgicos.

CONCLUSIÓN: Se trata del primer caso descrito en la literatura en el que se realiza la confirmación de sospecha clínica y seguimiento con ecografía con contraste intravenoso. Esta pone de manifiesto aspectos desapercibidos con la ecografía convencional y puede resultar más accesible y aportando la misma información a nivel local que la RM o el TC.

Además destacamos el enfoque terapéutico seguido en nuestro paciente dado la falta de unanimidad en el tratamiento clínico. Con una terapia combinada de anticoagulantes y antiagregantes por un periodo aproximado de 3 meses han facilitado la disolución casi completa del trombo y la práctica ausencia de repercusión anatómica y funcional en nuestro paciente.

P-8 FEOCROMOCITOMAS SUPRARRENALES. NUESTRA EXPERIENCIA

C. Carrillo, A. Rosino, MC. Cano, G. Hidalgo, L. Reina, B. Pietricica, A. Rivero, B. Pietricica, E. Izquierdo, A. Romero, G. Hita, T. Fernández, B. Miñana. Hospital General Jose María Morales Meseguer

INTRODUCCIÓN: Los feocromocitomas son tumores suprarrenales infrecuentes que se caracterizan por generar una amplia variedad de manifestaciones sistémicas y suponer un serio reto quirúrgico y anestésico.

OBJETIVOS: Describir nuestra experiencia en el manejo quirúrgico de los feocromocitomas.

MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio observacional y retrospectivo de 7 casos de feocromocitomas intervenidos en el Hospital Morales Meseguer entre los años 2004 y 2013. **RESULTADOS:**

La mayoría de los pacientes fueron mujeres solo presentándose un único caso en un varón. Ninguno de los feocromocitomas fue bilateral. La edad media al diagnóstico fue 57 años (rango 44-73años). El motivo de consulta más frecuente fue la hipertensión arterial resistente al tratamiento farmacológico 57%, cursando a su vez con crisis paroxísticas en 3 de ellos. Destaca también el hallazgo incidental en tres de los pacientes. El tamaño medio de las lesiones en el TC fue de 4,4cm (rango 2,5-7,6 cm).

El abordaje laparoscópico fue elegido en 6 de los 7 pacientes necesitando reconvertir a cirugía abierta en 2 ocasiones por sangrado, uno de los cuales entró en asistolia. Existieron dos casos que cursaron con crisis hipertensivas durante la intervención. Todos los pacientes tuvieron un postoperatorio inmediato en UCI. La mediana de estancia fue de 5 días. No hubo ningún fallecimiento. En todos los casos la sospecha clínica previa a intervención fue confirmada posteriormente por los estudios anatomopatológicos solo encontrando un caso con comportamiento de tumor agresivo y maligno que coincide con ser el único caso en el que no se han normalizado las cifras de TA tras la intervención.

CONCLUSIONES: La cirugía de esta entidad supone un reto quirúrgico y anestésico importante. Sospecharemos esta enfermedad ante los hallazgos de TA elevadas resistentes a tratamientos farmacológicos con crisis intercurrentes paroxísticas aunque también destacamos una cifra no desdeñable de casos que fueron diagnosticados de forma incidental.

P-9 TRAUMATISMO RENAL EN UN CASO DE ECTOPIA RENAL CRUZADA

*Martínez Gómez, G.; Gutiérrez Gutiérrez, P.F.; López González, P.A.; López Farfán, A.M.; Olarte Barragán, E.H.; Pinzón Navarret, C.P.; Martínez Peralta, H.L.; Gómez Gómez, G.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.*

INTRODUCCIÓN: La ectopia renal cruzada es la segunda anomalía de fusión más frecuente. Su incidencia oscila entre 1:1300 -1:7000, principalmente varones.

Generalmente, la ectopia renal cruzada es un hallazgo casual revelado por ecografía o TC de abdomen realizadas para otro fin. El 5% de los traumatismos abdominales se corresponden con traumatismos renales, prevaleciendo los contusos sobre los abiertos.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Varón de 79 años con traumatismo en fosa renal derecha, tratado inicialmente de forma conservadora. Posteriormente, comienza con hematuria, náuseas y vómitos, asociando inestabilidad hemodinámica y caída del hematocrito, con necesidad de drogas vasoactivas. Se realiza ecografía y TC abdominal que informan de "Ausencia de riñón en fosa renal izquierda y doble riñón derecho, rotura traumática renal con un gran hematoma perirrenal con sangrado activo". Ante el cuadro de shock hipovolémico refractario con signos de sangrado activo, se decide revisión quirúrgica urgente. En quirófano se realiza control de sangrado, y derivación posterior a nuestro hospital. Ingreso en UCI con evolución favorable.

Posteriormente, se realiza nuevo TAC, por debito de drenaje elevado, que informa de colección perirrenal. Se realiza punción-drenaje de colección con análisis de líquido compatible con orina. Con diagnóstico de fístula urinaria post-traumatismo, se realiza derivación urinaria mediante stent ureteral bilateral, con adecuada evolución.

CONCLUSIÓN: En el manejo del traumatismo renal, la condición hemodinámica del paciente resulta fundamental, de forma que una situación de inestabilidad hemodinámica requiere una actuación urgente.

La afectación de la vía excretora, en algunos casos, como el presentado, puede ser tratada de forma conservadora con buenos resultados.

P-10 DILATACIÓN DE VESÍCULAS SEMINALES, UNA ETIOLOGÍA INFRECUENTE DE RAO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

*Rivero Guerra, A.; Rosino Sánchez, A; Cano García, M.C.; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaína, L; Carrillo George, C.; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A; Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.
Servicio de Urología, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.*

INTRODUCCIÓN: La retención aguda de orina es una de las urgencias urológicas más frecuentes y puede estar causada por múltiples etiologías. La patología de las vesículas seminales es una causa muy infrecuente de la misma.

OBJETIVOS: Presentación de un caso clínico de retención aguda de orina por dilatación de vesículas seminales y revisión de la bibliografía.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen los datos acerca del estudio de una retención aguda de orina por dilatación de vesículas seminales y se revisa la literatura.

EVOLUCIÓN CLÍNICA: Varón de 56 años, diabético de larga evolución con mal control, que presenta dificultad para la micción y disminución del volumen eyaculado. En ecografía abdominal se objetiva una gran distensión vesical que condiciona una ureterohidronefrosis bilateral grado II. En ecografía transrectal se identifica una gran dilatación de las vesículas seminales que condiciona una obstrucción en el cuello vesical. Dada la presencia de heces en recto se desestima la punción de las vesículas. El paciente es dado de alta con sonda vesical permanente. El paciente acude de manera irregular a sus revisiones. Al año se realiza una tomografía y nueva ecografía trasrectal en las que no se evidencia dilatación de vesículas ni otros hallazgos, por lo que se retira la sonda vesical y se pauta tratamiento con alfabloqueantes.

CONCLUSIONES: La patología de las vesículas seminales puede ocasionar sintomatología diversa, incluyendo patología obstructiva severa.

P-11 PSEUDOHERNIA LUMBAR Y SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON LA HERNIA LUMBAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Rivero Guerra, A.; Moreno Egea, A; Cano García, M.C.; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaina, L; Carrillo George, C.; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Romero Hoyuela, A Rosino Sánchez, A., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B.

Servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer, Murcia. Servicio de Cirugía General, Hospital Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN: La pseudohernia lumbar es una complicación infrecuente de la cirugía urológica que suele presentarse de manera similar a la hernia lumbar postquirúrgica, por lo que previo al tratamiento es preciso un buen diagnóstico diferencial entre ambos problemas.

OBJETIVOS: Presentación de un caso clínico de hernia y pseudohernia lumbar y valorar los beneficios del abordaje laparoscópico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen los datos acerca del estudio y posterior tratamiento de un caso de pseudohernia lumbar tras varias intervenciones urológicas. Se revisa la bibliografía contrastándose los datos publicados en la literatura científica con nuestra experiencia.

EVOLUCIÓN CLÍNICA: Mujer de 60 años, con antecedentes de cuatro intervenciones columna en el lado izquierdo, y cuatro cirugías urológicas sobre el riñón derecho. Se realiza una tomografía computerizada que muestra adelgazamiento-atrofia de los músculos de la pared abdominal en el flanco derecho, sin ausencia de plano muscular, que da lugar a la protrusión del segmento VI hepático, el colon y la grasa omental a ese nivel. En el hemiabdomen izquierdo se confirma la presencia de una hernia incisional y contenido visceral.

Se decide el abordaje laparoscópico de ambas lesiones en un único tiempo, realizándose una plastia retroperitoneal en la hernia lumbar y una plastia mixta, intraabdominal – retroperitoneal, de toda la hemipared lateral del abdomen en la pseudohernia.

En la revisión posterior la paciente estaba asintomática y el perímetro abdominal se había reducido en 9 cm.

CONCLUSIONES: Las hernias y pseudohernias lumbares postquirúrgicas generan un cuadro clínico similar, por lo que está indicada la realización de una tomografía que evidencie la falta de plano muscular o la ausencia de la misma. Aunque el abordaje de la pseudohernia es controvertido, la vía laparoscópica se presenta como una buena opción de tratamiento de este tipo de lesiones.

P-12 PIELOPLASTIA COMBINADA CON PIELOLITECTOMIA CON ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

Pinzón Navarrete CP, López González PA, Gómez Gómez, GA, Olarte Barragán EH, Gutiérrez Gutiérrez PF, Martínez Peralta HL, Martínez Martínez G, Monero Alarcón C, , Escudero Bregante JF, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Prieto González A, López Cubillana P, Nicolás Torralba JA, Garcia Hernandez JA, Server Pastor G,

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

INTRODUCCIÓN: Varón de 28 años con antecedentes único de hipercolesterolemia y SAHOS, y quirúrgicas de exéresis de lipomas. Con diagnóstico de estenosis pieloureteral derecha con función renal derecha del 35 que no mejora tras furosemida y Nefrolitiasis de gran tamaño siendo la mayor hasta de 2 cm.

OBJETIVO: Mostrar el abordaje laparoscópico para la resolución de estenosis ureteropielica con ayuda del cistoscopio flexible.

MÉTODO: Bajo anestesia general, Se realiza abordaje laparoscópico con paciente posicionado en decúbito lateral izquierdo, disección y sección de pelvis renal por medio del cual se pasa cistoscopio flexible para la exploración del sistema pielocalicial y extracción de litiasis. Resección de unión pieloureteral y anastomosis.

RESULTADOS: No complicaciones intraoperatorias, Retirada de drenaje a las 24 horas, Alta al 2 día POP. Retirada de Doble J sin complicaciones.

Control urográfico normofuncional de ambas unidades renales.

CONCLUSIÓN: Ante necesidades de explorar la vía excretora durante el abordaje laparoscópico es posible la utilización de cistoscopios flexibles para resolver problemas intraluminales de la vía urinaria.

P-13 CISTOPATÍA INCRUSTANTE: UNA COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE NEOCUELLO VESICAL CON MITOMICINA C. EXPOSICIÓN DE UN CASO

García Escudero, D., Sánchez Rodríguez, C., Velilla Asurmendi, P., Samper Mateo, P., Morga Egea, JP., Oñate Celdrán, J., Torres Roca, M., Valdelvira Nadal, P., Jiménez López, JM., Andreu García, A., Rico Galiano, JL., Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN: La cistitis incrustante es una entidad poco frecuente. Consiste en la inflamación ulcerada de la vejiga con presencia de depósitos calcáreos (sales) en mucosa y pared vesical. Altera la función vesical (disminuyendo capacidad y contractibilidad) y genera una significativa morbilidad.

