

BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XV - Nº 17. MURCIA, noviembre 2010



Asociación Murciana de Urología

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTE:

Pablo Guzmán Martínez-Valls

VICEPRESIDENTE:

Carlos Tello Royloa

SECRETARIO:

Antonio Romero Hoyuela

TESORERO:

Enrique Cao Avellaneda

VOCAL CIENTÍFICO:

Mariano Tomás Ros

VOCAL:

Andrés Sempere Gutiérrez

SEDE SOCIAL:

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



Portada:

Caricatura del
Dr. Egea López,
por el gran
dibujante
Gil de Vicario,
publicada
en 1920 en
Murcia Médica

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	2
XVI Jornadas Urológicas Murcianas. Murcia, 12 y 13 de noviembre de 2010	3
Comunicaciones presentadas	4
Actividades científicas en las que han participado miembros de la AMU en el curso 2009 - 2010	21
Premio Server Falgás 2009 Beta-lactamasas de espectro extendido	23
Galería urológica murciana Dr. D. José Egea López	27
Convocatoria de Premios de la AMU para 2011	28

La Asociación Murciana de Urología (AMU), es una sociedad científica que lleva más de tres quinquenios «viva» y cuyo fin fundamental es la de promover y defender los derechos y el rango que a la Urología corresponden, así como el ejercicio profesional de sus miembros dentro del ámbito de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Es objetivo de la AMU fomentar la investigación y el estudio de las afecciones, tanto médicas como quirúrgicas, del aparato urinario de ambos sexos y del aparato genital masculino; para ello entre otras actividades celebra las Reuniones Anuales para dar a conocer los cambios tecnológicos que el avance científico vaya produciendo y por supuesto la incorporación de conocimientos y perfeccionamiento de las habilidades necesarias para su desarrollo; precisamente nuestras Reuniones Anuales han sido ejemplo y modelo de todo ello, cuestión que debemos agradecerle a la participación casi unánime de todos los asociados en las diferentes Jornadas a lo largo de estos quince años.

No está nuestra Asociación ajena a los problemas de la práctica urológica: presión asistencial, lista de espera, acceso a tecnología, problemas del ejercicio privado, perfil profesional y nuevas competencias quirúrgicas: Laparoscopia, cirugía percutánea, endourología, cirugía robótica,... Es imprescindible conseguir una proyección social de la especialidad: imagen adecuada del Urólogo, conseguir una calidad científica técnica y asistencial elevada de la que repetidamente hemos dado ejemplo, pero no debemos permitir que nos quiten ese protagonismo, siendo responsabilidad de todos los asociados y en concreto de sus representantes «exigir» las mayores cotas de calidad

a aquellos que tienen la capacidad de decisión, de ahí que reivindicemos a las Autoridades Sanitarias una dotación de calidad con un sistema de accesibilidad igual para todos los usuarios.

La AMU está muy sensibilizada con la situación actual y expectativas de la especialidad en relación con las plazas MIR, con los problemas laborales: interinidad, carrera profesional, que todavía está coleando, cuando deberían ser un problema resuelto, una vez que la OPE de nuestra Comunidad está finalizada, sin embargo sigue siendo una incertidumbre la ubicación de las plazas y por ende de los profesionales que la han superado; desde esta Junta Directiva se ha solicitado repetidamente la regularización de los profesionales que han demostrado sobradamente su valía y su consolidación laboral en el lugar que desempeñan.

Estamos en un momento «trascendente» en nuestra Comunidad con la apertura de dos nuevos hospitales: Hospital de Santa Lucía en Cartagena y el Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor, éste último con la creación de un Servicio de Urología con una cartera de Servicios completa a excepción del Trasplante Renal y la Urodinámica que dará cobertura al área VIII de nuestra Región y el otro con un relanzamiento del antiguo Servicio de Urología de Santa María del Rosell con ampliación de plantilla y renovación tecnológica. Bienvenido sea!

Sólo queda pedir a los Asociados la participación en las actividades que la AMU realiza, patrocinada o colabora por que eso redundará en beneficio de todos, necesitamos intercambiar experiencias y no debemos olvidar que el objetivo es común: conseguir la mejor UROLOGIA.

*Junta Directiva de la
Asociación Murciana de Urología*

XVI Jornadas Urológicas Murcianas

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA. MURCIA, 2010

Estimados compañeros:

Dentro de pocos días celebraremos nuestras Jornadas Urológicas de la Región de Murcia correspondiente al año 2010. Hemos puesto todo nuestro esmero e ilusión en la organización de las mismas, deseando que vuestra estancia en la ciudad de Murcia sea lo más agradable y fructífera desde el punto de vista profesional y humano.

Probablemente podréis encontrar algunas pequeñas deficiencias propias de toda organización, que espero sepáis disculpar. Pero ante todo hemos pretendido promover un encuentro, aportando cada uno de los miembros del Servicio nuestra experiencia y esperando que al compartirlas mutuamente con las vuestras, todos salgamos beneficiados.

Esperamos veros a todos en nuestro Hospital.

L. O. Fontana Compiano
Jefe del Servicio de Urología
HGU Reina Sofía. Murcia



C-1 "INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ISQUEMIA FRÍA Y LA EDAD DEL DONANTE EN LA FUNCIÓN DEL INJERTO RENAL DE DONANTE CADÁVER. SEGUIMIENTO A UN AÑO"

Ruiz Morcillo JC, Doñate Íñiguez G, Moreno Alarcón C, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP, López González PA, López Cubillana P, Gómez Gómez GA. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVO: El objetivo de nuestro estudio es evaluar cómo influye la edad del donante y el tiempo de isquemia fría en el funcionamiento del injerto renal de donante cadáver a lo largo de un año de seguimiento.

PACIENTES Y MÉTODO: Se trata de 84 pacientes (24 mujeres y 60 hombres) sometidos a cirugía de trasplante renal de donante cadáver según técnica habitual (en fosa ilíaca derecha o izquierda) entre el 18 de septiembre de 2006 y el 16 de Octubre de 2008 en el hospital universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia. Tras la cirugía el seguimiento se realizó a los 2, 3, 6, 9 y 12 meses. La función renal se valoró mediante las cifras de aclaramiento de creatinina (en mg/minuto). Las principales variables de nuestro estudio por tanto fueron: Valores de aclaramiento renal de creatinina (mg/minuto) al mes, a los 2 meses, 3 meses, 6 meses, 9 meses y 12 meses, Tiempo de isquemia fría medio en horas (TIF) y edad del donante renal (en años).

La media de edad del receptor fue de 50 años (Mediana: 50. Rango 19-75 años). La edad media de los donantes de nuestro estudio fue de 47 años (Mediana: 52. Rango: 14-75 años. El tiempo medio de isquemia fría en la muestra fue de 10,94 horas (Mediana: 10 horas. Rango: 2-27 horas).

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos así como contrastes de igualdad de medias mediante la T de Student. Se establecieron 4 grupos para el estudio de la edad del donante y TIF en la función del injerto y además se realizó estudio independiente de ambas variables en la muestra. La significación estadística se estableció en $P < 0,05$ y para el análisis estadístico se utilizó el programa informático SPSS versión 15.0 (SPSS Inc., Chicago IL, EE.UU.).

RESULTADOS: En el análisis por grupos creados en función de la edad del donante y el TIF, los pacientes que reciben un injerto renal procedente de donante menor de 55 años y con tiempo de isquemia fría menor de 10 h (Grupo 1. Aclar Creat: 89,5 mg/min.) o mayor de 10 horas (Grupo 2. Aclar Creat.: 84,5 mg/min) presentan mejor función renal media al año que el grupo compuesto por receptores que reciben un riñón procedente de donante mayor de 55 años y con tiempo de isquemia menor de 10 horas (Grupo 3. Aclar. Creat: 66,6 mg/min) ($P < 0,010$ y $P < 0,031$ respectivamente). Por el contrario, entre el grupo de receptores de donantes menos añosos con tiempo de isquemia < 10 horas (Grupo 1) y donantes añosos con tiempo de isquemia > 10 horas (Grupo 4. Aclar Creat: 76,9 mg/min.) no encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a funcionalidad renal ($P > 0,05$). Analizando la edad del donante y el tiempo de isquemia fría por separado existe una mejor función renal si el donante es más joven (Donante < 55 años: Aclar. Creat: 86,93 mg/min vs Donante > 55 años: Aclar Creat: 68,06. $P < 0,015$) mientras que el tiempo de isquemia fría (TIF), a pesar de que existe una tendencia hacia mejor función renal si el TIF es corto, no podemos afirmar que influya de forma significativa en nuestros resultados (TIF > 10 horas. Aclar: 78,49 mg/min. vs TIF < 10 horas: Aclar. Creat: 82,43 mg/min. $P < 0,601$).

CONCLUSIONES: Los injertos renales procedentes de donante cadáver menor de 55 años presentan unos valores de aclaramiento de creatinina superiores a los que tienen aquellos que provienen de donantes más añosos a lo largo de un año de seguimiento. En nuestra muestra no podemos decir que el tiempo de isquemia fría influya de forma significativa en la funcionalidad del injerto renal.

C-2 ANOMALÍAS ARTERIALES DEL PEDÍCULO RENAL EN EL TRASPLANTE RENAL

Moreno Alarcón C, Server Pastor G, López González PA, Doñate Íñiguez G, Ruiz Morcillo JC, Olarte Barragán EH, Gómez Gómez GA. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: La creciente necesidad de órganos para trasplante ha hecho que cada vez sean más las contraindicaciones relativas para considerar un órgano óptimo que se obvian. Clásicamente se han considerado varios factores como predictores de una peor evolución del trasplante renal: del donante (edad, alteraciones anatómicas, etc.), de la extracción (tiempo de isquemia, daños de estructuras del pedículo vascular, del uréter, etc.), de la cirugía de banco y patologías del receptor (vasculares, cirugías previas, tumores, etc.).

OBJETIVO: Comparar la evolución de los pacientes que reciben riñones con múltiples arterias renales y compararlas con los que reciben riñones con pedículo simple.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre enero de 2006 y diciembre de 2008 se realizaron en nuestro hospital 147 trasplantes renales de donante cadáver. En total fueron trasplantados 96 varones (65,3%) y 51 mujeres (34,7%). Fallecieron 6 pacientes (supervivencia al año del 95,9%). Habían perdido la función del injerto al año (con o sin trasplantectomía) un total de 15 pacientes (supervivencia del injerto al año del 87,8%) (Tabla 1). Se implantaron 33 riñones (22,4%) con

arterias múltiples y el resto de pacientes (70,4%) recibieron un riñón con una sola arteria renal. Si presentaban arterias múltiples la técnica quirúrgica más utilizada fue el parche común de aorta (parche de Carrel). En el resto de casos si el pedículo vascular presentaba arterias polares de un diámetro menor de 2-3 mm. fueron ligadas. En caso de tener un diámetro mayor que éste y encontrarse demasiado separadas como para emplear el parche común de aorta, se realizó anastomosis latero-lateral, en pantalón, de las dos arterias en el banco o se realizaron dos anastomosis independientes con la arteria ilíaca común. En los escasos riñones que se trasplantaron con más de 2 arterias se combinaron las diferentes técnicas para dejar uno o dos troncos arteriales principales que se anastomosan a la arteria ilíaca externa.

Tabla 1:

Muestra (N=147)	Nº de pacientes	%
Sexo (H/M)	96/51	65,3/34,7
Exitus	6	4,1
Pérdida de función del injerto	15	10,2
Causas de pérdida de función (quirúrgica/ médica)	8/7	5,4/4,8
1 arteria renal (Grupo A)/ >1 arteria renal (Grupo B)	114/33	77,6/22,4

Registramos la incidencia de complicaciones vasculares (trombosis y estenosis arterial), complicaciones urológicas (estenosis y fuga ureterales), retraso en la función inicial del injerto (RFII), definiéndose como la ausencia de mejoría en la función renal al 5º día necesite o no hemodiálisis, así como la supervivencia de los pacientes y de los injertos en el período de un año tras el trasplante. Se fueron registrando también los niveles de aclaramiento de creatinina de los pacientes al uno, dos, tres, seis, nueve y doce meses postrasplante.