El cuadro clínico lo constituye un marcado síndrome miccional irritativo con posibilidad de emisión de cuerpo extraño con la micción.

La Mitomicina C (MMC) es un cistotático que por su efecto antiproliferativo se utiliza en el tratamiento de diversas patologías, como la estenosis del neocuello vesical tras prostatectomía radical.

Presentación del caso Varón de 64 años. Estudiado por elevación del PSA. 2 biopsias previas negativas. En 3ª biopsia (por saturación) se diagnostica un adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4 + 4). Se realiza prostatectomía radical y linfadenectomía laparoscópicas. AP: ADC Gleason 7 (3 + 4), pT2b, pN0, R0.

Control oncológico tras la intervención satisfactorio, PSA actual _ 0,003.

El paciente presenta cuadro de dificultad miccional con incontinencia asociada. Cistoscopia: esfínter competente con presencia de esclerosis del neocuello.

Se realiza cervicotomía + inyección de MMC.

Presenta cuadros recidivantes de hematuria con dolor y tenesmo vesical, que inicialmente mejoran con tratamiento antibiótico. Completamos estudio con CUMS: defecto de replección a nivel del neocuello, TC: engrosamiento de la pared vesical e imagen cálcica en su interior y cistoscopia: vejiga de baja capacidad, cuello edematoso sangrante al roce y litiasis vesical. Se realiza fragmentación endoscópica de la litiasis y resección de fragmento litiásico adherido a neocuello vesical. (AP: tejido fibroso con inflamación y focos de calcificación).

CONCLUSIONES:

- La MMC como fármaco antiproliferativo, puede ser útil en el tratamiento de la esclerosis del neocuello vesical tras cirugía radical prostática.
- Se debe considerar la posibilidad de una cistitis incrustante en aquellos pacientes que presenten síndrome irritativo tras el empleo de mitomicina C.

P-14 GLANDECTOMIA CON RECONSTRUCCION CON INJERTO DE PIEL DE MUSLO

Edgar H. Olarte, Jesus Tornero, Mariano Rigabert , Guillermo Gomez.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de pene representa una de las neoplasias menos frecuentes en el varón adulto en países desarrollados, entre 0,1 -0,9 por cada 100.000 habitantes/año en Europa. De ellos, el 78% de los tumores aparecen en el glande y/o prepucio. A pesar de dicha localización distal en la anatomía del pene, el criterio tradicional de obtener amplios márgenes quirúrgicos de seguridad ha condicionado históricamente la realización de cirugías mutilantes (glandectomía y penectomía parcial o total) con un gran impacto en la esfera psíquica, sexual y estética en estos pacientes.

Materiales y Métodos: Presentamos el caso clínico de un paciente de 49 años con 2 lesiones en glande. La primera dorsal que afecta a meato uretral y la segunda lesión a nivel ventral adyacente a frenillo. Se realiza exeresis de estas 2 lesiones con resultado de anatomía patológica compatible con Tm ventral: Ca epidermoide bien diferenciado, márgenes negativos. Tm dorsal : Ca epidermoide bien diferenciado. Afectación focal del margen lateral. Rodete de seguridad: Displasia. Se plantea al paciente realizar Glandectomía + reconstrucción con injerto de piel de muslo. Se interviene el día 24/10/2012 y es dado de alta con una evolución correcta con buena coloración del injerto

DISCUSIÓN: El objetivo de una cirugía conservadora y reconstructiva es limitar la cirugía exerética al mínimo posible manteniendo el máximo de longitud peneana y obteniendo unos resultados cosméticos y funcionales aceptables, sin comprometer el resultado oncológico.

CONCLUSIONES : Existe un grupo importante de pacientes con cáncer de pene y/o otras patologías en el glande donde es posible realizar una cirugía reconstructiva peneana no mutilante con resultados oncológicos, estéticos y funcionales satisfactorios.

P-15 QUISTE DE GARTNER. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Rivero Guerra, A.; Romero Hoyuela, A; Cano García, M.C.; Hidalgo Agulló, G.; Reina Alcaína, L; Carrillo George, C.; Pietricica, B; Izquierdo Morejón, E.; Rosino Sánchez, A., Hita Villaplana, G., Fernández Aparicio, T.; Miñana López, B. Servicio de Urología, Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

INTRODUCCIÓN: Los quistes de Gartner pueden presentarse de manera similar a lesiones originadas de la uretra y sus tejidos circundantes. Es necesaria la correcta caracterización de este tipo de lesiones de cara a su adecuado planteamiento terapéutico.

METODOLOGÍA: Se presenta el estudio diagnóstico y posterior tratamiento de un caso de quiste de Gartner. Se revisa la bibliografía al respecto.

RESULTADOS: Se realiza el estudio de la lesión mediante RMN de la pelvis. Se descarta la posibilidad de divertículo uretral con la realización de cistografía en la que se pone de manifiesto la ausencia de comunicación entre el quiste y la uretra.

La paciente se programa para cirugía de exéresis del quiste, que posteriormente se envía a Anatomía Patológica confirmándose el diagnóstico de quiste de Gartner.

CONCLUSIONES: El diagnóstico de los quistes vaginales es complejo. Es necesaria la realización de pruebas de imagen en el estudio diagnóstico de la lesión previo a su tratamiento.

P-16 LITIASIS EN DIVERTÍCULO URETRAL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

C. Sánchez Rodríguez, P. Velilla Asurmendi, D. García Escudero, P. Samper Mateo, E. Peña Ros, P. Valdelvira Nadal, J. P. Morga Egea, J. Oñate Celdrán, M. Torres Roca, J. M. Jiménez López, A. Andreu García, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano.

Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN: los divertículos uretrales usualmente se asocian a infecciones urinarias crónicas, que suelen enmascarar el cuadro. Por éste motivo es fundamental la sospecha clínica y la eventual confirmación con métodos de imagen. Las complicaciones comunes del divertículo no tratado incluyen infección recurrente, cálculos y carcinoma.

MATERIAL Y MÉTODO: paciente varón de 34 años con antecedente de uretroplastia con mucosa oral hace 6 años. Acude a consulta tras notarse bultoma indurado y móvil, no doloroso, a nivel de ángulo escrotoperineal. Se solicita flujometría con Qmax de 32 ml/s y uretroscopia visualizándose uretra de características normales. Realizamos RMN apreciándose imagen nodular de 2 cm en cara inferior de raíz de pene, sugestiva de lesión fibrosa. Se realiza intervención encontrándose divertículo con litiasis en su interior en uretra bulbar. Realizamos resección del divertículo y sutura en 2 planos.

RESULTADOS: posterior fístula uretra-cutánea perineal confirmada por cistografía miccional por lo que se realiza fistulorrafia uretral y anastomosis uretral bulbar termino-terminal. Uretrografía retropúbica de control con uretra de buen calibre.

CONCLUSIÓN: la aparición de divertículos uretrales tras cirugía de sustitución uretral por estenosis no es una complicación infrecuente. Existen técnicas que buscan reforzar la resistencia de ésta zona de la uretra debilitada y que es importante conocer en la práctica de esta cirugía reconstructiva.

P-17 BIOPSIA RENAL: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

C. Sánchez Rodríguez, P. Velilla Asurmendi, D. García Escudero, P. Samper Mateo, P. Valdelvira Nadal, S. Muray Cases, V. Martínez Jiménez, J. P. Morga Egea, A. Andreu García, J. Oñate Celdrán, M. Torres Roca, J. M. Jiménez López, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano.

Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia.

INTRODUCCIÓN: la biopsia renal no esta exenta de complicaciones y morbilidad. Es este el motivo de crear protocolos de actuación para minimizar que sucedan estas complicaciones.

Material y métodos: Presentamos el protocolo de actuación prebiopsia renal, que se incluye en la historia clínica del paciente mediante una hoja de verificación. También presentamos los cuidados inmediatos posteriores a la biopsia, entregados en un documento a la UCE.

RESULTADOS:

- Requisitos previos a biopsia: 1. consentimiento informado cumplimentado, 2. confirmación cita urología, 3. PA controlada, 4. control Hb y Hcto prebiopsia, 5. coagulación _ 48h, 6. reserva concentrado de hemáties,

7. vía venosa permeable, 8. ayunas de al menos 8 h, 9. sueroterapia, 10. premedicación administrada (desmopresina 0,2 mcg/kg), 11. hoja anatomía patológica cumplimentada, 12. profilaxis antibiótica (cefazolina 1 g iv).

- Cuidados generales postbiopsia renal: 1. reposo absoluto y decúbito supino ligeramente inclinado hacia el lado de la punción.

Transcurridas 4 horas movilizar en la cama, sin levantarse de la cama hasta pasadas 24 horas, 2. dieta absoluta hasta analítica de control, 3. sueroterapia, 4. control TA cada 15 minutos durante las dos primeras horas y cada 30 minutos durante las 2 siguientes horas.

Posterior control horario, 5. control diuresis, 6. control de Hb y Hcto a las 6 y 24 horas de la biopsia, 7. si a las 8 horas el paciente esta estable iniciar tolerancia y pasar a planta.

CONCLUSIONES: es importante un equipo multidisciplinar en el que se encuentre implicado el urólogo para la realización de las biopsias renales. Para poder minimizar las complicaciones de la técnica se utilizan protocolos de actuación antes y después de la biopsia. De esta forma también disminuiríamos la variabilidad en la forma de actuar por parte del personal sanitario cuando sea necesario la realización de una biopsia renal.

P-18 MASA RECTAL COMO COMPLICACIÓN DE INYECCIÓN DE MITOMICINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS DE CUELLO VESICO-URETRAL

C. Sánchez Rodríguez, P. Velilla Asurmendi, D. García Escudero, P. Samper Mateo, E. Peña Ros, J. P. Morga Egea, J. Oñate Celdrán, P. Valdevira Nadal, M. Torres Roca, J. M. Jimenez López, A. Andreu García, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano.

Hospital General Universitario Reina Sofía Murcia.

INTRODUCCIÓN: la estenosis de cuello vesico-uretral es una complicación que se presenta con frecuencia tras la realización de prostatectomía radical. Uno de los tratamientos es la uretrotomía interna, seccionando el anillo estenótico vía transuretral. La mitomicina C tiene propiedades antifibróticas disminuyendo la síntesis de colágena y previniendo la formación de fibrosis.

MATERIAL Y MÉTODOS: varón de 64 años hipertenso y diabético al que se realiza prostatectomía radical laparoscópica por adenocarcinoma de próstata. En el postoperatorio es diagnosticado de estenosis de neocuello mediante cistoscopia y tras no mejorar con dilataciones se decide la realización de RTU de la esclerosis + la infiltración de mitomicina C.

RESULTADOS: 1 mes después el paciente orina correctamente sin sonda vesical pero comienza con estreñimiento, palpándose al tacto rectal una masa dura anterior, a 5 cm de margen anal. En colonoscopia mucosa excrecente con centro ulcerado con resultado en la AP de exudado fibrino-leucocitario. En TC se observa engrosamiento mural del recto.

En RM tumor de recto bajo-medio que invade grasa mesorrectal (T3c).

ECO transanal informa de masa que afecta todo el mesorrecto y parece infiltrar uretra membranosa. Tras otra biopsia negativa para células malignas se decide realizarla a cielo abierto resultando de nuevo negativa. Se realiza seguimiento del paciente observando como la masa disminuye de tamaño con el tiempo y tratamiento con AINES, apreciándose en nueva ECO transrectal como la masa se encuentra extrínseca a la pared del recto concluyendo que su etiología fue la inyección de mitomicina C.

CONCLUSIÓN: la inyección de mitomicina C no esta exenta de complicaciones. Es necesaria una buena técnica quirúrgica con una presión moderada en la administración para minimizar estas complicaciones. Es importante una buena comunicación entre los Servicios para poder llevar a cabo un diagnóstico diferencial que nos acerque a la etiología de la enfermedad.

P-19 HEMATURIA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL DIVERTÍCULO VESICAL DE HUTCH EN EL ADULTO

C. Sánchez Rodríguez, P. Velilla Asurmendi, D. García Escudero, P. Samper Mateo, J. M. Jiménez López, J. P. Morga Egea, J. Oñate Celdrán, M. Torres Roca, P. Valdevira Nadal, A. Andreu García, J. L. Rico Galiano, L. O. Fontana Compiano.
Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

INTRODUCCIÓN: presentamos el caso de un paciente de 25 años al que se le diagnosticó un divertículo de Hutch. Señalar que se trata de un tipo de divertículo vesical congénito muy infrecuente en la infancia y excepcional en el adulto, siendo muy escasos los casos comunicados en la literatura.

Material y métodos: paciente sin antecedentes de interés estudiado por microhematuria realizándose ecografía en la que se visualiza divertículo vesical. Realizamos cistouretrografía miccional seriada que muestra un divertículo de gran tamaño con volumen residual importante sin apreciarse reflujo vesicoureteral, estenosis uretral ni otra patología acompañante. Dadas las características de nuestro paciente se decidió tratamiento por cirugía abierta combinada.

Resultados: los pasos fueron: 1. Anestesia raquídea. 2. Posición decúbiteo supino. 3. Incisión de Pfannestiel. 4. Rechazamos peritoneo y realizamos incisión longitudinal en vejiga con posterior colocación de separador de Gosset. 5. Cateterismo ureteral ipsilateral. 6. Introducción de gasa en divertículo y disección del mismo. 7. Corte de cuello vesical y cierre con Vicryl. 8. Cierre de apertura inicial vesical. 9. Sonda vesical y drenaje. 10. Cierre por planos. La evolución fue satisfactoria con ecografía posterior sin alteraciones.

Conclusiones: el divertículo paraureteral de Hutch es una entidad infrecuente, incluso en la infancia. Para el diagnóstico en estos pacientes resulta especialmente útil la cistouretrografía miccional seriada. Los síntomas, complicaciones asociadas así como la presencia de reflujo determinarán el tipo de tratamiento a realizar.

P-20 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS INTRABDOMINALES EN PACIENTE CON CARCINOMA UROTELIAL

*A.Rodríguez Tardido; L.Gabriel Sala; R.Montoya Chinchilla; E. Hlta Rosino; E.Cao Avellaneda; M.J. Montes Díaz; F.J. Jiménez Penick; C. García Espona; J.M. Soler Fernández; J. Moreno Avilés.
Hospital General Universitario Santa Lucía.*

Varón de 54 años en seguimiento en consulta de urología por tumor urotelial vesical T1 G2 intervenido en junio del 2013 + ciclo de BCG posterior. Entre los antecedentes personales encontramos hiperuricemia, fumador 1 paquete al día y ser monorroño derecho por accidente de tráfico en 1985 que tuvo como consecuencia esplenectomía y nefrectomía izquierda.

En septiembre de este mismo año, ante citologías sospechosas de malignidad junto con cistoscopia negativa para recidiva vesical se realiza TAC donde se evidencian múltiples implantes peritoneales distribuidos por toda la cavidad abdominal (subcapsulares hepáticos, gotiera paracólica izquierda, ligamento gastrocólico, omento mayor y subfrénico izquierdo). Resto de órganos sin alteraciones.

Ante estos hallazgos, es fácil pensar que estamos ante una progresión a distancia de su tumoración vesical pero tenemos que tener en cuenta el antecedente del traumatismo esplénico. Para realizar un diagnóstico certero se realiza PAAF guiada por ecografía de uno de dichos implantes la cual informa de tejido fibrocolágeno con inflamación crónica y aguda y vasos y focos de hemorragia.

Además se realiza gammagrafía con hematíes marcados con 99m Tc ya que es una de las técnicas más sensibles y específicas para el diagnóstico que en este caso estamos barajando: esplenosis abdominal. Dicha prueba nos confirma nuestras sospechas, presentando focos de hipercaptación que se corresponden con los hallazgos encontrados en el TAC.

La esplenosis es el autotrasplante heterotópico de tejido. Es un proceso benigno, posiblemente más frecuente de lo que se cree y habitualmente asintomático. Es una entidad clinicopatológica perfectamente establecida, cuya patogenia consiste en la reimplantación sobre la superficie peritoneal de restos de la pulpa esplénica tras la rotura traumática del bazo, con posterior desarrollo, dando lugar a múltiples focos peritoneales, que pueden asumir y restaurar ciertas funciones del bazo, compensando, al menos parcialmente, el estado aesplénico.

La incidencia real de la esplenosis resulta muy difícil de precisar, ya que se trata de un proceso habitualmente asintomático, probablemente mucho más frecuente de lo que reflejan los pocos casos que se han publicado en la bibliografía médica.

El estudio anatomopatológico ha sido la base del diagnóstico durante mucho tiempo. Sin embargo, en la actualidad las técnicas de imagen permiten realizar el diagnóstico de certeza sin recurrir a métodos invasivos. Las técnicas más utilizadas son la gammagrafía con un coloide de sulfuro de 99m Tc, la gammagrafía con plaquetas marcadas con In y la gammagrafía con hematíes marcados con 99m, siendo esta última la técnica más sensible y específica, con un alto valor predictivo positivo, y por tanto la de elección.

En nuestro caso, la sospecha por el antecedente del traumatismo fue fundamental para llegar al diagnóstico de esta entidad que como vemos ver puede simular procesos malignos tales como tumores renales, linfomas abdominales, endometriosis, y extensión de otros procesos tumorales.

P-21 RETENCIÓN AGUDA DE ORINA COMO COMPLICACIÓN DE TRATAMIENTO CON FESOTERODINA

Velilla Asurmendi, P; Sánchez Rodríguez, C; García Escudero, D; Samper Mateo, P; Morga Egea, JP; Fontana Compiano, LO.

Hospital General Universitario Reina Sofía

Varón de 83 años.

Antecedentes: No alergias medicamentosas. HTA. Exfumador. Carcinoma epidermoide laríngeo intervenido en mayo de 2007 con cordectomía. Herniorrafia inguinal derecha. IRC. Creatinina basal: 2,6. Hipertrofia prostática intervenida en HUVA en 2005, encontrándose Adenocarcinoma de próstata, Gleason 3+3. En tratamiento con Bloqueo androgénico (leuprorelina semestral).

Remitido a consultas: STUI de 3 meses de evolución. Destaca clínica irritativa con aumento de frecuencia miccional.

- Frecuencia miccional diurna: 1/2 - 1 hora.
- Frecuencia miccional nocturna: 8-10 veces.

Refiere también urgencia miccional con incontinencia ocasional.

A. sangre: Creatinina 2,6. Urea 60. PSA: 12,6.

A. orina: Destaca piuria (5-12 leucocitos/campo).

Se inicia tratamiento con antibioterapia: levofloxacino 500 mg oral cada 24 horas y se indica fesoterodina oral 8 mg cada 24 horas (tratamiento de sintomatología irritativa miccional).

Acude 7 días después a puerta de urgencias por cuadro de oligoanuria y dolor en hipogastrio de 3 días de evolución.

Exploración: globo vesical.

A. sangre: Creatinina 13. K: 7,2. 15000 leucocitos.

Eco: Hidronefrosis grado I derecha y grado II izquierda.

Se realiza sondaje vesical, mejorando progresivamente la función renal. Analítica al alta: Creatinina 2,5.

JUICIO DIAGNÓSTICO: RETENCIÓN AGUDA DE ORINA SECUNDARIO A INICIO DE TRATAMIENTO ANTIMUSCARÍNICO (FESOTERODINA).

CONCLUSIONES:

- Se debe tener gran cuidado al introducir nueva medicación.
- La fesoterodina es un fármaco eficaz para tratar la sintomatología irritativa miccional
- Uno de sus efectos adversos es la retención aguda de orina.
- Se debe tener especial cuidado en pacientes con factores de riesgo de patología obstructiva urinaria. Es recomendable iniciar con la dosis menor (4 mg cada 24 horas) del fármaco.
- Realizar una flujometría para descartar obstrucción puede evitar esta reacción adversa.

Actividades Científicas desarrolladas durante el año 2013



ATENCIÓN PRIMARIA CARTAGENA

Siguiendo con la línea de actuación del Servicio y en colaboración con la Unidad Docente de At. Primaria del Área II de Cartagena, organizamos un Curso de "Actualización de Urología en Atención Primaria" en el que como objetivo principal, pretendimos actualizar conocimientos y habilidades en diversos temas de la especialidad, entre los profesionales que realizan la continuidad asistencial.

La acogida y respuesta por parte de los médicos de Atención Primaria fue excelente, contando con la numerosa participación de los mismos. El resultado de los cuestionarios de evaluación, tanto cuantitativo como cualitativo, fue muy satisfactorio.

Es nuestra intención mantener la organización de actividades como ésta u otras que ayuden a mejorar las relaciones entre los dos niveles asistenciales, en aras de ofrecer una mejor asistencia a nuestros pacientes.

Juan Moreno Avilés

Región de Murcia
Comunidad de Servicios y Historia Social

AFyC

Murciano
en Red

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA 2013
AREA 2 CARTAGENA

ACTIVIDAD:

**ACTUALIZACIÓN DE UROLOGÍA
EN ATENCIÓN PRIMARIA**

SOLICITADA ACREDITACIÓN POR
LA CFC DE LA REGIÓN DE MURCIA

FECHAS: 5 de noviembre de 2013, de 16.30 a 19.30 horas
7 de noviembre de 2013, de 16.30 a 20.45 horas
11 de noviembre de 2013 De 16.30 a 19.30 horas

LUGAR: AULA DE LA UNIDAD DOCENTE DEL HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARIO DE SANTA LUCÍA



PRESENTACIÓN DEL LIBRO CREACIÓN Y DESARROLLO DE LOS GRUPOS DE TRABAJO Y DE LAS OFICINAS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA

Como continuación de la celebración del centenario de la Asociación Española de Urología, los miembros de la Oficina de Historia presentaron en el LXXVIII Congreso Nacional de la AEU en Granada, en junio de 2013, un libro en el que se expone, en 382 páginas, el desarrollo y la evolución de los Grupos de Trabajo a los 35 años de su creación, por el Dr. Pérez Albacete y el de las Oficinas por el Dr. Otero Tejero.

Recopila el primero las incidencias de la constitución de los nueve Grupos de Trabajo, con una introducción histórica de los antecedentes científicos de cada uno en España y el contenido de las más de ciento cincuenta reuniones mantenidas por sus integrantes así como el papel desempeñado por los diferentes coordinadores.

Recoge el segundo el intenso quehacer desplegado por los componentes de la cinco Oficinas establecidas con el propósito de dar a conocer lo que representan, la función primordial que ejercen en el seno de la AEU y de que sea valorada su trascendencia, además de la dedicación a ella mostrada por sus representantes.

Todo ello acompañado de numerosas ilustraciones largo de la obra.



V Jornada Médico-Quirúrgica en Urología. Cirugía de excelencia en La Arrixaca

Organizada por el Servicio de Urología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca"

19 de Diciembre 2013. 08:00-15:00h.