RESULTADOS: (Tabla 2).

No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al comparar el grupo de pacientes que recibieron un injerto con varias arterias y el de los que recibieron un trasplante con un pedículo simple.

Complicaciones	N	%	Grupo A/Grupo B
RFII	38	25,9	31(27%)/7(21%)
Urológicas	22	14,9	18(16%)/4(12%)
Estenosis	8	5,4	7(6%)/1(3%)
Fistula	14	9,5	11(9,7%)/3(9%)
Vasculares	5	3,4	4(3,5%)/2(6%)
Trombosis arterial	1	0,7	0(0%)/1(3%)
Trombosis venosa	1	0,7	1(0,8%)/0(0%)
Estenosis arterial	3	2	2(1,7%)/1(3%)

Grupo A: una arteria renal. Grupo B: varias arterias renales.

Respecto a la supervivencia del injerto, al año del trasplante, 15 pacientes (supervivencia del injerto al año del 87,8%) habían perdido la función del injerto. La causa fue médica (principalmente por rechazo) en 7 pacientes (4,8%) y quirúrgica (principalmente complicaciones vasculares y urológicas que fueron tributarias de trasplantectomía en el acto del trasplante o a posteriori) en 8 (5,4%). Al igual que con el resto de variables, no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de pacientes. No han existido diferencias estadísticamente significativas que nos hagan determinar que la mortalidad de los pacientes al año del trasplante es mayor en un grupo o en otro.

CONCLUSIÓN: Los resultados de nuestro estudio han sido similares a los de otros muchos autores, no pudiendo demostrar tampoco nosotros que los trasplantes en los que se utilizan riñones con múltiples arterias tengan una peor evolución, por lo que consideramos que no debe ser un factor determinante a la hora de elegir si un donante es óptimo o no y de esta forma aumentamos el número de pacientes que pueden beneficiarse de el mejor tratamiento sustitutivo, hasta la fecha, en el caso de la insuficiencia renal crónica.

C-3 INFECCIONES URINARIAS DE REPETICIÓN. EFECTO DE LA AUTOVACUNA DIATER EN LA PREVENCIÓN DE RECIDIVAS

Jesús Tornero Ruiz, Edgar Olarte Barragán, Félix Escudero, Guillermo Gómez Gómez. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Evaluamos 35 pacientes diagnosticadas de infección urinaria de repetición con más de 1 cultivo positivo de orina. Los pacientes siguieron tratamiento con autovacuna atenuada 100 % E. Coli durante dos meses. Se realizó cultivo de control tras acabar 1er envase, otro al acabar el 2do envase y otro a los tres meses.

Los resultados demuestran la eficacia de la autovacuna con bacterias atenuadas en las infecciones urinarias de repetición.

C-4 UTILIDAD DE LA DENSITOMETRÍA-TC EN EL ESTUDIO DE LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LOS CÁLCULOS

C. Sánchez Rodríguez; J. Oñate Celdrán; P. Velilla Asurmendi; M. Tomás Ros; J. P. Morga Egea; P. Valdelvira Nadal; E. Peña Ros; A. Sempere Gutiérrez; JM. Jiménez López; A. Andreu García; J. L. Rico Galiano; L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía.

INTRODUCCIÓN: La litiasis renal representa una patología muy frecuente en la población general. El diagnóstico mediante TC se considera actualmente el estándar. La posibilidad de poder predecir la composición química de un cálculo renal o ureteral es útil a la hora de decidir el tipo de tratamiento.

OBJETIVOS: Correlacionar la densidad radiológica de los cálculos en unidades Hounsfield (UH) y la composición química de los mismos, mediante los recursos que disponemos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizaron retrospectivamente 303 pacientes con litiasis renoureteral intervenidos en nuestro hospital entre marzo 2006 y agosto 2010. Se excluyeron aquellos pacientes que no tenían estudio de la composición del cálculo y aquellos en los que no se realizó TC. La densitometría-TC (120kV) se realizó utilizando el programa RISWebLink. La densidad media del cálculo se midió en el corte transversal con máxima superficie litiásica. Para la medida se trazó una circunferencia cuyo diámetro representaba un tercio del diámetro mayor de la litiasis y otra con la superficie total del cálculo.

RESULTADOS: Un total de 47 pacientes fueron incluidos. La edad media fue de 50 años. 21 mujeres (44%) y 26 hombres (56%). Las litiasis, en el grupo que medimos 1/3 de la superficie litiásica, fueron de menor a mayor densidad: 7 de ácido úrico monohidrato con densidad media de 451.43 UH (rango 295 – 610 UH), 5 de ácido úrico dihidrato con densidad media de 529.4 UH (rango 443 – 608 UH), 1 de cistina con densidad de 805 UH, 10 de oxalato cálcico dihidrato con densidad media de 912.60 UH (rango 304 – 1425 UH), 21 de oxalato cálcico monohidrato con densidad media de 945.90 UH (rango 346 – 1491 UH) y 3 de carbonato de apatita con densidad media de 1043.33 (rango 727 – 1362 UH). El análisis estadístico mostró diferencias significativas en las densidades medias de los cálculos de ácido úrico dihidrato, ácido úrico monohidrato, oxalato cálcico monohidrato y oxalato cálcico dihidrato, sin encontrarse grandes diferencias al realizar el análisis con el total del área de la litiasis.

CONCLUSIONES: La composición química de los cálculos de ácido úrico y oxalato cálcico se correlaciona con la densidad radiológica de los mismos medida por TAC. La tomografía nos puede ayudar en la elección del tratamiento de las distintas litiasis

C-5 ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA URETRAL

Edgar H. Olarte Barragán, Pedro A. López González, Gloria Doñate Íñiguez, Jose C. Ruiz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Guillermo Gómez Gómez. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVO: Evaluación retrospectiva y análisis estadístico de los resultados en pacientes sometidos a cirugía reconstructiva uretral.

MATERIAL Y MÉTODO: Evaluamos a 32 pacientes, con diagnóstico de estenosis uretral, sometidos a uretroplastia entre los años 2004 y 2008. Analizamos datos en relación a características de la estenosis, datos epidemiológicos, datos sobre la cirugía y resultados de esta.

RESULTADOS: Se realizó uretroplastia término-terminal en el 75 % de los pacientes (24 casos), uretroplastia término-terminal ampliada 6,3% (2 casos), uretroplastia con injerto 12,5% (4 casos), meatoplastia 6,3% (2 casos). La edad media fue de 47,8 años (18 – 82 años).

Las causas de estenosis fueron: idiopática en 11 pacientes (42,3%), traumática en 5 pacientes (19,2%), congénita en 4 pacientes (15,4%), iatrogénica en 3 casos (11,5%) e infecciosa en otros 3 casos (11,5%). La longitud media de la estenosis fue de 2,1 cm (1- 5 cm.). La localización de la estenosis fue en un 78,1% (25 casos) en uretra bulbar, siendo el resto en uretra peneana (7 casos). La tasa de éxito global fue del 79,4%.

CONCLUSIONES: La cirugía reconstructiva en caso de estenosis uretral conlleva el empleo de diversas técnicas quirúrgicas, en función de diversos factores (longitud, localización, cirugías previas...). En nuestra serie la cirugía más frecuente fue la realización de una uretroplastia término-terminal, en casos de estenosis de uretra bulbar, considerándola una técnica reproducible y con buenos resultados.

C-6 REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO DE TROMBOPROFILAXIS EN UROLOGÍA

A. Rodríguez Tardido, E. Cao Avellaneda, M. E. Cachay Ayala, F.J. Jiménez Pennik, C. García Espona, E. Hita Rosino, J.M. Soler Fernández, J. Moreno Avilés, J.M. Cervell Ferrón, R. García Pérez. Servicio de Urología. Hospital Sta. María del Rosell. Cartagena.

INTRODUCCIÓN: La importancia de la enfermedad tromboembólica (ETE) en urología radica en que es la complicación no quirúrgica más importante tras una intervención, así como la causa más frecuente de muerte postoperatoria pudiendo ascender a un 10-25% a pesar de la profilaxis.

El riesgo absoluto en pacientes hospitalizados tras cirugía urológica mayor de trombosis venosa profunda (TVP) es del 15-40%. A pesar de todo esto, en urología, no se conoce el manejo óptimo de la profilaxis trombótica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos una revisión de la literatura existente tanto en el campo de la urología como en la cirugía general, y nos basamos en las guías de tromboprofilaxis (sobre todo la recientemente actualizada en la 8ª Conferencia del Colegio Americano de Especialistas de Tórax (ACCP)) para la realización de un protocolo específico para la práctica urológica.

Dicho protocolo se expone y es aprobado por la Comisión de Trombosis del Hosp. Sta María del Rosell (formada por hematólogos, internistas, anestesiólogos y especialistas quirúrgicos).

CONCLUSIÓN: En la mayoría de los centros, los protocolos de actuación se suelen asimilar a la cirugía general o ginecológica, pero dada la cantidad de procedimientos urológicos diferentes que se realizan, y la diversidad de enfermos, en nuestro servicio hemos creído importante y necesario tener recogido en un protocolo propio los pasos a seguir en cada cirugía y en función de las características del paciente; y que esto quede reflejado en un documento de consenso aprobado por un órgano validador multidisciplinar como la comisión de trombosis.

C-7 "CÁNCER DE PENE. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS"

Pinzón Navarrete CP, Ruiz Morcillo JC, Doñate Iñiguez G, Moreno Alarcón C, Olarte Barragán EH, López González PA, Escudero Bregante JF, López Cubillana P, Server Pastor G, Gómez Gómez GA. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Considerado un tumor poco frecuente representa aproximadamente el 1 % de las muertes por cáncer en el hombre. Aunque su prevalencia varía ampliamente entre diferentes poblaciones; por presencia de factores de riesgo siendo la más importante la alteración de la integridad de la piel del pene, en las que se puede señalar: fimosis, balanitis crónica, liquen esclero atrófico y enfermedades venéreas.

La mayoría son carcinomas epidermoides que se asientan sobre lesiones previas, siendo el tratamiento de elección quirúrgico actualmente; prefiriendo el tratamiento conservador de la lesión evitando en lo posible la amputación completa. Teniendo buenos resultados en tumores localizados con tasas de recurrencia menores del 10%.

OBJETIVO: Describir nuestra experiencia en el manejo y tratamiento del cáncer de pene en nuestro hospital, analizando posibles factores de riesgo, diagnóstico, tratamiento y evolución.

MATERIALES Y MÉTODO: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de pacientes diagnosticados y tratados de cáncer de pene entre enero de 1999 y septiembre del 2010. Mediante la revisión de las historias clínicas teniendo en cuenta antecedentes, examen físico, hallazgos de la pieza quirúrgica y seguimiento postoperatorio. El tiempo medio de seguimiento fue de 61 meses (Rango: 2-138 meses).

RESULTADOS: Durante el periodo del estudio se diagnosticaron 32 pacientes con cáncer de pene que presentaron una edad media de 68 años (Rango: 27-90 años), siendo el 93 % de los pacientes mayores de 50 años. Ninguno de los pacientes tenía antecedente de circuncisión en la infancia

Al examen físico en el momento del diagnóstico 6 casos (18%) presentaron adenopatías palpables. En 17 pacientes (53%) la lesión inicial se encontraba en glande, y 7 (21%) en prepucio. La forma de presentación más frecuente fue la de lesión exofítica o verrucosa presentada en el 46% de los casos. El tratamiento inicial recibido por el 90% fue exclusivamente quirúrgico mediante penectomía parcial, total o resección de la lesión. En cuanto a los resultados de anatomía patológica, 31 de las lesiones extirpadas (97%) se diagnosticaron como carcinoma epidermoide; 3 de variante verrucoso, 2 papilomatoso, 2 sarcomatoide y una sola variante de tipo acantolítico. Al momento de diagnóstico el 70 % de los pacientes se encontraba en estadio localizado siendo en la mayoría de ellos estadio T1N0M0. Del total de los pacientes tratados, 8 (25%) fueron clasificados como carcinoma in situ y solo 2 pacientes de la revisión presentaban metástasis. De los casos expuestos se mantuvieron libres de enfermedad 16 pacientes (43%), 3 (9%) pacientes presentaron recidiva local y el 22% presentó diseminación a cadenas ganglionares y/o metástasis a distancia.