Salón de actos Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" Quirófano de Urología





Premio Server Falgás 2012

ANÁLISIS DE LOS FACTORES ASOCIADOS A CÁNCER DE PRÓSTATA ESTADIO CT3B EN LOS PACIENTES CON BIOPSIAS DE PRÓSTATA Y VESÍCULAS SEMINALES

Montoya-Chinchilla Raúl, Rosino-Sánchez Antonio, Cano-García María del Carmen, Hidalgo-Agulló Guillermo, Reina-Alcaina Leandro, Carrillo-George Carlos, Pietricica Bogdan Nicolás, Izquierdo-Morejón Emilio, Romero-Hoyuela Antonio, Hita-Villaplana Gregorio, Fernández-Aparicio Tomás, Miñana-López Bernardino.

Servicio Urología, Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN

Se estima una incidencia del cáncer de próstata (CP) en España cercana a 80 casos por 100.000 varones, con un diagnóstico anual de aproximadamente 20000 nuevos casos diagnosticados. Según las series clásicas, la invasión de vesículas seminales (IVS) por el CP era del 25%, aunque actualmente ha bajado en algunas series hasta un 5%. Es decir, de los pacientes diagnosticados de CP cada año en España, cerca de 3000 presentarán IVS, aunque muchos de ellos no serán diagnosticados de dicha invasión de forma objetiva tras la realización de una prostatectomía radical.

La IVS por el CP es un factor pronóstico muy importante en esta enfermedad, convirtiendo el CP confinado, en un cáncer de muy alto riesgo de recidiva ante cualquier tratamiento con fines curativos.

Aunque la resonancia magnética está convirtiéndose en el método de imagen principal para el diagnóstico de la IVS, precisa de unidades altamente equipadas, bobinas endorrectales y radiólogos altamente familiarizados con el CP para poder alcanzar una adecuada capacidad diagnóstica, requisitos que no están disponibles en muchos centros.

La realización de biopsias de vesículas seminales permite conocer la existencia de IVS de forma objetiva previa a la toma de decisiones terapéuticas, sin necesidad de tecnología puntera ni caros procesos diagnósticos.

Lamentablemente, hasta la fecha no existen claros criterios de indicación internacionales para biopsias de vesículas seminales, por

lo que el análisis de los pocos protocolos de biopsias prostáticas que incluyen biopsias de vesículas seminales son necesarios.

Debido a que a la mayoría de centros no realiza biopsia de vesículas seminales, se ha planteado este estudio para conocer los factores histopatológicos, que pueden obtenerse en biopsias prostáticas habituales, relacionados con el estadio cT3b del CP.

MATERIAL Y METODOS

Se han revisado todos los pacientes del área VI de la región de Murcia a los que se ha realizado biopsias de vesículas seminales desde 2006 hasta agosto del 2012. Según el protocolo vigente en nuestro servicio, se toman muestras de vesículas seminales (1-2 cilindros en cada una) en pacientes candidatos a un tratamiento radical con la presencia de al menos uno de estos criterios:

- 1.- PSA mayor o igual de 15 ng/ml,
- 2.- Nódulo en bases prostáticas de forma palpable o mediante ecografía transrectal y/o
- 3.- Alteración ecográfica de las vesículas seminales sugerente de patología neoplásica, incluyendo asimetría entre ambas vesículas, contorno desestructurado y/o borramiento del ángulo vesículo-prostático.

Así se ha realizado un estudio retrospectivo con inclusión de 127 pacientes, cuya edad media fue de 66 años, PSA medio de 37,7 ng/ml y una densidad de PSA de 0,85.

Se ha analizado la relación de la presencia de cT3b con el sumatorio de Gleason, la existencia de tumor de bases prostáticas, el

porcentaje de cilindros afectados, el porcentaje de tejido afectado, el porcentaje de cilindros de bases prostáticas afectados, la afectación perineural, la afectación linfática, la afectación vascular y la afectación grasa.

Se ha usado el programa estadístico SPSS para el estudio descriptivo y comparativo de muestras independientes.

RESULTADOS

Un 59,2% de los pacientes fueron diagnosticados de CP (n=74) y un 14,4% de cT3b (n=18). Teniendo en cuenta sólo los pacientes con CP se ha diagnosticado un 24,3% de IVS.

Los pacientes se han biopsiado con uno de los criterios de indicación en un 74%, con 2 criterios un 20,5% y con los 3 criterios un 5,5%.

En un 39,3% de los pacientes estudiados, los cilindros de bases prostáticas estaban infiltrados por CP. Teniendo en cuenta sólo los pacientes con CP, este porcentaje ascendió hasta un 67,5%. El análisis de la infiltración basal según la IVS presentó diferencias significativas entre ambos grupos, mostrando una mayor infiltración basal en los pacientes con IVS frente a los CP sin IVS (94,44% vs 58,92%; p 0,005).

El 51,78% de los pacientes sin IVS mostraron un sumatorio de Gleason 6, siendo sólo un 11,11% en los pacientes con IVS. Por otro lado, un 55,55% de los pacientes con IVS presentaron sumatorios de Gleason mayor o igual de 8, frente al 17,85% de los pacientes sin IVS (p 0,031).

Tanto la afectación perineural como la afectación de la grasa periprostática han mostrado una mayor frecuencia en los pacientes con IVS (88,88% vs 39,28%; p 0,000; 25% vs 3,57%; p 0,026, respectivamente). La invasión linfovascular no ha mostrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, aunque los casos en cada grupo han sido muy poco frecuentes.

Respecto al estudio de la carga tumoral (Tabla 1), la IVS muestra cifras más altas en las 3

variables estudiadas, tanto en el porcentaje de cilindros afectados (36,19 vs 81,04%, p 0,000), en el porcentaje de cilindros de bases prostáticas afectadas (31,24 vs 83,33, p 0,000) como en el porcentaje de tejido afectado (15,25 vs 55,61%, p 0,000).

Se han creado curvas COR para estas 3 variables, mostrando áreas bajo las curvas de 0,88 para el porcentaje de tejido y de 0,86 para el porcentaje de cilindros, tanto totales como basales. Se establecieron los puntos de corte que alcanzaron el par sensibilidad/especificidad (S/E) más útiles para cada una de estas 3 variables. Así, un punto de corte de un 20% de tejido afecto en la biopsia prostática presenta una S/E de 88% y 75% respectivamente. Para un punto de corte de un 40% de los cilindros afectados de la biopsia prostática presenta una S/E de 88% y 63% respectivamente, mientras que para un punto de corte de un 40% de cilindros basales afectados, se presenta un par de S/E de 92% y 60% respectivamente (Tabla 2).

CONCLUSIONES

La realización de biopsias de vesículas seminales asociadas a la toma de muestras prostáticas ofrece información útil en la clasificación adecuada de la extensión tumoral, lo que implica posibles cambios en la toma de decisiones terapéuticas.

Los criterios de indicación utilizados en nuestro servicio para la realización de biopsias de vesículas seminales consiguen diagnosticar cerca de un 25% pacientes con IVS secundaria a CP.

Casi todos los pacientes con IVS (94,4%) presenta infiltración basal del CP, mientras que ésta se presenta en un 58,9% en los pacientes sin IVS.

Un mayor porcentaje de cilindros totales y de bases prostáticas, un mayor porcentaje de tejido tumoral y mayor sumatorio de Gleason se relacionan con estadios clínicos avanzados (cT3b) en los pacientes susceptibles a biopsias de vesículas seminales según nuestros criterios de indicación.

Tabla 1

	Tejido afecto	Cilindros afectados	Cilindros basales afectados
No IVS	16,25%	36,19%	31,24%
IVS	55,61%	81,04%	83,33%
<i>IVS: invasión de vesículas seminales.</i>			

Tabla 2

	ABC	Punto de corte	Sensibilidad	Especificidad
Tejido afecto	0,880	20%	88%	75%
Cilindros afectados	0,866	40%	88%	63%
Cilindros basales afectados	0,864	40%	92%	60%
<i>ABC: área bajo la curva.</i>				

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cózar JM, Miñana B, Gómez-Veiga F, Rodríguez-Antolín A, Villavicencio H, Cantalapiedra A, Pedrosa E. Registro nacional de cáncer de próstata 2010 en España. *Actas Urol Esp.* 2013;37:12-9.
- 2.- Villers AA, McNeal JE, Redwine EA, Freiha FS, Stamey TA. Pathogenesis and biological significance of seminal vesicle invasion in prostatic adenocarcinoma. *J Urol.* 1990 Jun;143(6):1183-7.
- 3.- Otori M, Scardino PT, Lapin SL, Seale-Hawkins C, Link J, Wheeler TM. The mechanisms and prognostic significance of seminal vesicle involvement by prostate cancer. *Am J Surg Pathol.* 1993 Dec;17(12):1252-61.º
- 4.- Epstein JI, Carmichael M, Walsh PC. Adenocarcinoma of the prostate invading the seminal vesicle: definition and relation of tumor volume, grade and margins of resection to prognosis. *J Urol.* 1993 May;149(5):1040-5.
- 5.- Allepuz Losa CA, Sans Velez JI, Gil Sanz MJ, Mas LP, Rioja Sanz LA. Seminal vesicle biopsy in prostate cancer staging. *J Urol.* 1995 Oct;154(4):1407-11.
- 6.- Quinn DI, Henshall SM, Brenner PC, Kooner R, Golovsky D, O'Neill GF, et al. Prognostic significance of preoperative factors in localized prostate carcinoma treated with radical prostatectomy: importance of percentage of biopsies that contain tumor and the presence of biopsy perineural invasion. *Cancer.* 2003 Apr;97(8):1884-93.

Veinte años de la Asociación Murciana de Urología



Se cumple este mes de febrero la segunda década de vida de la Asociación Murciana de Urología, fue en febrero de 1994 cuando comenzó su gestación y el 26 de octubre del mismo año quedó formalmente inscrita en el registro de Asociaciones de la Región de Murcia. Cinco Juntas Directivas diferentes han sido las responsables de la AMU desde entonces (Tabla I) cuyos componentes, con ilusión, dedicación y esfuerzo le han transmitido vitalidad y han mantenido una continua y ascendente labor. Recordamos la actividad llevada a cabo en estos veinte años (Tabla II), en la que se recogen todas las reuniones habidas y de las que el Boletín de la AMU ha sido fiel testigo y registro puntual de sus pormenores.

También presentamos en la Tabla III la relación de los todos miembros que ha habido, distribuidos en fundadores, de honor, de número, agregados y correspondientes, por el orden de admisión; en la tabla IV los que actualmente trabajan expuestos por orden alfabético y señalamos el lugar donde lo hacen. Fueron 44 los fundadores y hoy día casi duplicamos la cifra los que trabajamos en la Comunidad Autónoma de Murcia, incluidos los médicos aún en formación. Once compañeros nos dejaron y diez han finalizado ya su periodo laboral. Finalmente incluimos los nombres de los galardonados con los premios al mejor trabajo de cada reunión, primeramente Salvador Pascual que cambió el nombre al de Server Falgás en 2001 (Tabla V).

Se han producido importante cambios en este periodo, tanto en la distribución de los hospitales como en su tamaño y funciones, entre las que destacamos ser centros universitarios los tres de Murcia y el nuevo de Cartagena, además de la variación e incremento de las plantillas urológicas en cada centro. Desapareció el antiguo Hospital de San Juan de Dios de Murcia y en su lugar tenemos al nuevo Universitario Reina Sofía; en Cartagena encontramos al casi recién inaugurado Hospital Universitario Santa Lucía que ha relegado al Hospital Santa María del Rosell a funciones meramente de atención ambulatoria y fue cerrado el Hospital Naval del Mediterráneo; el General de los Arcos de Santiago de la Ribera se ha visto sustituido por el del Mar Menor, en San Javier; el Hospital de la Fundación de Cieza se ha incluido en la cartera de servicios del sistema Murciano de Salud, denominado Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, nombre en recuerdo de un médico amigo. El Hospital del Noroeste en Caravaca y el de Virgen del Castillo de Yecla, continúan prestando su atención urológica y cierran el cuadro de atención de la especialidad en la Comunidad.