Del grupo de pacientes con enfermedad a distancia fallecieron 6 (19%). Durante el seguimiento fallecieron 2 por causas no relacionadas con la enfermedad.

CONCLUSIONES: En nuestro medio el cáncer de pene es una enfermedad poco prevalente siendo el carcinoma epidermoide el tipo histológico más frecuente. El tratamiento de elección es quirúrgico dejando la quimioterapia y radioterapia para adyuvancia.

C-8 “ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MASAS RENALES DIAGNOSTICADAS EN NUESTRO MEDIO. PERIODO 2008-2010”

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

INTRODUCCIÓN: Dentro de la patología urológica, destacamos la identificación de lesiones renales sólidas como un hallazgo frecuente en nuestro medio dado el amplio uso de las técnicas de imagen no invasivas. Por este motivo, el diagnóstico se realiza en estadios más precoces, con menores tamaños de lesión, lo que sin duda mejora los resultados terapéuticos. Este hecho justifica una revisión crítica permanente de nuestra casuística.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan 50 casos de masas renales sólidas o quísticas complejas (Bosniak 3-4) diagnosticadas entre 2008 y julio 2010, analizando las siguientes variables: clínica inicial (hematuria, dolor lumbar,...), hallazgos radiológicos (estadiaje, tamaño de la lesión,...), tipo de cirugía y abordaje quirúrgico, histología y estadiaje anatomopatológico y tamaño de la lesión, entre otras.

Para el análisis descriptivo se construyó una base de datos específica, realizándose el estudio mediante el programa SPSS versión 17.

RESULTADOS: El análisis descriptivo de la casuística revela los siguientes resultados:

- El 62% de los pacientes en nuestra serie son varones. La edad media en el momento del diagnóstico es de 59 años.
- Clínicamente se objetiva hematuria en el 30% de los casos y dolor lumbar en un 20%. La lesión constituye un hallazgo incidental en el 8% de los pacientes.
- La lesión es izquierda en un 60% de los casos, 36% derecha y 4% bilateral.
- El tamaño medio de la lesión al diagnóstico es de 5'6cm.
- El abordaje terapéutico fue la nefrectomía radical en un 56% de los casos, 16% nefrectomía simple y 28% nefroureterectomías por tumores de vía. En el 58% de los casos la intervención se realizó mediante laparoscopia.
- La lesión más frecuente fue el tumor renal de células claras.

CONCLUSIONES: Las lesiones incidentales suponen un 8% de nuestra casuística, cifra claramente superior a la reflejada en series históricas. En nuestra serie, y de acuerdo a los datos reflejados en la literatura, la mayoría de las lesiones se corresponden con adenocarcinoma renal.

C-9 SEGUNDAS NEOPLASIAS EN PACIENTES CON CARCINOMA TRANSICIONAL DE VEJIGA TRATADOS CON CISTECTOMÍA RADICAL

P. Velilla Asurmendi; J. Oñate Celdrán; C. Sánchez Rodríguez; M. Tomás Ros; J. P. Morga Egea; P. Valdelvira Nadal; A. Sempere Gutiérrez; JM. Jiménez López; A. Andreu García; J. L. Rico Galiano; L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia

OBJETIVO: Estudio consiste en analizar las características de los pacientes con neoplasia vesical que desarrollaron otras neoplasias malignas intervenidos de cistectomía radical, en el Área Sanitaria Este de la Región de Murcia, el impacto sobre la supervivencia y los posibles factores etiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión historias clínicas digitales (EDC) y manual de los pacientes sometidos a cistectomía radical. Se revisaron un total de 280 pacientes sometidos a cistectomía radical entre 1987 y 2010 en el Área Sanitaria Este de la Región de Murcia, este estudio se centra en los pacientes entre los últimos ocho años, comparándose dos grupos: el primero de ellos formado por pacientes diagnosticados de al menos una neoplasia adicional al cáncer vesical; el segundo formado por pacientes sólo diagnosticados de neoplasia vesical.

RESULTADOS: La segunda neoplasia más frecuente fue el Adenocarcinoma de próstata. La supervivencia de los pacientes diagnosticados de una segunda neoplasia fue un menor que aquéllos sólo diagnosticados de cáncer vesical. Analizamos los factores que influyeron en el desarrollo de una segunda neoplasia encontrados fueron.

CONCLUSIONES: Encontrar una segunda neoplasia en un paciente diagnosticado de cáncer es frecuente en nuestro medio. Las segundas neoplasias que se asocian con mayor frecuencia al cáncer vesical son las urológicas, destacando

el adenocarcinoma de próstata, laringe y pulmón. El pronóstico de los pacientes diagnosticados de más de una neoplasia es peor que el de aquéllos que sólo han sido diagnosticados de cáncer vesical.

C-10 TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN CISTECTOMÍA RADICAL POR NEOPLASIA VESICAL INFILTRANTE. ¿TIENE EL EFECTO INMUNODEPRESOR RELACIÓN CON LA MUERTE CÁNCER ESPECÍFICA, LA RECIDIVA Y LA APARICIÓN DE METÁSTASIS?

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

OBJETIVO: determinar si el efecto inmunodepresor resultante de la transfusión de hemoderivados en el perioperatorio está relacionado como ocurre en otras neoplasias, con la muerte cáncer específico, la recidiva y la aparición de metástasis a distancia en pacientes sometidos a cistectomía radical por neoplasia vesical infiltrante.

MATERIAL Y MÉTODOS: se revisaron un total de 283 pacientes sometidos a cistectomía radical entre 1987 y 2010, de los cuales 111 fueron excluidos por carecer de todos los datos necesarios para realizar el estudio. Se realizó un análisis de regresión logística multinomial con PASW Statistic para determinar el grado de asociación entre el número de concentrados de hematíes transfundidos y la muerte cáncer específico, la recidiva y la aparición de metástasis. Se empleó el test 'log rank' para comparar la supervivencia libre de muerte cáncer específica, recidiva y metástasis en función del número de concentrados de hematíes transfundidos.

Resultados: el análisis multivariante no demostró asociación entre el número de concentrados de hematíes transfundidos y la muerte cáncer específico, la recidiva y la aparición de metástasis. Muerte cáncer específica: odds ratio (OR) - 0.265 (intervalo de confianza 95% (IC) 0.496 - 1.118). Recidiva: OR 0.320 (IC 0.676 - 2.806). Metástasis: OR 0.78 (IC 0.564 - 1.518). No se objetivo significación estadística en dichos resultados.

CONCLUSIÓN: en nuestra población de pacientes intervenidos de cistectomía radical por neoplasia vesical infiltrante, de igual manera que se recoge en la literatura, la transfusión de hemoderivados no ha demostrado ser un factor pronóstico independiente para la aparición de muerte cáncer específico, recidiva o metástasis.

C-11 ¿ES LA DENSIDAD DEL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO UN FACTOR PRONÓSTICO INDEPENDIENTE DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS ADVERSOS EN PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA?

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

OBJETIVO: determinar si el PSA densidad, medido tanto con el volumen ecográfico (US) como con el peso prostático (PW), es un factor pronóstico independiente asociado a hallazgos adversos en la anatomía patológica (márgenes quirúrgicos positivos, afectación de la cápsula e infiltración de vesículas seminales) y/o la supervivencia libre de recurrencia bioquímica (RBQ).

MATERIAL Y MÉTODOS: se revisaron 110 pacientes sometidos a prostatectomía radical laparoscópica entre 2004 y 2009, de los cuales 4 fueron excluidos del estudio por carecer de volumen prostático medido mediante ecografía. El US PSAD y PW PSAD se calcularon de la siguiente manera: PSA/volumen prostático y PSA/peso de la pieza quirúrgica de la prostatectomía respectivamente. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar el grado de asociación entre el US y el PW PSAD y la aparición de hallazgos adversos en la anatomía patológica, así como con la aparición de recurrencia bioquímica. Se empleó el test 'log rank' para comparar la supervivencia libre de recurrencia bioquímica en función de los valores de US y PW PSAD.

RESULTADOS: el análisis multivariante no demostró asociación entre US y PW PSAD y los factores pronósticos adversos en la anatomía patológica y supervivencia libre de enfermedad. Márgenes positivos: odds ratio (OR) 0.056, (intervalo de confianza 95% (IC) -0.067-0.131) y OR 0.066, (IC -0.090-0.2) respectivamente. Afectación de la cápsula: OR 0.026, (IC -0.072-0.039) y OR 0.01, (IC -0.072-0.091). Infiltración de vesículas: OR 0.029, (IC -0.058-0.08) y OR 0.05, (IC -0.074-0.128). RBQ: OR 0.091, (IC -0.108-0.040) y OR 0.082, (IC -0.153-0.064). Ningún resultado fue estadísticamente significativo.

CONCLUSIONES: en nuestro medio, para los pacientes intervenidos de prostatectomía radical laparoscópica, al contrario de lo recogido en la literatura, el US PSAD y el PW PSAD no han demostrado ser factores predictores independientes para la aparición de hallazgos anatomopatológicos adversos y supervivencia libre de RBQ. Por lo tanto, en el momento actual, los desestimamos como determinaciones capaces de aportar datos pronósticos en nuestros enfermos.

C-12 “RESULTADOS TRAS 150 CASOS DE PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA CON INCORPORACIÓN SUCESIVA DE CIRUJANOS”

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

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical laparoscópica (PRL), se introdujo inicialmente en centros de referencia. Presentamos la estrategia de implantación, resultados y experiencia durante 5 años en un hospital de nivel 2, inicialmente con un solo equipo de cirujanos completando la curva de aprendizaje y al que se han incorporado otros urólogos manteniendo buenos resultados oncológicos y funcionales.

OBJETIVOS: Incorporar la técnica LPC utilizando un equipo de cirujanos formados y entrenados para realizar PRL e incorporar nuevos cirujanos. En cada procedimiento, se alternaron inicialmente como cirujano principal y ayudante respectivamente, obteniendo resultados comparables a los centros con mayor número de procedimientos. Posteriormente se incorporan otros urólogos formando equipos mixtos, para realizar la curva de aprendizaje junto a cada miembro del primer equipo de forma segura y pensamos que con una buena curva de aprendizaje.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizaron los resultados de 155 PRL, teniendo en cuenta la edad media, datos pequirúrgicos (PSA, Gleason, volumen,...), operatorios (tasa de transfusión, complicaciones intraoperatorias,...), postoperatorios inmediatos y a largo plazo (estancia media, tiempo de retirada de sonda,...), oncológicos y funcionales.

CONCLUSIONES: Los resultados para el primer equipo durante 100 PRL fueron los adecuados para la curva de aprendizaje y posteriormente se mantienen resultados más precoces en los siguientes 55 procedimientos realizados por los nuevos cirujanos ayudados por los primeros. Los datos sugieren que con cirujanos experimentados y entrenados previamente, y la estrategia de implantación descrita, se pueden incorporar nuevos cirujanos y realizar de forma segura y con buenos resultados las técnicas laparoscópicas en un hospital de nivel II.

C-13 PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA, ¿AFECTA LA ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LA PIEZA EN LA FORMA DE SEGUIMIENTO POSTERIOR?

C. Sánchez Rodríguez; J. Oñate Celdrán; P. Velilla Asurmendi; M. Tomás Ros; P. Valdevira Nadal; J. P. Morga Egea; E. Peña Ros; A. Sempere Gutiérrez; JM. Jiménez López; A. Andreu García; J. L. Rico Galiano; L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

OBJETIVO: Analizar la capacidad predictiva del Gleason definitivo, la afectación extracapsular y la afectación de márgenes respecto a la recurrencia bioquímica y al PSA Doubling-Time, en pacientes con prostatectomía radical.