Hemos considerado también de interés general estar al tanto sobre la evolución de cada servicio urológico hospitalario dados las múltiples variaciones no solo de personal sino también del modo de ejercer la especialidad en cada uno. Al ser el organizador del evento cada año una unidad urológica diferente vamos a aprovechar para pedir al responsable correspondiente que nos aporte detalles o dé noticias sobre la marcha del servicio. Pretendemos con ello únicamente conocer las peculiaridades de cada centro, con lo que creemos que el Boletín cumple una de sus funciones, la de ser el nexo de información de los urólogos murcianos.

Mariano Pérez Albacete

JUNTAS DIRECTIVAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

JUNTA PROVISIONAL

Murcia, septiembre de 1994

Presidente: Mariano Pérez Albacete

Vicepresidente: José Gil Franco

Secretario: José Lorca García

Tesorero: Alberto Murcia Valcárcel

Vocales: Ramón La Iglesia Cabrerizo - Juan Moreno Avilés

PRIMERA JUNTA DIRECTIVA OFICIAL

Murcia, 7 de octubre de 1995

La anterior elegida por unanimidad

SEGUNDA JUNTA DIRECTIVA

Cartagena, 23 de octubre de 1999

Presidente: Mariano Pérez Albacete

Vicepresidente: Óscar Fontana Compiano

Secretario: Bernardino Miñana López

Tesorero: Alberto Murcia Valcárcel

Vocales: Mariano Rigabert Montiel - Juan Manuel Soler Fernández

En 2001 se añade la vocalía científica que es ocupada por Carlos Tello Royloa

TERCERA JUNTA DIRECTIVA

Murcia, 22 de noviembre de 2003

Presidente: Mariano Tomás Ros

Vicepresidente: Carlos García Espona

Secretario: Pablo Guzmán Martínez Valls

Tesorero: Mariano Rigabert Montiel

Vocal científico: Carlos Tello Royloa

Vocales: Pedro Valdelvira Nadal - Felipe García García

CUARTA JUNTA DIRECTIVA

Lorca, 10 de noviembre de 2007

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

En 2009, el secretario es sustituido por Antonio Romero Hoyuela por la marcha de Antonio Prieto González

QUINTA JUNTA DIRECTIVA

San Javier, 19 de noviembre de 2011

Presidente: Gerardo Server Pastor

Vicepresidente: Leonardo Nortes Cano

Secretario: Pedro Antonio López González

Tesorera: Gloria Doñate Íñiguez

Vocal científico: Tomás Fernández Aparicio

Vocales: Eugenio Hita Rosino - Emilio Izquierdo Morejón

REUNIONES CIENTÍFICAS DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA

- Reunión Científica, 28/abril/1995. Colegio de Médicos, Murcia. Organiza Junta Directiva de la AMU
- I Congreso, 7/octubre/1995. Hotel del Arco, Murcia. Organiza Junta Directiva de la AMU
- Reunión de trabajo, 27 de abril de 1996. Cartagena. Organiza servicio Urología H. S^a. María del Rosell
- II Reunión, 5/ octubre/1996. H. Comarcal del Noroeste, Caravaca. Dr. Alberto Murcia Valcárcel
- III Reunión, 25/octubre/1997. H. Rafael Méndez. Lorca. Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo
- IV Congreso, 23-24/octubre/1998. H. Morales Meseguer. Murcia. Dr. Bernardino Miñana López
- V Congreso, 22-23/octubre/1999. H. Naval del Mediterráneo. Cartagena, Dr. Carlos García Espona
- VI Jornada, 27-28/octubre/2000. H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. Dr. Mariano Pérez Albacete
- VII Jornada, 26/octubre/2001. H. Virgen del Castillo. Yecla. Dr. Francisco Ojados Castejón
- VIII Jornada, 8/noviembre/2002. H. S^a María del Rosell. Cartagena. Dr. Santiago Lescure del Río
- IX Jornada, 21-22/noviembre/2003. H. General. Murcia. Dr. Óscar Fontana Compiano
- X Jornada, 19-20/noviembre/2004. Fundación H. Cieza. Dr. Lucas Asensio Egea
- XI Jornada, 18-19/ noviembre/2005. H. del Noroeste. Caravaca. Dr. Alberto Murcia Valcárcel
- XII Jornada, 17-18/noviembre/2006. H. U. Morales Meseguer. Murcia. Dr. Bernardino Miñana López
- XIII Jornada, 9-10/noviembre/2007. H. Rafael Méndez. Lorca. Dr. Ramón La Iglesia Cabrerizo
- XIV Jornada, 7-8/ noviembre/2008. H. U. Virgen de la Arrixaca. Murcia. Dr. Mariano Pérez Albacete
- XV Jornada, 13-14/noviembre/2009. H. S^a María del Rosell. Cartagena. Dr. Ricardo García Pérez
- XVI Jornada, 12-13/noviembre/2010. H. General U. Reina Sofía. Murcia, Dr. Óscar Fontana Compiano
- XVII Jornada, 18-19/noviembre/2011. H. Mar Menor. San Javier. Dr. Pablo Guzmán Martínez-Valls
- XVIII Jornada, 9-10/noviembre/2012. H. de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Dr. Lucas Asensio Egea
- XIX Jornada, 6-7/febrero/2014. H. U. Morales Meseguer. Murcia. Dr. Bernardino Miñana López

MIEMBROS FUNDADORES DE LA AMU

Mariano Pérez Albacete *
José Gil Franco. † 2001
José Lorca García *
Juan Moreno Avilés
Ramón la Iglesia Cabrerizo
Alberto Murcia Valcárcel
José Pascual Alcaraz Reverte
Lucas Asensio Egea
Diego Castillo Cegarra
José María Cervell Ferrón *
Francisco Vicente Cuesta Climent
Eduardo Chacón Gómez. † 6.IX.2005
Francisco Fernández Salvador*
Roberto Ferrero Doria
Luis Óscar Fontana Compiano
José Antonio García Hernández
Ricardo García Pérez *
Guillermo Antonio Gómez Gómez
Antonio Gras Richart. † 31.XII.2005
Ángel Guardiola Más *
Eugenio Hita Rosino
Gregorio Hita Villaplana
José Miguel Jiménez López
Santiago Lescure del Río *

Pedro López Cubillana
Pablo Martínez Pertusa *
Fulgencio Meseguer Carpe
Rafael Miquel Foc. † 2006
Emilio Moreno Barrachina † 2003
Leonardo Nortes Cano
Luis Olmos García*
Pedro Peñaranda Gil de Pareja*
José Joaquín Pérez Calvo
José Luis Prefasi Martínez. † 5.XI.2008
Antonio Prieto González
José Luis Rico Galiano
Mariano Rigabert Montiel
Gerardo Server Falgás. † 25.XII.1999
Gerardo Server Pastor
Mariano Tomás Ros † 1.VI.2012
Francisco Ojados Castejón
Ramón de Paz Sánchez *
Carlos Tello Royloa
Ramón Sánchez-Parra Jaén. † 2.II.1998

MIEMBROS DE HONOR

Santiago Lescure del Río
Francisco Fernández Salvador
José Lorca García

* Jubilados

MIEMBROS DE NÚMERO

Antonio Romero Hoyuela
María José Montes Díaz
Bernardino Miñana López
Tomás Fernández Aparicio
Pablo Guzmán Martínez-Valls
Carlos García Espoza
Olegario Santamaría Fernández
José Antonio Nicolás Torralba
Vicente Bañón Pérez
Andrés Sempere Gutiérrez
Juan Pedro Morga Egea
Julian García Ligerio
Juan Manuel Soler Fernández
Pedro Valdevira Nadal
Navas Pastor, Jacinto
Jesus Ignacio Tornero Ruíz
Felipe García García
Anastasio Montesinos Baylo
Enrique Cao Avellaneda
Pedro Romero Pérez
Ana Isabel López López
Antonio Rosino Sánchez
Ángel Andreu García
Francisco Jiménez Penick
Antonio Moreno Saturnino. †
Andrés Bitsunov Bitsonova
Almudena Rodríguez Tardido
Alejandro Maluff Torres

Félix Escudero Bregante
Pedro Ángel López González
Beatriz Honrubia Vilches
Emilio Izquierdo Morejón
Gloria Doñate Íñiguez
Cristóbal Moreno Alarcón
José Carlos Ruiz Morcillo
José David Jiménez Parra
Kamal Hawatmeh. †

CORRESPONDIENTE

Diego Tapia Albaladejo*

AGREGADOS

Cindy Paola Pinzón Navarrete
Felipe Pablo Gutiérrez Gutiérrez
Harold Luis Martínez Peralta
Leandro Reina Alcaina
Carlos Carrillo George
Damián García Escudero
Edgar U. Olarte Barragán
Felipe Pablo Gutiérrez Gutiérrez
Harold Martínez Peralta
Mari Carmen Cano García
Leandro Reina Alcaina
Guillermo Hidalgo Agulló
Carlos Carrillo George
Carlos Sánchez Rodríguez
Pablo Velilla Asurmendi
Damián García Escudero

LISTA ALFABÉTICA DE LOS URÓLOGOS EN ACTIVO EN LA COMUNIDAD DE MURCIA

ALCARAZ REVERTE, José Pascual Cartagena.
ANDREU GARCÍA, Ángel Murcia. H. U. Reina Sofía
ASENSIO EGEA, Lucas Cieza. H. de la Vega Lorenzo Guirao
BITSUNOV BITSONOVA, Andrés Lorca H. Rafaél Méndez
CAO AVELLANEDA, Enrique Cartagena. H. U. S^a Lucía
CASTILLO CEGARRA, Diego Cieza. H. de la Vega Lorenzo Guirao
CUESTA CLIMENT, Francisco Murcia. H. U. Morales Meseguer
DOÑATE ÍÑIGUEZ, Gloria..... San Javier. H. Mar Menor
ESCUDERO BREGANTE, Félix Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
FERNÁNDEZ APARICIO, Tomás Murcia. H. U. Morales Meseguer
FONTANA COMPIANO, Luis Óscar..... Murcia. H. U. Reina Sofía
GARCÍA ESPONA, Carlos Cartagena. H. U. S^a Lucía
GARCÍA HERNÁNDEZ, José Antonio Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
GÓMEZ GÓMEZ, Guillermo Antonio..... Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
GUZMÁN MARTÍNEZ-VALLS, Pablo..... San Javier. H. Mar Menor
HITA ROSINO, Eugenio Cartagena. H. U. S^a Lucía
HITA VILLAPLANA, Gregorio Murcia. H. Morales Meseguer
HONRUBIA VILCHES, Beatriz..... San Javier. H. Mar Menor
IGLESIA CABRERIZO, Ramón la Lorca. H. Rafaél Méndez
IZQUIERDO MOREJÓN, Emilio Murcia. H. U. Morales Meseguer
JIMÉNEZ LÓPEZ, José Miguel..... Murcia. H. U. Reina Sofía