MATERIAL Y MÉTODO: se evalúan una serie de pacientes tratados en nuestro hospital mediante prostatectomía radical laparoscópica (PRL) entre febrero de 2004 y enero de 2010, y que no han recibido tratamiento neoyuvante, identificándose 110 pacientes, de los cuales 9 presentaron recidiva bioquímica (PSA postoperatorio ≥ 0.3 ngr/ml). Se dividen en 2 grupos según Gleason: ≥ 7 ó <7 . Se valora también los resultados en relación con márgenes y afectación capsular. Se utilizó el programa informático SPSS realizándose un análisis de supervivencia por el método Kaplan-Meier, comparando posteriormente las curvas de supervivencia mediante el test de log-rank, considerando el estadio del Gleason. Se comparó la diferencia de medias del PSA DT entre los dos grupos del Gleason mediante una t de Student.

RESULTADOS: La media de seguimiento fue de 22.57 meses. La media de meses libres de recurrencia bioquímica fue de 65.28 meses para Gleason <7 y de 35.29 meses para ≥ 7 ($p=0.03$). La media de PSA DT en el grupo con afectación extracapsular fue de 24.83 meses mientras que en los que no la tenían fue de 35.66 ($p=0,028$).

CONCLUSIONES: a pesar del limitado número de pacientes y el escaso tiempo de seguimiento pensamos que la escala de Gleason de la pieza está asociada con la recidiva bioquímica tras PRL. Un valor de Gleason elevado puede indicar la necesidad de un seguimiento más exhaustivo del paciente intervenido y ayudarnos en el planteamiento de terapias de rescate.

C-14 MICROCARCINOMA PROSTÁTICO: NUESTRA EXPERIENCIA CLÍNICA

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

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, en la era del PSA, nos encontramos con un incremento de los tumores de bajo volumen y potencialmente insignificantes diagnosticados en biopsias transrectales.

OBJETIVOS: Definir el término de “microcarcinoma” prostático y describir las características clínicas y el manejo terapéutico de los pacientes diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis de casos retrospectivo de 24 hombres diagnosticados de microcarcinoma prostático en biopsia transrectal por aumento de PSA en los últimos 3 años en nuestro hospital. Se evalúa el nivel de PSA, la edad, el tacto rectal, la ecografía transrectal, los hallazgos histológicos y el tratamiento de estos pacientes. Se realiza también una revisión de la literatura publicada sobre el tema.

RESULTADOS: La edad media fue de 67 años y el PSA medio de 11,64 ng/ml (con valores de 4,27 a 43,20). El tacto rectal fue sospechoso en 2 casos pero en las ecografías transrectales no se visualizaron nódulos. En biopsias el grado Gleason mayoritario fue 6 (solo 2 casos de Gleason 7: 4+3). Se realizó prostatectomía radical en 8 pacientes y radioterapia en 7. En 6 casos se optó por vigilancia y en un caso se realizó nueva biopsia con cirugía radical posterior. 2 enfermos están pendientes de decidir actitud. La mitad de las piezas de prostatectomía tenía un grado Gleason 6 y estadio pT2a.

OBSERVACIONES: Aunque se ha mostrado que en muchos casos se trata de tumores de bajo riesgo (en los pacientes prostatectomizados), aún no existe un algoritmo diagnóstico para identificar aquellos enfermos susceptibles de un tratamiento con vigilancia activa.

C-15 PROLIFERACIÓN ACINAR FOCAL ATÍPICA: SIGNIFICADO Y RELACIÓN CON EL CÁNCER DE PRÓSTATA

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

INTRODUCCIÓN: La proliferación acinar focal atípica o ASAP (atypical small acinar proliferation) se presenta como focos sospechosos pero no diagnósticos de malignidad. Es un hallazgo encontrado en > 5% de las biopsias prostáticas transrectales.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia de ASAP y evaluar la tasa de detección de carcinoma en las biopsias posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un análisis de casos retrospectivo de los pacientes diagnosticados de ASAP en una primera biopsia realizada por aumento de PSA en los últimos 3 años en nuestro centro, evaluándose la relación con el cáncer de próstata en las rebiopsias. Se revisa también la literatura publicada sobre el tema.

RESULTADOS: Aproximadamente 6% de las primeras biopsias han mostrado la presencia de ASAP y 4% ASAP asociado a carcinoma. Hemos identificado 21 pacientes con ASAP sin carcinoma que se han rebiopsiado. La edad media de estos enfermos ha sido de 67 años y el PSA medio de 8,75 ng/ml. Se ha identificado carcinoma prostático en 47% de las rebiopsias (80% Gleason 6).

OBSERVACIONES: Los resultados de nuestra serie coinciden con los de la literatura, mostrando una alta asociación del ASAP con cáncer prostático e indicando la necesidad de seguimiento con biopsias transrectales de estos pacientes.

C- 16 “RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO MASCULINA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE SLING ADVANCE SUBURETRAL Y ESFINTER ARTIFICIAL”

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

INTRODUCCIÓN: La práctica de la prostatectomía radical (PR) en el tratamiento del Ca de próstata ha llevado a la frecuente aparición de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE). Esta situación ha llevado a proponer tratamientos como la rehabilitación de suelo pélvico, cintilla suburetral (Sling Advnace), la inyección transuretral de sustancias ocupantes de espacio, el esfínter urinario artificial (EUA), entre otros. En nuestro servicio a estos pacientes, se ha ofrecido la posibilidad de corregir la IUE y mejorar la calidad de vida mediante colocación de sling suburetral.

OBJETIVOS: El objetivo es presentar nuestra experiencia en la corrección de IUE mediante sling suburetral (ADVANCE) en pacientes tras PR con afectación de calidad de vida y con menos complejidad de manejo para el paciente que el esfínter artificial y buenos resultados funcionales en la evolución posterior.

MATERIAL Y MÉTODO: desde mayo de 2008 se han realizado 12 procedimientos, los tres primeros tutorizados. En 10 procedimientos se ha instaurado sling tipo ADVANCE y en 2 de ellos esfínter urinario artificial. La edad media de los pacientes ha sido de 66,3 años. Se realizó uretrocistoscopia previa para objetivar esfínter externo competente y ausencia de factor obstructivo. Todos los pacientes se habían seguido previamente en consulta tras PR, con buenos resultados oncológicos y con IUE de tipo leve o moderado en 10 casos y moderado-severo en 2 casos. Se ha realizado seguimiento de 28 meses en 3 procedimientos, 16 meses en otros 3 casos, 12 meses en 3 casos y menos de 6 meses en 3 casos. El procedimiento ha sido bien tolerado no observándose complicaciones inmediatas relevantes (un caso

de hematoma escrotal solucionado con tratamiento conservador) y a largo plazo una estenosis uretral y una IUE recidivante que se ha tratado con un esfínter artificial.

RESULTADOS: La sonda vesical fue retirada a las 48h con estancia media de 2 días. Los resultados funcionales han sido buenos encontrándose los pacientes continentales en el 91% de los casos con un significativo aumento de calidad de vida.

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

PÓSTER

P-1 "ANULACIÓN RENAL POR AVULSIÓN DE LA ÍNTIMA RENAL TRAS TRAUMATISMO POR DECELERACIÓN"

Ruiz Morcillo JC, Doñate Íñiguez G, Moreno Alarcón C, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP, Rigabert Montiel M, López Cubillana P, Server Pastor G, Escudero Bregante JF, Prieto González A, Gómez Gómez GA. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Los traumatismos renales son los más frecuentes dentro de los que afectan al sistema genitourinario, correspondiendo aproximadamente al 50% de los casos. Los traumatismos renales cerrados se producen en 9 de cada 10 y el resto se trata de lesiones penetrantes. Los daños en los vasos renales son infrecuentes y se presentan en 1-4% de los traumatismos cerrados.

CASO CLÍNICO: Mujer de 35 años sin alergias médicas conocidas y sin antecedentes de interés que realizó frenazo brusco conduciendo su moto y choque frontal contra un coche cayendo sobre el capó del mismo. Sufre traumatismo en cara, tórax y abdomen. Se traslada a su hospital de referencia (hospital diferente al nuestro) donde se realizó TAC abdominopélvico que informa de infarto renal derecho secundario a disección de íntima de arteria renal y trombosis, no hematoma retroperitoneal ni lesiones renales. A su llegada a puerta de urgencias de nuestro hospital tras 7 horas del accidente, la paciente se encuentra estable hemodinámicamente y no presenta hematuria. TA: 110/60. En la analítica se objetiva creatinina de 1,22. Hb: 12,6. Hto: 38%, leucocitosis de 15910 (89% neutrófilos). Dada la estabilidad clínica de la paciente y el tiempo de isquemia prolongada (cerca de 8 horas) se decide tras consenso con la enfermera y su familia una actitud conservadora y se desestiman maniobras de revascularización dado el riesgo vital y la baja probabilidad de recuperación renal. Durante su estancia en planta se objetiva aumento de leucocitosis hasta 19.000, síndrome febril y caída de hematocrito prueba que se maneja mediante transfusión y maniobras conservadoras. Al alta sin fiebre y con hematocrito estable se decide no anticoagulación.

DISCUSIÓN: Los traumatismos renales fruto de un mecanismo de aceleración-deceleración pueden producir un estrechamiento de la arteria y un desgarramiento de la íntima que se sigue de trombosis y el consiguiente daño isquémico del tejido renal.

Actualmente el TAC es la mejor prueba de imagen para estatificar las lesiones renales. Es sensible y específica para laceraciones parenquimatosas, extravasación urinaria, infartos segmentarios y para cuantificar hematomas retroperitoneales y lesiones de otros órganos.

Según determinados estudios, por encima de las 12 horas de isquemia el daño renal es irreversible. Para salvar un riñón con trombosis de la arteria renal es preciso un diagnóstico rápido y una intervención urgente. El manejo de estas lesiones renales es controvertido sobre todo cuando existe un riñón contralateral sano. Entre las opciones terapéuticas existe la revisión quirúrgica y el tratamiento percutáneo de la trombosis mediante angioplastia y colocación de stents. Esta última opción sería recomendable en caso de pacientes monorrenos o en aquellas trombosis de ambas arterias renales.

P-2 AGENESIA UNILATERAL DE LAS ESTRUCTURAS DEPENDIENTES DEL CONDUCTO MESONÉFRICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

C. Sánchez Rodríguez, J. Oñate Celdrán, P. Velilla Asurmendi, M. Tomás Ros, E. Peña Ros, J.P. Morga Egea, P. Valdelvira Nadal, A. Sempere Gutiérrez, A. Andréu García, J.M. Jiménez López, J.L. Rico Galiano y L.Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Del conducto mesonéfrico derivan directamente el uréter, el conducto deferente y las vesículas seminales. El brote ureteral interaccionando con el blastema mesonéfrico inducirá su conversión hacia tejido renal. La agenesia bilateral puede estar asociada a la fibrosis quística por el gen CFTR. La ausencia del conducto deferente es infrecuente, sobre todo en el contexto de un varón que consulta para realizarse una vasectomía (0.06- 0.8%). En pacientes con ausencia unilateral de los conductos deferentes, la causa fundamental está en un inadecuado desarrollo del conducto mesonéfrico de Wolf.

CASO CLÍNICO: varón de 35 años de edad, sin antecedentes de interés, que acudió a la consulta de urología solicitando la realización de una vasectomía. En el momento de realizar la intervención se objetiva la ausencia del conducto deferente izquierdo previa ligadura y sección del deferente derecho que era macroscópicamente normal. Con la sospecha de una agenesia del deferente se realiza ECO y TC. El paciente presenta una agenesia total del sistema genito urinario izquierdo (riñón, uréter, vesícula seminal, deferente y epidídimo). A los 3 meses se realiza esperminograma de control con resultado de azoospermia que confirma la agenesia.

CONCLUSIÓN: la ausencia unilateral del conducto deferente en un varón sano es un hallazgo clínico poco frecuente. Su presencia debe alertarnos sobre la posible asociación con malformaciones genito-uritarias. La palpación de ambos deferentes en la consulta antes de la realización de una vasectomía es una exploración sencilla y rápida que no debe obviarse en la práctica urológica. Es necesaria una prueba de imagen para descartar la agenesia renal. En nuestro paciente no se realizan pruebas para el diagnóstico de fibrosis quística ya que la afectación es unilateral y afecta también al riñón.