JIMÉNEZ PENICK, Francisco..... Cartagena. H. U. S^a Lucía
 LÓPEZ CUBILLANA, Pedro..... Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 LÓPEZ GONZÁLEZ, Pedro Ángel Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 MALUFF TORRES, Alejandro San Javier. H. Mar Menor
 MESEGUER CARPE, Fulgencio Murcia. H. U. Morales Meseguer
 MIÑANA LÓPEZ, Bernardino Murcia. H. U. Morales Meseguer
 MONTES DÍAZ, María José..... Cartagena. H. U. S^a Lucía
 MONTOYA CHINCHILLA, Raúl..... Cartagena. H. U. S^a Lucía
 MORENO ALARCÓN, Cristóbal Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 MORENO AVILÉS, Juan Cartagena. H. U. S^a Lucía
 MORG A EG EA, Juan Pedro Murcia. H. U. Reina Sofía
 MURCIA VALCÁRCEL, Alberto Caravaca. H. del Noroeste
 NICOLAS TORRALBA, José Antonio Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 NORTES CANO, Leonardo..... Murcia H. U. Infantil Virgen de la Arrixaca
 OJADOS CATEJÓN, Francisco Yecla. H. Virgen del Castillo
 OÑATE CELDRÁN, Julián..... Murcia. H. U. Reina Sofía
 PÉREZ CALVO, José Joaquín Caravaca. H. del Noroeste
 PIETRICICA, BOGDAN, Nicolás..... Murcia. H. U. Morales Meseguer
 PRIETO GONZÁLEZ, Antonio Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 RICO GALIANO, José Luis..... Murcia. H. U. Reina Sofía
 RIGABERT MONTIEL, Mariano Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 RODRÍGUEZ TARDIDO, Almudena Cartagena. H. U. S^a Lucía
 ROMERO HOYUELA, Antonio..... Murcia. H. U. Reina Sofía
 ROSINO SÁNCHEZ, Antonio..... Murcia. H. U. Morales Meseguer
 RUIZ MORCILLO, José Carlos..... Lorca. H. Rafaél Méndez
 SANTAMARÍA FERNÁNDEZ, Olegario Cartagena. H. U. S^a Lucía
 SEMPERE GUTIÉRREZ, Andrés..... Murcia. H. U. Reina Sofía
 SERVER PASTOR, Gerardo..... Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 SOLER FERNÁNDEZ, Juan Manuel Cartagena. H. U. S^a Lucía
 TORNERO RUÍZ, Jesús Ignacio Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 VALDELVIRA NADAL, Pedro Murcia. H. U. Reina Sofía

OLARTE BARRAGÁN, Edgar U. R-5 Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 PINZÓN NAVARRETE, Cindy Paola R-4 Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 GUTIÉRREZ GUTIÉRREZ, Felipe Pablo R-3 Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 MARTÍNEZ PERALTA, Harold R-2 Murcia. H. U. Virgen de la Arrixaca
 CANO GARCIA, Mari Carmen R-5 Murcia. H. U. Morales Meseguer
 REINA ALCAINA, Leandro..... R-4 Murcia. H. U. Morales Meseguer
 HIDALGO AGULLO, Guillermo R- 3 Murcia. H. U. Morales Meseguer
 CARRILLO GEORGE, Carlos..... R-2 Murcia. H. U. Morales Meseguer
 SÁNCHEZ RODRIGUEZ, Carlos R-5 Murcia. H. U. Reina Sofía
 VELILLA ASURMENDI, Pablo..... R-4 Murcia. H. U. Reina Sofía
 GARCIA ESCUDERO, Damián R- 2 Murcia. H. U. Reina Sofía
 CACHAY AYALA, Max Eusebio Cartagena. H. U. S^a Lucía
 SALA, Leandro Gabriel..... Cartagena. H. U. S^a Lucía
 BUITRAGO JARA, Sergio Eloy Lorca. H. Rafaél Méndez
 JIMENEZ PARRA, José David Lorca. H. Rafaél Méndez
 SEGURA SANCHEZ, Manuel José..... Lorca. H. Rafaél Méndez
 RODRIGUEZ BAZALO, José Manuel Caravaca. H. del Noroeste
 ABI MOUSA, MAROUN..... Yecla. H. Virgen del Castillo

PREMIOS SALVADOR PASCUAL - SERVER FALGÁS de la AMU

1997 Dr. D. Carlos Tello Royloa.

Médico adjunto del servicio de Urología, Hospital de la Vega Baja, Orihuela
«Cirugía de la masa residual postquimioterapia en los tumores testiculares».

1998 Dr. D. Mariano Rigabert Montiel

Médico residente de 5º año de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
«Valor de la PAAF en el estudio de las masas renales».

1999 Dr. D. Pablo Guzmán Martínez Valls

Médico adjunto del servicio de Urología, Hospital Morales Meseguer. Murcia
«Factores predictores de órgano confinación tumoral en el cáncer de próstata: estudio comparativo con los normogramas de Partin».

2000 Dr. D. Julián García Ligeró

Médico residente de 5º año de Urología, Hospital General Universitario de Murcia
«Valor de la expresión de P-53 y ERB-2 en el carcinoma urotelial de localización vesical».

2001 Dr. D. Pedro Valdevira Nadal

Médico residente de 5º año de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
«Nuestra experiencia en el tratamiento endoscópico con materiales biocompatibles del reflujo vésico ureteral infantil».

2002 Dr. D. Felipe García García

Médico residente de 5º año de Urología. Hospital General Universitario. Murcia
«Cirugía radical en tumores transicionales de vías altas. Causas histológicas e inmunohistoquímicas que determinan el pronóstico en su evolución».

2003 Dr. D. Enrique Cao Avellaneda

Médico residente de 5º año de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
«Neoplasias malignas en pacientes trasplantados: nuestra experiencia (1985-2002)».

2004 Desierto

2005 Dra. D^a. Ana Isabel López López

Médico residente de 5º año de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
«Neoplasias ureterales del tracto urinario superior en la Comunidad de Murcia (1993-2003). Estudio multicéntrico. Resultados preliminares».

2006 Dr. D. Félix Escudero Bregante

Médico residente de 5º año de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
«Biopsias bajo anestesia».

2007 Dr. D. José Luis Rico Galiano

Médico adjunto del servicio de Urología, Hospital Universitario Reina Sofía
«Seguimiento de las complicaciones de las mallas sintéticas en el tratamiento de la IUE femenina»

2008 Dr. D. Pedro Ángel López González

Médico residente de 5º año de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia
«Cirugía intrarrenal retrógrada con URS flexible y Láser Holmium»

2009 Dr. D. Luis Óscar Fontana Compiano

Jefe del servicio de Urología del Hospital Universitario Reina Sofía
Beta-lactamasas de espectro extendido. Un desafío epidemiológico y terapéutico».

2010 Dr. D. Carlos Sánchez Rodríguez

Médico del servicio de Urología del Hospital Universitario Reina Sofía
«Utilidad de la densitometría-TC en el estudio de la composición química de los cálculos»

2011 Desierto

2012 Dr. D. Raúl Montoya Chinchilla

Médico residente de 5º año del servicio de Urología del Hospital Universitario Morales Meseguer
«Análisis de los factores asociados a cáncer de próstata estadio cT3b en los pacientes con biopsias de próstata y vesículas seminales»

Dr. D. Ramón Sánchez-Parra García

LAS OPERACIONES UROLÓGICAS DEL DR. SÁNCHEZ-PARRA GARCÍA REALIZADAS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL Y UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MURCIA (1930-1934)



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el Archivo Histórico de la Región de Murcia se conservan las historias clínicas de los enfermos ingresados en el Hospital Provincial de San Juan de Dios de la ciudad. El servicio de Urología, creado en 1931, fue adjudicado al Dr. D. Ramón Sánchez-Parra García, uno de los tres cirujanos del servicio de Cirugía General. Indagamos sobre su personalidad e investigamos sobre la patología urológica asistida, el tipo de operaciones quirúrgicas llevadas a cabo y las técnicas utilizadas así como la evolución postoperatoria para valorar la calidad de la atención urológica prestada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Localizamos las historias de los pacientes asistidos por el Dr. Sánchez-Parra tanto en el servicio de Urología como en el de Cirugía General, de las que entresacamos las correspondientes a los operados por procesos urológicos para su estudio. Se encuentran en 323 carpetas distribuidas por fechas y cubren seis

años, del 25 de julio de 1930 al 13 de julio de 1936, y que pueden ser consultadas libremente al haber transcurrido más de cincuenta años. Revisamos la bibliografía localizada sobre el Dr. Sánchez-Parra García y sobre el servicio de Urología del Hospital San Juan de Dios de Murcia.

RESULTADO

D. Ramón Sánchez-Parra García (Murcia, 1896-1982) hijo del ginecólogo D. Emilio Sánchez García, finalizó el bachillerato en Murcia en 1912 con premio extraordinario y obtuvo el título de maestro de Instrucción Pública (1913) profesión que llegó a ejercer en la prisión provincial. Inició sus estudios de Medicina en la Universidad Central y se licenció por la de Salamanca en 1917, en la que fue alumno interno de cirugía por oposición en la cátedra del profesor Miguel Royo González, con quien se trasladó a Sevilla para especializarse en Cirugía General. Tras dos años de práctica, durante los cuales realizó la memoria para la obtención del grado de doctor, marchó a París unos meses para completar su formación quirúrgica. Regresó a su ciudad natal en 1919 y accedió mediante concurso a una plaza de cirujano en el Hospital General de San Juan de Dios, dependiente de la Diputación Provincial, donde ejerció ⁽¹⁾.

En la distribución de las salas del Hospital aparece en 1924 el Dr. Sánchez-Parra García como jefe del servicio de Urología. En 1931 la dirección del Hospital, tras consultar al cuerpo médico y al farmacéutico de la Beneficencia Provincial, a fin de mejorar el aprovechamiento asistencial benéfico y al considerar caduca la organización existente, plantea la creación de especialidades quirúrgicas y la distribución de las tres plazas existentes en el servicio de cirugía en una de Cirugía General, otra de Ortopedia y la tercera de Urología ⁽²⁾.

El Dr. Sánchez-Parra, a quien quedaba asignada la de Urología, se opone rotundamente a esta decisión y presenta una carta en agosto de 1931 en contra de la división y de la especialización de los servicios quirúrgicos del Hospital Provincial; en su alegación esgrime que él es cirujano general y que no se le puede privar de este ejercicio ⁽³⁾, tras ello, en una junta extraordinaria del cuerpo facultativo y después de grandes discusiones. se llegó al acuerdo propuesto por el decano: *Que sean desempeñados los servicios de Cirugía General por los tres cirujanos que actualmente lo hacen y que se instituyan tres servicios de especialidades, uno para cada uno de los cirujanos, en el orden siguiente: el primero Cirugía de Tumores, el segundo Cirugía Ortopédica y el tercero de Urología*, cada uno con igual número de camas, 25. La repartición de las salas de Cirugía quedó establecida de la siguiente manera: la de Ortopedia, atendida por D. Antonio Hernández-Ros Codorniu (Murcia, 1884-1982), que en 1937, fue sustituido por D. Félix Montijano Buendía; la sala de mujeres y de Cancelorogía, por D. Pedro Quesada Hernández (Murcia, 1867-1936), cirujano del Hospital desde 1900 y la sala de hombres y de Urología por D. Ramón Sánchez-Parra García en la que finalmente ejerció la especialidad y donde desarrolló toda su carrera y fue director del centro desde 1958 hasta su retiro en 1971. Fue también cirujano del Hospital de la Cruz Roja de Murcia. Gran aficionado a la fiesta nacional fue cirujano titular del coso de la Condomina y de varias de las plazas de toros de la provincia. Creó su propio sanatorio quirúrgico donde operaba a su clientela, en la calle que actualmente lleva su nombre en la ciudad.