P- 3 LINFANGIOMA QUÍSTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO CON AFECTACIÓN CERVICAL, MEDIASTÍNICA Y RETROPERITONEAL

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

INTRODUCCIÓN: el linfangioma o higroma quístico es una es una malformación hamartomatosa del sistema linfático que afecta fundamentalmente a piel y tejido subcutáneo. Aparece en la infancia como grandes masas en tejidos blandos con tendencia a crecer si no se extirpa y a recidivar si no se hace de forma completa. Su aparición en adultos muy infrecuente.

CASO CLÍNICO: presentamos el caso de una mujer de 50 años sin antecedentes de interés que consulta en 1997 por dolor epigástrico y náuseas. Diagnosticada de linfangioma retroperitoneal, mediastínico y cervical a raíz de su sintomatología. Se realizan diversos tratamientos; escisión (1997), tratamiento médico sintomático (2008), y esclerosis con Pincibonil (2009), todos ellos infructuosos.

CONCLUSIONES: las variantes retroperitoneal y mediastínica son poco comunes. El diagnóstico suele ser incidental. La resonancia magnética y la tomografía dan información suficiente para el diagnóstico. No se precisa punción. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa pero la tasa de recidiva alta. Existen otros tratamientos de los cuales la escleroterapia es el que mejores resultados ha obtenido.

P-4 MALFORMACIONES VASCULARES RENALES EN UROLOGÍA

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

INTRODUCCIÓN: Presentamos tres casos de pacientes afectados de una malformación vascular renal con clínica urológica asociada

OBJETIVO: Identificación de pacientes con algún tipo de malformación vascular renal, a través de sus antecedentes personales y su clínica en el momento de la consulta al especialista.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de los casos vistos en consulta hospitalaria de Urología de enero 2006 a Junio 2010 por patología renal y malformaciones vasculares asociadas a excepción de la estenosis de la unión pieloureteral secundaria a cruce vascular, identificando 3 casos válidos para este trabajo: 1) Riñón izquierdo atrófico asociado con drenaje venoso atípico. 2) Acabalgamiento de ambos uréteres sobre arterias renales, asociado a fibrodisplasia de arteria renal derecha. 3) Uréter retrocavo derecho, con acodamiento del mismo por posible vaso tributario de la vena cava. Describimos a continuación presentación y manejo

CASOS CLÍNICOS:

- 1) *Mujer de 36 años sin antecedentes de interés, que acude a consulta de urología por infecciones del tracto urinario superior frecuentes, sin hematuria ni CRU previos. Se pide TC que se informa como Riñón izquierdo atrófico con dilatación pielocalicial grado 2 asociado a vena renal retroaórtica,*
- 2) *Mujer de 45 años con CRU de repetición que refiere dolor lumbar derecho. Se realiza TC y Angio TC: Cabalgamiento de ambos uréteres sobre arterias renales acompañado de fibrodisplasia de arteria renal derecha.*
- 3) *Mujer de 52 años con AP de valvulopatía cardiaca y AF de padre con neo de vejiga, que acude a consulta por microhematuria significativa acompañado de dolor lumbar derecho. En pruebas de imagen se evidencia: Uréter retrocavo derecho con acodamiento del mismo por posible vaso tributario de la cava. Revisión periódica en consulta de Urología*

CONCLUSIÓN: Llegamos a la conclusión de que exceptuando la estenosis P-U por cruce vascular, la patología vascular sintomática en el riñón es rara en las consultas de urología, aunque ante una sospecha clínica, la prueba de elección para el diagnóstico es el TAC con estudio vascular asociado, para así, como en el caso de la fibrodisplasia, poder controlar las futuras complicaciones.

P-5 EXANTERACIÓN LAPAROSCÓPICA DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTE CON CARCINOMA UROTELIAL MULTIFOCAL

Edgar H. Olarte Barragán, Pedro A. López González, Gloria Doñate Íñiguez, José C. Rulz Morcillo, Cristóbal Moreno Alarcón, Guillermo Gómez Gómez. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVO: Presentamos nuestra experiencia, en una exanteración total del tracto urinario, en bloque por vía laparoscópica, en un paciente con carcinoma urotelial multifocal.

CASO CLÍNICO: Varón de 44 años, con antecedentes de tumor vesical recidivante e IRC severa. Derivado a nuestro centro por recidiva tumoral multifocal, presentando tumor vesical múltiple y afectación bilateral y masiva de ambos sistemas excretores renales. Se realiza uretrectomía por vía perineal y cistoprostatectomía más nefroureterectomía bilateral por vía laparoscópica, con extirpación en bloque de pieza quirúrgica por pequeña incisión infraumbilical. El paciente presentó una evolución postquirúrgica sin incidencias.

DISCUSIÓN: La exanteración total del tracto urinario es una cirugía inusual, reservada a pacientes con carcinoma urotelial multifocal, con insuficiencia renal terminal y/o sin posibilidad de cirugía conservadora. El abordaje laparoscópico de esta cirugía, descrito por primera vez en 2006 en la Cleveland Clinic Foundation, es una alternativa a la cirugía abierta, segura y viable técnicamente.

P-6 "UROPATÍA OBSTRUCTIVA BILATERAL DEBIDA A PROLAPSO UTERINO GRADO IV"

Rulz Morcillo JC, Doñate Íñiguez G, Moreno Alarcón C, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP, Martínez Pertusa P, López González PA, López Cubillana P, Server Pastor G, Gómez Gómez Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: La prevalencia de uropatía obstructiva asociada al prolapso uterino varía según las series entre un 4% y un 80%, probablemente debido a la diferente severidad de los prolapsos considerados. El desarrollo de insuficiencia renal o anuria es una complicación poco frecuente.

Presentamos un caso de prolapso uterino que requirió tratamiento urológico urgente por un cuadro de uropatía obstructiva bilateral con anuria y fiebre.

CASO CLÍNICO: Mujer de 61 años sin alergias conocidas. No antecedentes de enfermedades crónicas o cirugías previas. Diagnosticada de prolapso uterino grado IV pendiente de cirugía. No tratamientos crónicos. Acudió a puerta de urgencias de nuestro hospital por presentar los 3-4 días previos fiebre de hasta 39°, vómitos y desde el día de la consulta, la fiebre se mantenía y presentaba anuria. A la exploración física tenía buen estado general, Tª: 39,7°, TA: 134/66 mm. Hg y FC: 75 lpm, abdomen blando y depresible y presencia de puño percusión renal derecha positiva. Además destacaba la presencia de un prolapso uterino grado IV. Desde el punto de vista analítico presentaba una creatinina de 1,13 con iones normales y la presencia de 12700 leucocitos sin neutrofilia. En la ecografía se objetivó hidronefrosis grado II bilateral y vejiga a gran repleción.

La paciente quedó ingresada a cargo de urología y se procedió a sondaje urinario obteniendo entorno a 500 cc de orina e inicio de tratamiento antibiótico empírico (los urocultivos y hemocultivos fueron negativos). Durante hospitalización la paciente mejoró desde el punto de vista clínico y analítico con mejora de función renal.

Se realizó urografía intravenosa objetivando descenso de vejiga y uréteres por debajo del pubis. En la cistografía en bipedestación lateral y en Valsalva se objetivó vejiga muy descendida por debajo del nivel del pubis a consecuencia del importante prolapso. Tras las exploraciones complementarias se realizó reducción manual de prolapso uterino y colocación de pesario. La paciente fue intervenida de forma programada en servicio de ginecología realizándose histerectomía vaginal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Los trastornos mecánicos y traumatismos causados durante el parto, la privación hormonal estrogénica que tiene lugar durante la menopausia y la debilidad pélvica inherente al envejecimiento, son los tres factores más directamente implicados en la etiopatogenia del prolapso uterino. Todos ellos actúan ocasionando un debilitamiento del suelo pélvico y un descenso del útero y demás órganos pélvicos, por debajo de su ubicación normal. Se han postulado diversas teorías etiopatogénicas sobre la uropatía obstructiva producida por el prolapso: compresión ureteral por los vasos uterinos, angulación uretral extrema, compresión ureteral sobre la musculatura elevadora del ano y elongación y estrechamiento del uréter distal. El tratamiento urgente de la insuficiencia renal aguda o de la anuria secundaria al prolapso uterino, consiste en la reducción del prolapso de forma manual, maniobra con la cual se restablece la diuresis en la mayoría de los casos. Asimismo se deben tratar las alteraciones hidroelectrolíticas y las complicaciones cardiorrespiratorias derivadas de la insuficiencia renal, si las hubiese. La uropatía obstructiva

bilateral secundaria a un es prolapso uterino es infrecuente pero debe considerarse en el diagnóstico diferencial de una ureterohidronefrosis bilateral en la mujer

P- 7 RETENCIÓN URINARIA: UN SIGNO ATÍPICO EN EL SÍNDROME DE MELAS (Mitochondrial Encephalomyopathy, Lactic Acidosis, and Stroke-like episodes)

C. Sánchez Rodríguez, J. Oñate Celdrán, P. Vellilla Asumendi, M. Tomás Ros, E. Peña Ros, J.P. Morga Egea, P. Valdevira Nadal, A. Sempere Gutiérrez, A. Andréu García, J.M. Jiménez López, J.L. Rico Galiano y L.Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: los trastornos mitocondriales de ADN son un grupo de enfermedades que afectan al metabolismo energético mitocondrial y provocan una disminución del ATP y un deterioro de las funciones que requieren energía. Las personas afectadas suelen tener una amplia gama de síntomas multisistémicos, encontrándose síntomas urinarios excepcionalmente.

CASO CLÍNICO: varón de 20 años diagnosticado de síndrome de MELAS, con severa afectación neurológica, mas cognitiva que motora. Acude a Urgencias por cuadro de RAO con globo vesical de 900 cc. Anteriormente orinaba de forma inconsciente en pañal. Se le realiza ECO que nos muestra un aumento de la diferenciación cortico-medular y ectasia pielocalicial leve bilateral. Se coloca sonda vesical que es retirada a los 20 días con emisión espontánea de orina. El paciente se niega a realización de estudio urodinámico y EMG.

CONCLUSIÓN: nuestro paciente presentó un hallazgo inusual en el MELAS, como es la r etención aguda de orina. La afectación del tracto urinario puede sugerir una participación más generalizada de las células del músculo liso causada por la mutación A32436. El MELAS debe considerarse como un desorden multisistémico que debe sospecharse en jóvenes de mediana edad con síntomas y signos de miopatía muscular y visceral y/o antecedentes familiares patológicos. Se recomienda asesoramiento genético a los miembros de la familia con alto riesgo de desarrollar o transmitir esta mutación.

P- 8 URINOMA ESPONTÁNEO POR ROTURA DE FORNIX SECUNDARIO A OBSTRUCCIÓN INFRAVESICAL. UNA INUSUAL COMPLICACIÓN DE HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA

Montoya Chinchilla R, Izquierdo Morejón E, Pietricica B, Cano García MC, Hidalgo Agullo G, Fernández Aparicio T, Rosino Sánchez A, Guzmán Martínez-Vals PL, Honrubia Vilchez B, Romero Hoyuela A, Hita Villaplana G, Miñana López B. Servicio de Urología, Hospital General Universitario J. M. Morales Meseguer. Murcia.

Presentamos un caso inusual de uropatía obstructiva infravesical y urinoma espontáneo por rotura fornicial, resuelto con medidas conservadoras. Se trata de un paciente de 74 años de edad, en estudio en consultas externas de urología por cuadro de hematuria macroscópica monosintomática. En estudio ecográfico abdominal se pone de manifiesto una hidronefrosis bilateral sin evidencia de lesiones intravesicales y próstata de 30 cc sin distensión vesical. La función renal era normal. Es solicitado TC abdominopelviana en la que se identifica una vejiga distendida y multidiverticular y un urinoma izquierdo de 7 cm de diámetro sin otra causa identificada que la hiperdistensión vesical y ureteral bilateral como consecuencia de un cuadro de uropatía obstructiva infravesical. En ese momento las cifras de creatinina son de 1,13 mg/dl. El cuadro, caracterizado en este caso como secundario a rotura de fornices del polo inferior de riñón izquierdo, no fue acompañado de una importante sintomatología previa, ni fiebre a pesar de presentar una orina claramente piúrica tras el sondaje vesical.

P- 9 HEMATOMA RENAL ANEMIZANTE TRAS LEOC PARA RESTOS DE NEFROLITOTOMÍA PERCUTÁNEA

Moreno Alarcón C, Rigabert Montiel M, Doñate Íñiguez G, Ruiz Morcillo JC, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP, Gómez Gómez GA. Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

No es infrecuente la necesidad de litotricia extracorpórea por ondas de choque o la ureterorenoscopia flexible para la eliminación de restos litiasicos tratados mediante nefrolitotomía percutánea.

CASO CLÍNICO: Mujer de 47 años que presenta infecciones durante su segundo embarazo de repetición y dolor lumbar izquierdo que se somete a nefrolitotomía percutánea izquierda de litiasis coraliforme sin incidencias. Debido a la anatomía de la paciente y a la gran carga litiasica que presentaba, se quedaron unos pequeños fragmentos en cálices secundarios, siendo remitida al alta para tratamiento mediante LEOC de las litiasis residuales. 24 horas tras la sesión de litotricia acude a urgencias por malestar general y mareo, presentando anemia que requirió trasfusión de hemáties y la TAC urgente mostró un hematoma perirrenal que se extendía por el retroperitoneo hasta tercio medio del uréter que explicaba los síntomas y signos de hipovolemia.

CONCLUSIÓN La litotricia por ondas de choque tras el abordaje percutáneo de las litiasis renales es una práctica habitual en nuestro servicio con buenos resultados, pero debemos ser conscientes de que no está exenta de complicaciones y que va a condicionar, en cierta medida, los tratamientos posteriores.

P-10 PARAFINOMA PENEANO. EXCISIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE DIÁFISIS PENEANA CON PLASTIA CUTÁNEA CON PIEL DE ESCROTO EN DOS TIEMPOS

J. Oñate Celdrán, C. Sánchez Rodríguez, P. Velilla Asurmendi, M. Tomás Ros, J. P. Morga Egea, P. Valdelvira Nadal, M. Ruiz Marín, J. M. Jiménez López, A. Andreu García, A. Sempere Gutiérrez, L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: el parafinoma peneano es el resultado de la inyección, subcutánea o intrauretral, de sustancias extrañas que contienen hidrocarburos saturados de cadena larga con el fin de aumentar el tamaño del pene. Genera una reacción inflamatoria crónica granulomatosa. Se trata de una práctica poco común, más frecuente en el Este de Europa y Asia. El fenómeno de la inmigración ha propiciado la llegada de algún caso a nuestros centros.

CASO CLÍNICO: presentamos el caso de un varón de 32 años que consulta por aumento doloroso del tamaño y consistencia del pene, de 2 años de evolución que se objetiva en la exploración física, a raíz de inyección de parafina subcutánea. Se realiza resonancia magnética que informa de engrosamiento concéntrico del tejido celular subcutáneo de pene. Se propone para escisión y reconstrucción peneana en 2 tiempos. Buen resultado estético y funcional.

CONCLUSIONES: es una patología poco prevalente importada del Este de Europa y Asia. Microscópicamente genera una reacción inflamatoria granulomatosa crónica y macroscópicamente inflamación, edema, cicatrices, necrosis, deformidad, ulceraciones, abscesos estériles, erección dolorosa e incluso imposibilidad para mantener relaciones sexuales. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica y en caso necesario cirugía reconstructiva.

P- 11 CALCIFICACIÓN DE CATÉTER EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON TOPIRAMATO

Moreno Alarcón C, Gómez Gómez G, Doñate Íñiguez G, Ruiz Morcillo JC, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP, Martínez Pertusa P. Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: Los cálculos inducidos por medicamentos representan el 1-2% de todos los cálculos renales. Entre los numerosos fármacos que aumentan el riesgo de litiasis urinaria se encuentra el Topiramato, aunque el riesgo de los pacientes que lo toman de tener litiasis sea solo del 2%. Hay otros medicamentos como sufadiazina, indinavir o triamtereno en los que dicho porcentaje es mayor.

CASO CLÍNICO: Paciente con encefalopatía hipóxico-isquémica y crisis epilépticas parciales y generalizadas en tratamiento con carbamacepina, topiramato, levetiracetam y clobazam.

Presenta crisis renoureteral izquierda por litiasis de aproximadamente 1,2 cm de tamaño en unión pieloureteral izquierda que precisó derivación urgente mediante stent ureteral tipo doble J (fig.1). 5 semanas después se realiza litotricia extracorpórea con ondas de choque portando el catéter, con destrucción completa de la litiasis y 2 meses después de la colocación del catéter doble J presenta hematuria y se observa en la radiografía simple de abdomen una litiasis vesical de 3 cm en el extremo distal del catéter ureteral (fig. 2). Se procedió a la cistolitotomía endoscópica con láser Holmium y a la retirada del catéter ureteral.

CONCLUSIÓN: Con este caso intentamos demostrar la gran rapidez con la que pueden calcificar los cuerpos extraños estos pacientes medicados con litogénicos, por lo que se debe tener en cuenta la medicación de cada paciente al valorar el tiempo que se mantendrá un cuerpo extraño como un stent ureteral.

P-12 EXTRACCIÓN NEFROSCÓPICA DE CATÉTER DOBLE J DEFINITIVO (Resonance®) EMIGRADO A PELVIS RENAL

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

INTRODUCCIÓN: el catéter doble J es un elemento indispensable en el tratamiento de procesos obstructivos y/o sépticos. La migración proximal es una complicación infrecuente (0.6 – 3.5%). La causa fundamental es la elección inadecuada del catéter, sobre todo en lo referido a longitud o la complejidad en el sistema de colocación.

CASO CLÍNICO: paciente de 58 años, sin antecedentes de interés al caso que ingresa por síndrome constitucional a estudio. En 2008 se detecta insuficiencia renal incidental, realizándose ecografía que objetiva hidronefrosis bilateral grado I – II. Se coloca catéter doble J derecho. Se solicita batería de pruebas para despistaje de neoplasia prostática con el resultado de adenocarcinoma de próstata Gleason 5 + 5, T2cN1M1. Se inicia tratamiento con supresión androgénica completa. En 2009 se decide recambio de catéter doble J derecho por otro definitivo. En el transcurso de la intervención migración completa de catéter a pelvis derecha. Intento infructuoso de retirada mediante ureteroscopia flexible y doble J derecho de silicona. En 2010 nefroscopia derecha con retirada de catéter ureteral doble J metálico. Recambio retrógrado de doble J derecho.

CONCLUSIONES: la migración proximal es infrecuente. Las causas más frecuentes son la longitud insuficiente y los materiales con fuerza de retención baja. La primera opción debe ser ureterorenoscopia. En caso de fracaso se debe retirar por abordaje percutáneo.

P-13 COMPLICACIÓN OFTALMOLÓGICA TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

C. Sánchez Rodríguez; J. Oñate Celdrán; P. Velilla Asurmendi; M. Tomás Ros; E. Peña Ros; P. Valdevira Nadal; J. P. Morga Egea; A. Sempere Gutiérrez; JM. Jiménez López; A. Andreu García; J. L. Rico Galiano; L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: la neuritis óptica isquémica es una complicación infrecuente tras cirugía prostática laparoscópica. Se asocia a la posición en Trendelenburg, a la pérdida de sangre y a la hipotensión durante la intervención.

CASO CLÍNICO: varón de 61 años sin antecedentes personales de interés intervenido en nuestro servicio mediante prostatectomía radical laparoscópica. El acto quirúrgico se realizó en 165 minutos, necesitando en ocasiones una posición de Trendelenburg de gran angulación. No se precisó en ningún momento transfusión sanguínea ni grandes volúmenes de sueros. Durante la intervención la TA del paciente cayó durante media hora hasta niveles de 80-50, encontrándose al comienzo en 170/90.

A la semana acude a Urgencias por sombra de aparición en hemicampo superior del ojo izquierdo sin dolor ocular ni otra sintomatología. En el examen oftalmológico presenta una disminución de la agudeza visual del OI, se observa edema de papila con palidez discal. En campo visual, hemianopsia superior con contracción concéntrica. La RMN cerebral y de órbitas fue normal, diagnosticándose de neuritis óptica isquémica anterior.

CONCLUSIÓN: la prostatectomía radical laparoscópica es una intervención relativamente frecuente que precisa de un aprendizaje con unos tiempos quirúrgicos y unas complicaciones iniciales elevadas. En nuestro caso puede haber contribuido la posición y la tensión arterial intraoperatoria disminuida. Debemos pensar en la neuritis óptica isquémica anterior en todo paciente intervenido vía laparoscópica que en el postoperatorio temprano presente fallos en la visión, intentando descartar otras patologías como vasculitis o émbolos.

P-14 “FRACTURA PENEANA; PUNTOS CLAVE DE SU EVOLUCIÓN CLÍNICA Y TRATAMIENTO A PROPÓSITO DE UN CASO”

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

INTRODUCCIÓN: La fractura de peneana es una *urgencia urológica* infrecuente en nuestro medio. El antecedente traumático durante la relación sexual en la mayoría de los casos, una clínica característica y la atención urgente, lleva al *diagnóstico de sospecha* y sigue siendo la *exploración quirúrgica*, la decisión médica adecuada para completar la exploración clínica y el tratamiento de elección, y así reparar la lesión evitando complicaciones precoces y funcionales tardías.

OBJETIVO: Nuestro objetivo, es destacar los puntos clave de forma didáctica, y describir las fases de su evolución clínica, diagnóstica y terapéutica.

MATERIAL: Describimos de forma gráfica y secuencial las fases clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la fractura peneana resaltando los puntos clave asistenciales para conseguir una buena evolución y buenos resultados funcionales tras el traumatismo.

CONCLUSIONES: Los pacientes que acuden a urgencias con traumatismo peneano y sospecha de lesión de cuerpos cavernosos y/o hematoma, deben ser evaluados y tratados sin demora. Además de la historia clínica del paciente y la realización de un examen físico, el uso de pruebas complementarias diagnósticas no es necesario en la mayoría de los casos para el tratamiento de pacientes con sospecha de fractura de pene. La reparación quirúrgica temprana está asociada con un buen resultado y evita complicaciones locales como la infección de hematoma o fístula uretrocavernosa entre otras. La lesión uretral no es frecuente, pero se debe confirmar durante la exploración quirúrgica. El hematoma limitado al pene sugiere la integridad de la fascia de Buck.

El abordaje quirúrgico, la reparación de la lesión uretral si existe, de la lesión, de la albugínea y cierre es la mejor forma de tratamiento.

P- 15 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SERVICIOS QUIRÚRGICOS

C. Sánchez Rodríguez, JM. Muñoz Camarena**, M^aJ. Candela García***, J. Oñate Celdrán*, P. Velilla Asurmendi*.
*Servicio de Urología. **Servicio de Cirugía General. ***Servicio de Hematología y Oncología Médica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

OBJETIVO: Analizar la calidad en la petición del consentimiento informado (C.I) para la transfusión de hemoderivados en el servicio de Urología y Cirugía General de nuestro hospital, con el fin de aplicar un ciclo de mejora.

MÉTODOS: El estudio se realizó durante 6 meses, en pacientes ingresados en el Servicio de Urología y de Cirugía General del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia. Se incluyeron 60 pacientes intervenidos mediante cirugía programada y que necesitaron transfusión sanguínea en el periodo de estudio. Se seleccionaron 4 criterios relacionados con la calidad del cumplimiento de la normativa sobre transfusiones:

Criterio 1: el médico responsable estará claramente identificado. Criterio 2: el paciente estará correctamente identificado. Criterio 3: deberá encontrarse la firma del paciente o representante legal en el C.I. Criterio 4: quedará constancia de la fecha exacta en la que se firma el C.I. Todos los estándares de los criterios son del 100%.

Los resultados de estos criterios se expresan en tanto por ciento de cumplimiento con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

RESULTADOS: Se observó que todos los criterios se encontraban por debajo del estándar de forma estadísticamente significativa.