Como méritos urológicos del Dr. Sánchez Parra que justificasen su nombramiento hemos encontrado referencias en las publicaciones periódicas murcianas, en *La Gaceta Médica de Murcia* ⁽⁴⁾ aparece ya en 1919 como urólogo colaborador; en *Estudios Médicos* ⁽⁵⁾ figura en 1920 en el comité de redacción como urólogo y fue secretario de redacción de *Levante Médico* ⁽⁶⁾. En cuanto a sus trabajos urológicos tenemos «Riñón en herradura» leído en la *Reunión anual de la Asociación Española de Urología*, de 1957, de la que era miembro desde 1946, y su discurso de ingreso como numerario en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, leído el 27 de febrero de 1944, sobre «Estado

actual de la urografía», Academia de la que fue presidente de 1967 a 1978. Fue elegido socio de la Asociación Internacional de Urología en 1952 y perteneció a la española de Cirujanos.

Fue Hermano Mayor de la cofradía del Santísimo Cristo del Refugio, con sede en la iglesia parroquial de San Lorenzo. La Cruz Roja le otorgó la Cruz de Plata en 1927 y la de Oro en 1929 por su entrega a la misma e igualmente estaba en posesión de la encomienda de Sanidad concedida en 1967.

Las carpetas del Hospital Provincial reseñadas como de Urología, que contienen además varias de historias de Cirugía General, son dos, la de signatura DIP 6305/7 comprende de enero a diciembre de 1935, con ocho de procesos urológicos de los que fueron operados cinco enfermos y practicada una biopsia renal; la DIP 6302/7 cubre de enero a diciembre de 1936, con 21 pacientes de Urología, cinco de los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente.

Hospital Provincial de San Juan de Dios de Murcia.

Folio. 11 Historia clínica n.º 105 Profesor Dr. Ramón Sánchez-Parra

Servicio de Cirugía Sala San Patricio Cama n.º 2

Nombre Juan Apellidos Castiella Cortes

Natural de Murcia Provincia de Murcia Nacionalidad España

Reside en Alboloya calle de n.º Edad Sanito

Estado casado Profesión fontanero

Diagnóstico adenoma de próstata

Admitido el 27 de abril de 1931 Alta el 18 de Julio de 1931

Resultado obtenido mejoría curación

V.º B.º del Director, 76 El Profesor, Ramón Sánchez-Parra

fig 1

De las carpetas de Cirugía General efectuamos un muestreo y examinamos 25 de las que extraemos las de pacientes atendidos por el Dr. Sánchez-Parra por patología urológica. Cada carpeta contiene una media de 26 historias (entre 20 y 38) con un total 650 pacientes de los que setenta de los cuales presentan procesos urológicos y 26 fueron intervenidos quirúrgicamente. Las salas de ingreso se llaman las de hombres, de San Patricio y Perpetuo Socorro, denominada ésta también con el nombre del Dr. Argumosa, y la de mujeres, de La Encarnación, además de una de “distinguidos”.

En la hoja de la historia clínica (fig. 1) se recoge la numeración correspondiente, el

nombre del profesor al que se le asigna el enfermo, el servicio al que corresponde, la sala y el número de cama; la filiación del paciente con nombre, sexo, edad, estado, lugar de residencia, profesión y nacionalidad; el diagnóstico de presunción establecido; la fecha de admisión y la de alta, así como el resultado obtenido: curado o mejoría por operación, control domiciliario, alta voluntaria, fuga o exitus, seguido de la firma del responsable. Ninguna historia reúne dato alguno de anamnesis.

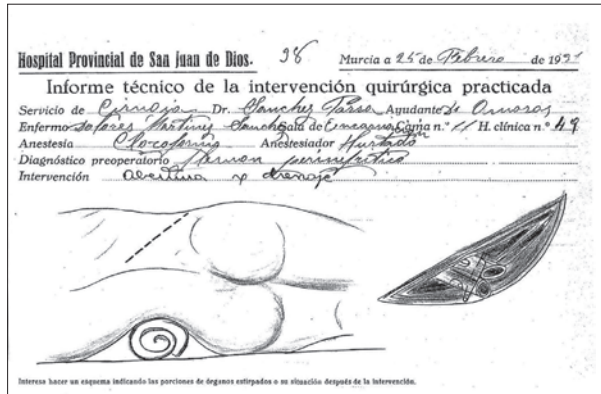


fig 2

La hoja dedicada a la “exploración general del enfermo” queda en blanco en todas, solamente hemos encontrado en la de “exploración especial” apuntada la práctica de radiografías en un proceso renal. Están incluidos datos analíticos de sangre y de orina en algunas historias además de la gráfica de hospitalización, en la que se registra diariamente la temperatura, en la mayoría, en el caso de la biopsia renal por nefritis se halla el informe anatomopatológico.

En el “informe técnico de la intervención quirúrgica”, además del nombre del paciente y

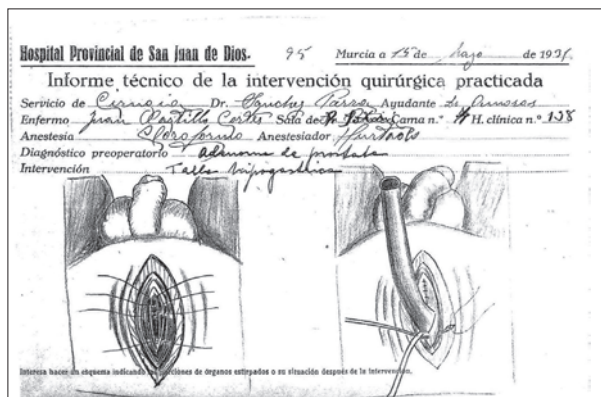


fig 3

de su ubicación hospitalaria, se señala la fecha de la operación y se refleja el nombre del cirujano y el de su ayudante, el tipo de anestesia administrada y quién la aplica, el diagnóstico preoperatorio y el tipo de intervención. En el espacio para la descripción de la operación existe una anotación “hacer un esquema indicando las porciones de órganos estirpados (sic) o su situación después de la intervención”, en él el Dr. Sánchez-Parra dibuja el campo operatorio sin indicación técnica alguna, los apuntes los repite por igual en actuaciones similares aunque destacamos que únicamente los realiza en los dos primeros años, en 1930 y 1931.

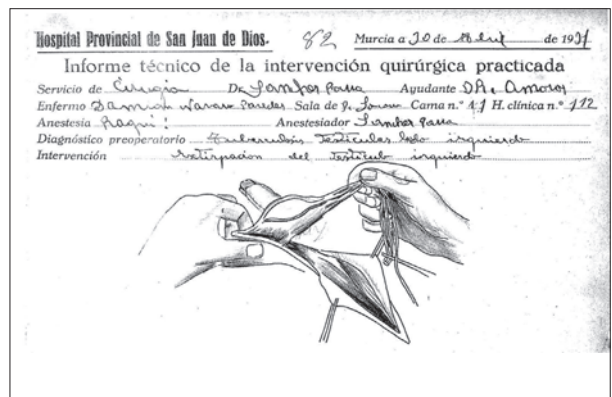


fig 4

Los procedimientos quirúrgicos expuestos gráficamente por el Dr. Sánchez Parra son: desbridamiento de absceso lumbar mediante lumbotomía, en la que representa la preparación de campo, con la posición del enfermo para una lumbotomía y un croquis con el tubo de drenaje colocado, dos casos (fig. 2); adenomectomía prostática a través de talla suprapúbica, cinco casos, para los que dibuja el que cierre de pared, con la sutura de las capas musculares en la talla y otro esquema con la fijación del drenaje (fig. 3); operación por litiasis vesical, tres, dos por talla (repite el dibujo 3) y otra mediante extracción; orquiectomía por tuberculosis, dos, es más explícito el trazado ya que enseña la vía inguinal seguida (fig. 4); operación de hidrocele, seis, en la que se aprecia la sujeción de la envoltura testicular con la mano (fig. 5); orquidopexia por criptorquidia: uno, en el que se observa claramente el modo de efectuarlo (fig. 6); uretrotomía interna por estenosis, tres, muestra la maniobra de introducción de un uretrotomo tipo Maisonave (fig. 7); circuncisión, cinco, dos por epiteloma de prepucio, en el dibujo se ve

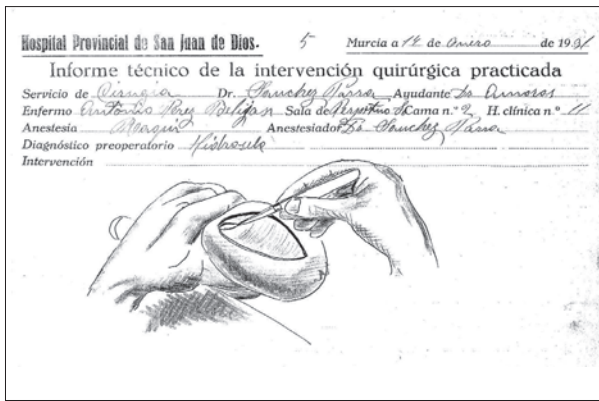


fig 5

el corte a tijera de piel y la sutura, que ejecuta con aguja de Reverdín (fig. 8). Sin dibujo que explique lo practicado realiza dos nefrectomías, una por pionefrosis y otra por tuberculosis renal derecha, seguidas ambas del alta por curación; extrae un cálculo de uréter sin que conozcamos el método; un caso de tumor vesical en el que no aclara lo realizado y se le dio de alta curado; rotura de uretra posterior, uno, sin representación gráfica alguna; dos casos de fístulas que tampoco revela de dónde o cómo son; interviene de urgencia a un enfermo con un flemón urinoso que falleció tras ella y finalmente la biopsia renal sin manifestar cómo la hizo.

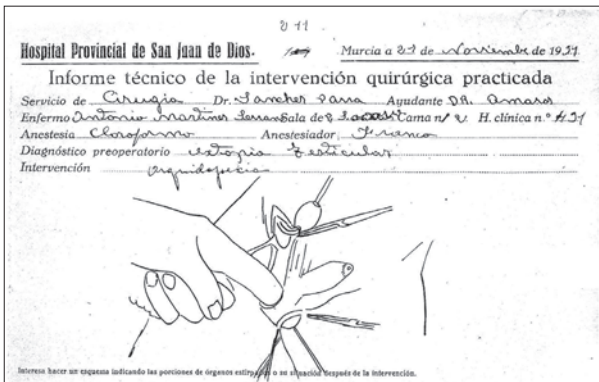


fig 6

Otro dato significativo corresponde a la estancia hospitalaria, tanto la preoperatoria, de varias semanas a veces, como la del postoperatorio que en ocasiones llega a ser de meses, sin aclarar la causa que justifique esta dilación, en todos los casos el motivo del alta es de "curación o mejoría por operación", existe un fallecimiento en un intervenido de próstata de 64 años y en el operado del flemón urinoso.

De los pacientes no operados llama la atención el diagnóstico y el motivo del alta, la mayoría se corresponde con alta voluntaria al poco del ingreso en los procesos más importantes como son los de tumores: renal, dos; vesical, uno y otro de próstata; del resto, por litiasis renal, uno; calculosis vesical, tres; hipospadias, dos y los demás lo son por procesos inflamatorios o infecciosos tipo cistitis, nefritis,



fig 7

pielonefritis y prostatitis, en los que también la causa del alta es por curación o mejoría. Es curiosa la existencia de tres pacientes fugados, en dos el diagnóstico es de lesión o contusión renal y en el tercero de estenosis uretral fue originado por no concederle pase de estancia.

Como cirujano general encontramos en las historias que le eran asignadas que atendía y operaba todo tipo de procesos, digestivos, de mama, oncológico, traumatológico, infeccioso,



fig 8

heridas diversas, etc., el resto de cirujanos se dedicaban en general a la especialidad que le correspondía y en alguna y rara ocasión a algún proceso urinario.