CONCLUSIÓN: En la primera evaluación se consigue un pobre cumplimiento de todos los criterios lo que se traduce en una diferencia significativa con el estándar. En el gráfico de Pareto se observa que el mayor porcentaje de incumplimientos se acumula en el criterio 1, es decir la identificación del médico en el C.I.

P-16 METÁSTASIS TARDÍAS DE TUMOR RENAL EN TIROIDES. UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

C. Sánchez Rodríguez; J. Oñate Celdrán; P. Velilla Asurmendi; M. Tomás Ros; E. Peña Ros; P. Valdevira Nadal; J. P. Morga Egea; A. Sempere Gutiérrez; A. Andreu García; JM. Jiménez López; J. L. Rico Galiano; L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

INTRODUCCIÓN: el carcinoma renal de células claras se caracteriza por tener una biología impredecible: regresiones espontáneas de metástasis tras nefrectomía, capacidad metastásica que se manifiesta antes de diagnosticar el primario y otras veces metástasis que aparecen muchos años después de haberse tratado el carcinoma renal. Nuestro interés por el caso radica en la baja incidencia de las metástasis tiroideas por carcinoma de células renales en nuestro Servicio, y por extensión en la población estudiada.

CASO CLÍNICO: mujer de 69 años intervenida en el 2000 de nefrectomía radical izquierda por tumor de células claras de 16.5 x 12 X 9 sin afectación de vena (pT2b). En 2006, con controles previos normales, consulta en el Servicio de Cirugía General por nódulo tiroideo izquierdo de 3-4 cm y de consistencia dura. Se realiza una ECO que es indicativa de Bocio Multinodular. En la PAAF se aprecia una proliferación folicular sospechosa de malignidad por lo que se decide realizar una tiroidectomía total. El informe anatomopatológico es compatible con metástasis tiroidea de un carcinoma renal de células claras: células de citoplasma ampliamente vacuolado con morfología de célula clara. Muestra negatividad PAS, TTF-1 negativo, CD31 negativo y es negativa para tiroglobulina. Cuatro años después del diagnóstico la paciente se encuentra libre de enfermedad sistémica.

CONCLUSIONES: 1º. Ante nódulos de tiroides en pacientes con historia previa de carcinoma, se debe considerar la posibilidad de una metástasis. 2º El diagnóstico nos lo dará el estudio microscópico de la pieza. 3º Los pacientes con carcinoma renal de células claras y nefrectomía deben tener un seguimiento de por vida. 4º El tratamiento de elección es la cirugía.

P-17 UROPATÍA OBSTRUCTIVA BILATERAL POR METÁSTASIS RETROPERITONEAL DE CÁNCER DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO

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

INTRODUCCIÓN: La obstrucción ureteral por metástasis retroperitoneal de cáncer de mama es infrecuente. La prevalencia en las grandes series de necropsias de pacientes con cáncer de mama es del 7.8 al 8.3%. No existen series recientes que reporten la incidencia de esta patología en el momento actual.

CASO CLÍNICO: mujer de 46 años que ingresa por síndrome constitucional a estudio. Madre fallecida a los 80 años por carcinoma de útero. Resto de antecedentes sin interés. Durante el ingreso presenta limitación en la abducción y supravversión del ojo izquierdo y midriasis con reflejos fotomotores conservados e insuficiencia renal. Se realiza estudio de extensión por imagen que describe masa orbitaria izquierda con afectación de músculo recto interno e hidronefrosis grado III – IV compatible con estenosis pieloureteral bilateral. La paciente rechaza colocación de doble J. Se realiza pieloplastia desmembrada izquierda con toma de biopsias de grasa perirrenal y retroperitoneal que informan de infiltración por carcinoma (a descartar mamario o genitourinario). Se objetiva en mamografía carcinoma de mama bilateral.

CONCLUSIONES: la obstrucción ureteral por metástasis retroperitoneal es infrecuente. Las neoplasias más frecuentes son cérvix, próstata, vejiga y recto. Habitualmente es asintomática. Los síntomas derivan del deterioro de la función renal. El tratamiento es la derivación con catéter ureteral o nefrostomía.

P-18 LIPOSARCOMA RETROPERITONEAL MIXOIDE. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA

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

INTRODUCCIÓN: El liposarcoma es el más frecuente de los sarcomas retroperitoneales de partes blandas. No obstante es una patología infrecuente. Su detección precoz es difícil. Se diagnostica por clínica o de forma incidental. La variante mixoide tiene una supervivencia global a los 5 años del 60%. El tratamiento de elección es la excisión completa.

CASO CLÍNICO: varón de 58 años, sin antecedentes de interés, que consulta por síndrome prostático. Se solicita ecografía para valorar tamaño prostático que informa de masa heterogénea de unos 10 cms, con bordes lobulados y alguna calcificación en su interior, que contacta con el riñón derecho. Se solicita tomografía: masa retroperitoneal en espacio pararenal derecho. Compatible con sarcoma mesenquimal, de probable estirpe grasa. Se realiza cirugía exéretica. La anatomía patológica es compatible con liposarcoma mixoide. Se completa tratamiento con radioterapia adyuvante.

CONCLUSIONES: la incidencia anual del liposarcoma es del 0.8%. El estándar para el diagnóstico es la TC. La afectación de órganos vecinos y las metástasis locales son frecuentes. El tratamiento de elección es la cirugía (resección completa). La radioterapia y la quimioterapia no han demostrado aumento de la supervivencia global.

P- 19 PÓSTER: MIELOLIPOMA SUPRARRENAL GIGANTE

P. Velilla Asurmendi; C. Sánchez Rodríguez; J. Oñate Celdrán; M. Tomás Ros; J. P. Morga Egea; P. Valdelvira Nadal; E. Peña Ros; A. Sempere Gutiérrez; JM. Jiménez López; A. Andreu García; J. L. Rico Galiano; L. Ó. Fontana Compiano. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.

P- 20 HOMBRO DOLOROSO POR NEUMOPERITONEO TRAS NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Moreno Alarcón C, Gómez Gómez G, López Cubillana P, Doñate Íñiguez G, Ruiz Morcillo JC, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP. Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

INTRODUCCIÓN: La causa del dolor de hombro tras laparoscopia no es bien conocida y se considera multifactorial. Este dolor es típico en el posoperatorio inmediato. Mediante estudios randomizados se ha demostrado que la realización del neumoperitoneo con presión baja y la evacuación más exhaustiva del CO₂ restante mediante la instilación de suero salino tras la intervención pueden disminuir su incidencia.

CASO CLÍNICO: Mujer de 42 años diagnosticada casualmente por ecografía de tumor renal derecho. Se realiza nefrectomía laparoscópica derecha sin incidencias. Al tercer día del postoperatorio, cuando inicia la deambulación, refiere dolor intenso en el hombro derecho irradiado a hemitórax derecho selectivo con la bipedestación. La radiografía simple de tórax y la TAC abdominal revelan neumoperitoneo que se extiende al tejido celular subcutáneo por uno de los puertos, sin otros hallazgos significativos en el lecho quirúrgico.

Este dolor, provocó el alargamiento de la estancia hospitalaria a 7 días, tras los cuales fue dada de alta con leves molestias.

CONCLUSIÓN: El dolor en hombro tras la cirugía laparoscópica es una complicación poco frecuente, pero que requiere descartar otras complicaciones no relacionadas con el neumoperitoneo como la existencia de colecciones o hematomas que puedan también irritar el diafragma y provocar este síntoma.

VÍDEOS

V-1 CORRECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE UN DIVERTÍCULO DE HUTCH

Pedro A. López González, Guillermo Gómez Gómez, Jose C. Ruiz Morcillo, Gloria Doñate Íñiguez, Cristóbal Moreno Alarcón, Edgar H. Olarte Barragán. Servicio de Urología, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Presentamos un video, de 7 minutos de duración, que responde a la corrección quirúrgica de un divertículo periureteral o de Hutch.

CASO CLÍNICO: Varón de 31 años que consulta por ITUs de repetición. En cistouretrografía se objetiva divertículo vesical, con defecto de vaciado en la micción, sin reflujo vesicoureteral. En la exploración endoscópica vesical encontramos un divertículo periureteral o de Hutch. Realizamos diverticulectomía e implante ureteral por vía laparoscópica.

DISCUSIÓN: Los divertículos de Hutch se producen a nivel de la unión uretero-vesical. Suelen asociarse a reflujo o a otros síntomas como ITUs de repetición, cálculos... La corrección quirúrgica, en casos sintomáticos, generalmente por reflujo, es clásicamente la ureteroneocistostomía. Consideramos que la cirugía laparoscópica del divertículo vesical es una alternativa comparable a los procedimientos clásicos, y que debe ser considerada como una opción en el manejo de los divertículos vesicales que requieren resolución quirúrgica.

V-2 ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE BAJO COSTE PARA RESIDENTES QUIRÚRGICOS: TIEMPO DE ENTRENAMIENTO NECESARIO PARA LOGRAR TIEMPOS SIMILARES A UN EXPERTO EN HABILIDADES BÁSICAS

Montoya Chinchilla R, Izquierdo Morejón E, Pietricica B, Cano García MC, Hidalgo Agullo G, Rosino Sánchez A, Guzmán Martínez-Vals PL, Honrubia Vilchez B, Romero Hoyuela A, Fernández Aparicio T, Hita Villaplana G, Miñana López B. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia.

Actualmente la laparoscopia se ha convertido en la vía preferida de multitud de intervenciones quirúrgicas siendo imprescindible la familiarización con la misma durante el periodo de formación de los residentes de especialidades quirúrgicas. La adquisición de habilidades laparoscópicas avanzadas sigue siendo un problema en la formación de los residentes, pues se no dispone facilidades técnicas ni de habilidades necesarias para enfrentarse a cirugías complicadas. Es por eso por lo que surgen en el mercado diferentes equipos de entrenamiento y variados cursos de formación laparoscópica básica y avanzada. En nuestro trabajo hemos creado una caja de entrenamiento de bajo coste y se han desarrollado 4 ejercicios a realizar con nivel de dificultad ascendente, cada uno en vistas al aprendizaje de habilidades básicas laparoscópicas. El objetivo del estudio es medir el tiempo de entrenamiento necesario que debe realizar un residente sin experiencia laparoscópica para alcanzar el nivel de ejecución de un cirujano experimentado en el campo en cada uno de los ejercicios propuestos. El corte y la sutura laparoscópica son los ejercicios que más han tardado en realizarse adecuadamente, mientras que la orientación espaciotemporal y la coordinación bimanual se ha alcanzado con pocas sesiones de entrenamiento.

V-3 UTILIDAD DEL PARCHE DE MUCOSA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA URETRORECTAL SECUNDARIA A PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

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

Presentamos el video quirúrgico de un paciente en el que apareció una fístula uretrorectal al sexto día de una prostatectomía radical laparoscópica sin incidencias intraoperatorias (estando de alta en su domicilio). La fístula no se solucionó con catéter permanente y tampoco tras realización de colostomía de descarga en cañón de escopeta. A los seis meses de la intervención inicial se realizó perineotomía posterior para resección del trayecto fistuloso, cierre rectal y de anastomosis uretrovesical con parche de mucosa yugal y con colgajo de dartos escrotal, solucionándose la fístula como de muestran los estudios de imagen.

V-4 CIRUGÍA CONSERVADORA RENAL VÍA LAPAROSCÓPICA

Jesús I. Tornero Ruiz, Antonio Prieto González, Pedro López Cubillana, Guillermo Gomez Gomez. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

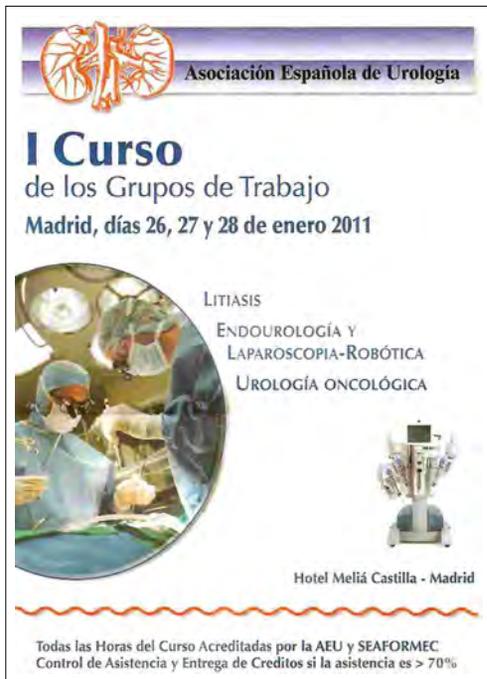
Presentamos un video, de 7 minutos de duración, sobre una nefrectomía parcial por vía laparoscópica.