DISCUSIÓN

Fue D. Ramón Sánchez-Parra García una gran personalidad de la vida murciana población en la que transcurrió toda su vida profesional, excelente cirujano general, práctico, hábil y rápido en la ejecución quirúrgica en la que se atendía todo tipo de patología, como se efectuaba en aquella época con la premisa prioritaria aún de extirpar para curar. Sus conocimientos urológicos se corresponden con los que era la norma en aquellos años en un cirujano general y que pudo completar durante su estancia en París donde la especialidad se encontraba muy desarrollada, por ello, desde su llegada a la ciudad, es considerado como urólogo en las publicaciones médicas lo que le permitió ser elegido responsable de la cirugía urológica del hospital benéfico.

Los dibujos que realizaba en la ficha quirúrgica como descripción del procedimiento empleado en la operación son la principal valía del Dr. Sánchez-Parra y gracias a ellos podemos conocer su práctica urológica, además de apreciar su calidad artística, hay que tener en cuenta también que todas las fichas operatorias de los otros cirujanos del hospital que hemos revisado aparecían en blanco. Mérito fundamentalmente como dibujante puesto que no alcanza a profundizar en el campo operatorio ni efectúa apunte o descripción pormenorizados de la técnica o de los compromisos quirúrgicos con los que pudo tropezar.

Los diagnósticos que se contienen en las historias de enfermos con padecimientos urológicos quedan dentro del saber y ciencia médica que poseía, correcta para la época, ya que no hemos hallado datos que nos indiquen lo contrario.

Es muy demostrativo del grado de asistencia prestada el que aquellos que padecían procesos urológicos de mayor gravedad solicitasen el alta voluntaria al poco de su ingreso, probablemente para acudir a otro lugar donde encontrar una atención más específica urológica (Tabla I).

La estancia preoperatoria y postoperatoria de los pacientes sí nos señalan una pobre calidad asistencial que hay que atribuirle a ser un hospital de beneficencia al que muchas personas acudían para encontrar protección, cobijo y comida debido a su falta de medios para subsistir fuera del centro especialmente en las fechas invernales y los que sufrían enfermedades seguían hospitalizados periodos prolongados, todo ello con la aquiescencia de los responsables del centro (Tabla II).

La proporción de enfermos urológicos atendidos es muy escasa, un 10% de todos los ingresados por procesos quirúrgicos, de ahí que el Dr. Sánchez-Parra rechazase el dedicarse en exclusiva a la Urología especialidad que realmente no se correspondía con su principal preparación, la cirugía general, en la que llevaba a cabo todo tipo de operaciones.

CONCLUSIÓN

La ciudad de Murcia cuenta oficialmente con un servicio de Urología desde agosto de 1931 en el Hospital provincial.

Los dibujos operatorios que realizaba el Dr. Sánchez Parra García constituyen el único exponente para la valoración de su práctica urológica. En ellos vemos que la cirugía que llevaba a cabo se corresponde con la ejecutada en aquellos años por un cirujano general y como tal es considerado como un excelente profesional.

La calidad asistencial prestada no era al principal fin del hospital al ser tenido como benéfico y de caridad por su administradora la Diputación Provincial de Murcia, lo que queda traducido en las largas estancias de los pacientes y en el abandono del centro de los que padecían procesos graves del aparato urinario.

La proporción de enfermos con padecimientos urológicos que ingresaban en el nosocomio era muy pequeña en relación con la incidencia general de esta patología, aun teniendo en cuenta la época de estudio.

DIAGNÓSTICO	EDAD	INGRESO	OPERACIÓN	ALTA	MOTIVO	ESTANCIA
Nefrectomía tbc.		24/04/36	si	09/11/36	curación	199 días
Flemón perinefrítico	39	13/02/31	25/02/31	19/04/31	curación	65 días
Flemón perinefrítico	33	20/11/31	28/11/31	28/01/22	curación	69 días
Tumor vesical	40	03/01/36	si	21/03/36	curación	78 días
cálculo vesical	25	31/03/31	si	20/06/31		81 días
Adenomectomía	62	28/04/31	15/05/31	13/07/31	mejoría	77 días
adenomectomía	52	24/05/36	si	10/12/36	curación	50 días
Uretrotomía interna	49	09/10/31	21/11/31	02/12/31	curación	54 días
Uretrotomía interna	34	28/03/35	si	02/05/35	curación	35 días
Uretrotomía interna		07/11/31	21/11/31	09/12/31	mejoría	31 días
Orquiectomía	34	09/04/31	30/04/31	08/05/31	curación	30 días
Orquiectomía Tbc.	31	25/07/36	si	28/09/36	mejoría	65 días
Orquidopexia	8	17/11/31	24/11/31	05/12/31	curación	18 días
Hidrocele	67	08/01/31	14/01/31	05/12/31	curación	28 días
Hidrocele	31	15/10/31	si	02/11/31	curación	18 días
Hidrocele	14	22/02/36	si	10/03/36	curación	16 días
Hidrocele		03/11/31	si	22/12/31	curación	49 días
Circuncisión	23	29/06/36	si	02/08/36	curación	34 días
Circuncisión	49	17/04/31	25/04/31	14/06/31	curación	58 días

Tabla II

DIAGNÓSTICO	EDAD	FECHA INGRESO	ALTA VOLUNTARIA
Tm. Renal	59	19-jul-36	26 sep. 1936*
Cálculo renal	22	27-feb-36	3 marzo 1936
Tm. Próstata	60	02-abr-36	06-abr-36
Cálculo vesical	12	23-jun-36	28-jun-36
Cálculo vesical	34	02-ene-33	04-ene-33
Cálculo vesical	8	18 nov. 31	23 nov. 31
Pielonefritis embarazo	25	13-ago-36	19-ago-36
Nefritis	25	12 sept. 31	3 oct. 31
Nefritis	53	7 dic. 31	17-dic-31
Prostatitis	47	3 oct. 31	9 oct. 31
Hipospadias	14	08-ene-35	29-may-35*
Hipospadias	7	30-jun-36	15-jul-36

Tabla I

*No existe constancia de operación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gran enciclopedia de la Región de Murcia, 1995, (8): 83.
- (2) Martínez Hernández, A.: «Historia del Hospital de San Juan de Dios (1837-1937)», pp. 297-99. Edit. Real Academia de Medicina, 1999, Murcia.
- (3) IBID: «La famosa carta del Dr. Sánchez-Parra García», *Sanidad y Cultura*, 1999, Murcia; 1 (1): 7-9.
- (4) *Gaceta Médica de Murcia. Revista mensual de Medicina y Cirugía Prácticas*. Murcia, de 1907 a 1922.
- (5) *Estudios Médicos*. Órgano oficial de la Real Academia de Medicina de Murcia. Editado de 1920 a 1924.
- (6) *Levante Médico*. Editado en Murcia de 1928 a 1932.

La fotografía del Dr. Sánchez Parra, está tomada, con autorización, de *Sanidad y Cultura*, 1999, Murcia; 1 (1): 7.

Mariano Pérez Albacete

Articulado del Comité Científico

Premios de la AMU

La Junta Directiva de la AMU, a propuesta de la vocalía científica, acordó desde 2012 la articulación, para las jornadas de nuestra asociación, de un Comité Científico que vele por la calidad científica de los trabajos presentados a nuestra reunión anual. Para cumplir con este fin, el Comité estableció un procedimiento de trabajo que asegura el rigor y la objetividad y que además fomenta la participación de todos.

La composición, funciones y procedimiento de trabajo se resumen en los siguientes puntos:

- El Comité Científico de las jornadas anuales de la AMU estará compuesto por 5 miembros, representando a los diferentes servicios que participan con regularidad. Para las jornadas de 2014 el Comité Científico queda configurado por los Dres. Oñate, Penick, Pedro Angel López, Gloria Doñate, y Tomás Fernández.
- Los principios rectores de las actividades del Comité serán los siguientes:
 - o Inicialmente, todos los trabajos presentados tendrán su espacio, bien como comunicación, video o póster. En caso de defectos graves, algún trabajo podría ser devuelto a sus autores para su modificación.
 - o Los miembros del Comité evaluarán los trabajos a través del Resumen remitido por los autores, según los criterios objetivos y explícitos que se reflejan en las tablas 1 y 2.
 - o La puntuación alcanzada en esta valoración inicial determinará qué trabajos serán presentados mediante comunicación oral o a través de poster. En este aspecto, no obstante, se buscará un punto de equilibrio para unidades no docentes o de casuística limitada.
 - o Con los mismos criterios se elaborará un listado de trabajos potencialmente válidos para su remisión a Congresos Nacionales o Internacionales, haciéndose las sugerencias oportunas para su mejora en caso necesario. La comunicación de esta circunstancia a los autores será realizada por escrito tras la finalización de las Jornadas de la AMU.
 - o Los póster serán expuestos, pero no defendidos. Cada responsable de póster, aportará el poster impreso para su exposición pública y copias impresas en tamaño folio para que los asistentes al congreso puedan consultarlos. En el futuro, se pretende que queden expuestos on-line en la página web de la AMU.
 - o El examen de residentes lo elaborarán los miembros del Comité Científico. Constará de un máximo de 30 preguntas que tratarán sobre los temas tratados en la Reunión o sobre temas generales y se realizará durante la asamblea.
- Se ha acordado, de igual modo, establecer los siguientes reconocimientos:
 - o Premio Gerardo Server Falgás a la mejor comunicación del Congreso. El premio, ya tradicional en las reuniones anuales de nuestra asociación, será otorgado a través del baremo de puntuación que se adjunta en las tablas. Queda dotado con 600 €, que en caso de empate se repartirá entre los ganadores.
 - o Premio Mariano Tomás al mejor examen de residentes. Queda dotado con 300 €, que en caso de empate será repartido entre los ganadores.

Murcia, diciembre de 2013

Dr. Tomás Fernández Aparicio
Vocal Actividades Científicas Asociación Murciana de Urología

Noticias

- **Comité de redacción del Boletín de la Asociación Murciana de Urología**, está formado por el director de la publicación, el presidente de la Asociación y el vocal de actividades científicas.

- **Boletín es la voz de la AMU** y se recuerda que se encuentra abierto a cualquier colaboración de sus miembros, tanto de artículos de opinión, literarios o científicos, como de gráficos, dibujos, viñetas cómicas, etc., deberá ser una aportación original y en relación con la Urología. También se admite información sobre actividades de agrupaciones, círculos de amigos, deportivas, musicales, corales, etc. siempre que la organicen o participen de modo destacado urólogos.

Se remitirá con un mes de antelación a la fecha de inicio de la Jornada anual de la AMU para su evaluación y aceptación por el comité de redacción, que podrá indicar las modificaciones o cambios que considere necesarios para su publicación.

La publicación no se hace responsable de las opiniones vertidas en su contenido que será responsabilidad única y exclusiva de su autor.

- **Existen números atrasados del Boletín** a disposición de los socios que lo soliciten a su director al correo, mariano.perez2@carm.es

- **La Junta Directiva de la AMU** ha logrado, tras arduas negociaciones, la creación de una nueva página WEB, cuyo dominio es WWW.UROMURCIA.ES. El deseo institucional es que constituya una página funcional que sirva de vehículo para todo tipo de intercambio de información entre los socios.

- **La Junta Directiva de la AMU** ha contratado a una empresa de servicios con reconocida experiencia GADE Eventos, para la gestión y la organización, tanto a nivel de secretaría como de tesorería de los eventos y funcionamiento de nuestra Asociación.

- **El Dr. D. Bernardino Miñana López**, jefe del servicio de Urología del Hospital Morales Meseguer de Murcia, fue elegido en el LXXVIII Congreso Nacional de la Asociación Española de Urología, vocal de Actividades Científicas.