CASO CLÍNICO: Mujer de 79 años, con hallazgo incidental de tumor exófitico, de 1'7 cm, en 1/3 medio de riñón izquierdo. Se realiza tumorectomía laparoscópica, con clampaje de arteria renal.

CONCLUSIÓN: La nefrectomía parcial laparoscópica, es una técnica segura y eficaz para el tratamiento del carcinoma renal. Ofrece, en los casos seleccionados, resultados oncológicos superponibles a la cirugía radical y las ventajas de una técnica mínimamente invasiva y la preservación de la función renal.

Actividades científicas en las que han participado miembros de la AMU en 2010

PRIMER CURSO DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE UROLOGÍA



Patrocinado por la AEU se ha celebrado en Madrid los días 6 a 8 de enero. Surge con la intención de imbricar los Grupos de Trabajo con el Curso de Formación anual de la AEU y con la finalidad de aumentar su eficiencia y su calidad al incluir en el programa la cirugía en directo. Suple a la reunión anual del Grupo.

Este primero ha reunido, por afinidad temática, a los Grupos de Litiasis, de Endourología y Laparoscopia-Robótica y de Urología Oncológica, que coordina el Dr. Miñana López, jefe del servicio de Urología del Hospital Universitario Morales Meseguer, quien centró los temas en el abordaje quirúrgico de los tumores del urotelio superior, la nefroureterectomía laparoscópica y la nefrectomía radical por NOTES, por medio de sesiones quirúrgicas y las indicaciones en el tratamiento focal del cáncer de próstata. Fue seguido de la exposición de la estructura de investigación del Grupo de Urología Oncológica.

CONMEMORACIÓN DEL XXV ANIVERSARIO DEL INICIO DE LOS TRASPLANTES RENALES EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

El día 14 de octubre se celebró en el Centro Cultural de Las Claras de Caja Murcia, organizado por los servicios de Urología y Nefrología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, la conmemoración del XXV aniversario del inicio de los trasplantes renales en la Comunidad de Murcia. Presidido por la Exma. Sra. Consejera de Sanidad, colaboraron en dos mesas redondas los miembros de los equipos que toman parte en su desarrollo, y participaron los invitados Drs. Álvarez Vijande, de la unidad reconstructiva del Hospital Clínico de Barcelona y Torregrosa Prats, nefrólogo del mismo centro, Lledó García, coordinador de trasplantes del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, pronunció la conferencia magistral del Dr. D. Rafael Matanzas, creador y director de la Organización Nacional de Trasplantes, sobre la «Donación y trasplantes en el mundo y el papel de la ONT».



XXIX REUNIÓN DE MÉDICOS RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y DE MURCIA

Tuvo lugar en el Hospital General Universitario de Valencia el 16 de octubre de 2010. Durante la reunión se trataron diversos aspectos de Andrología, tanto teóricos como clínicos anexos en el programa. Le correspondió al Hospital Virgen de la Arrixaca el desarrollo de un caso de «Citogenética de la infertilidad masculina», en el que se repasa la historia urológica completa, pruebas de laboratorio tales como espermiograma y analítica general, seguido de una segunda parte donde colaboró el servicio de Genética de nuestro centro, con un diagnóstico genético basado en pruebas como microdelección del cromosoma Y, y su cariotipo. Estas determinaciones permitieron el diagnóstico posterior del paciente, y también se efectuó una asesoría genética, donde se plantearon técnicas actuales como diagnóstico genético preimplantacional. Todos los temas tratados durante la reunión tuvieron su discusión con aportes tanto de los médicos residentes como de los adjuntos que asistieron a la jornada.

XXIX REUNIÓN DE RESIDENTES DE UROLOGÍA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA Y MURCIA.

Organiza:
Servicio de urología del
Consortio Hospital General
Universitario de Valencia.

15 – 16 de octubre de 2010.

Lugar: Hospital General
Universitario de Valencia.
Salón de actos.

CURSO AVANZADO DE ADIESTRAMIENTO EN NEFRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Arrixaca
**Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"**

Servicio
Murciano
de Salud

Organizado por la cátedra de Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología (jefe de departamento: profesor Pascual Parrilla Paricio) y el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

Mantiene el servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca sus cursos de adiestramiento en cirugía laparoscópica, ampliado este año a la práctica de técnicas avanzadas, con un número cerrado de asistentes, cuatro urólogos. Se llevó a cabo, el 16 de marzo de 2010, auspiciado por la AMU.

Durante la mañana y en los quirófanos del centro los urólogos del servicio operaron a dos pacientes de una nefrectomía radical y a otro de una cistectomía total. Los alumnos prosiguieron por la tarde con prácticas de ambas intervenciones en animales en el quirófano de cirugía experimental con que cuenta el Hospital.

Premio Server Falgás 2009

BETA-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO. Un desafío epidemiológico y terapéutico

L. Ó. Fontana Compiano, A. Altuna Cuesta*-Enrique Bernal Morell**, J. Oñate Celdran, C. Sánchez Rodríguez, M. Tomás Ros, J. P. Morga Egea, P. Valdelvira Nadal, A. Andreu García, A. Sempere Gutiérrez, J. L. Rico Galiano. Hospital General Universitario Reina Sofía. Servicio de Urología, *Servicio Microbiología, **Unidad de Infecciosas.

INTRODUCCIÓN

Las ***betalactamasas de espectro extendido*** son enzimas que fenotípicamente se caracterizan por conferir resistencia (capacidad hidrolítica) frente a penicilina y antibióticos betalactámicos del grupo oximimino (cefalosporinas de 1, 2, 3 y 4 generación y aztreonam).

Derivan, por mutación genética de betalactamasas clase A (TEM/ SHV/ CTX-M) que solo tenían actividad penicilinasas para ampicilina, amoxicilina y cefalosporinas de primera generación.

Con frecuencia tienen perfil de multiresistencia (AMG/ CTX/ QUIN). Pueden ser inhibidas por ac. clavulánico, o inhibidor es de betalactamasas como tazobactam, sulbactam.

Las BLEE se encuentran codificadas en plásmidos conjugativos por lo que son transferibles entre distintas cepas de la misma especie y entre especies bacterianas.

Esto se traduce en ITU de difícil tratamiento y en que, cuando se presentan como bacteriemias causan mayor mortalidad relacionada con una mayor resistencia y especialmente con un tratamiento empírico inadecuado (1). En la actualidad constituyen un problema terapéutico y epidemiológico en el caso de infecciones causadas por E. Coli, K. Pneumoniae, P. Mirabilis K. Oxytoca (BLEE) pues son resistentes a penicilina, ampicilinas, cefamicinas, cefalosporinas de cualquier generación y el aztreonam, y un 30% a 60% también a betalactámicos asociados a inhibidores de betalactamasas; además un porcentaje alto por corresponsión son también resistentes a quinolonas, aminoglucósidos tetraciclinas y cotrimoxazol. Su principal reservorio es el tracto digestivo, y su transmisión es fácil a partir de las manos de las personas (2).

Las características mencionadas convierte a las BLEE en un auténtico problema de salud pública (3). Su prevalencia ha ido en aumento en los últimos años.

La prevalencia BLEE en Europa es más alta que en EEUU pero menor que Asia y Latinoamérica, (2000- 0,7 E. Coli -2.4 K. Pneumoniae -2005- 4,5% en E. Coli ,5.5% en K. Pneumoniae 2009)

Durante las décadas de los 80 y principios de los 90 la mayoría de las BLEE encontradas eran del tipo TEM-1 o SHV habiéndose descrito hasta la fecha más de 100 variantes distintas derivadas de las beta lactamasas TEM-1 o TEM-2 y más de cincuenta de la SHV-1. Lo que da idea de la gran diversificación evolutiva que han sufrido en tan corto periodo de tiempo debido sobre todo a la gran presión selectiva de antibióticos. Actualmente en España la mayoría son del tipo CTX-M (cefotaximasa). El germen que predomina en nuestro país es el E. Coli en especial fuera del ámbito hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el primer semestre del 2009 se realizó un estudio de incidencia de las BLEE en el HGURS de Murcia se analizaron resultados de 11332 cultivos de orina procedentes de muestras de la comunidad (área VI), consultas externas e intrahospitalarias.

Del total 9275 fueron provenientes de Atención Primaria, 1113 intrahospitalarias y 944 de consultas externas.

Del total de muestras positivas (criterio de ITU-STAMM) analizadas 49 muestras (un 3%) fueron BLEE y en su mayoría procedían del medio extrahospitalario 67%, siendo el germen más común el, E. Coli 89%. El análisis del patrón de resistencias confirma la multiresistencia de estos gérmenes con BLEE.

Con la colaboración de la Unidad de Infecciosas del HGRS se estudiaron durante el 2008 (8 meses) las sensibilidades de *E. Coli*, *Enterococo faecalis* y *Pseudomona A*.

El *E. Coli* presentó 49% de resistencia a Ciprofloxacino, 70% a Ampicilina, 45% a SxT. El *Enterococo* presentó un 60% de resistencia a Ciprofloxacino, guardando buena sensibilidad para ampicilina y vancomicina; mientras que la *Pseudomona*, mostró una muy buena sensibilidad a Amikacina, Ceftazidima y Carbapenémicos.

Durante el mismo período de 2008 se analizaron las bacteriemias ocurridas en nuestro centro, de un total de 104 pacientes 65, (el 62,5%) provenían de la comunidad, mientras que 39 (37,5%) fueron de procedencia nosocomial. El origen de la bacteriemia fue mayoritariamente urinario.

DISCUSIÓN

Las infecciones del tracto urinario constituyen la segunda causa de consulta por infección en la población y en el hospital, y las resistencias bacterianas de los uropatógenos más frecuentes en especial la *E. Coli* son el problema de mayor repercusión en la práctica clínica (4).

En la última década se ha producido un gran incremento de las tasas de resistencia de los uropatógenos frente a antimicrobianos habituales tanto de uso en la comunidad, como en el hospital, lo cual ha obligado a cambiar las recomendaciones de tratamiento empírico de las ITU.

Un fenómeno emergente y de gran importancia actual y futura es la aparición de cepas de *E. Coli* y *Klesiella sp.* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE)

Las betalactamasas de espectro extendido (BLEE/BLEA/ESBL), son enzimas que fenotípicamente se caracterizan por conferir resistencia a penicilinas y cefalosporinas incluyendo las de tercera y cuarta generación y aztreonam y pueden ser inhibidas por ácido clavulánico, tazobactam y sulbactam. Las BLEE clásicas derivan de las betalactamasas con actividad fundamentalmente penicilinasas. El uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro en la última década ha producido mutaciones en su centro activo y esto ha hecho extender su

efecto hidrolítico a las cefalosporinas de últimas generaciones y monobactámicos. Con frecuencia coexisten junto con lo antes mencionado, determinantes genéticos que le confieren resistencias a otros antimicrobianos como quinolonas, aminoglucósidos o el cotrimoxazol. Un aspecto característico de las BLEE es que se encuentran codificadas en plásmidos conjugativos por lo que son transferibles no solamente entre cepas de la misma especie sino también pueden transferirse a distintas especies en el mismo plásmido, integrón o transposón (elementos genéticos móviles, con capacidad de integrar, expresar y trasladar insertando en cualquier lugar del genoma genes de resistencia).

Según el estudio SENTRY (5) y otros similares dejan ver muy claramente la enorme relevancia de este problema, que está muy lejos de ser controlado como así también las diferencias epidemiológicas existentes. En los países del este europeo la prevalencia de los BLEE supera con mucho a la de los países norteamericanos. También está cambiando la forma de presentarse, hasta hace poco solo lo hacían en forma de brotes epidémicos nosocomiales de *Klebsiella blee*, (6) pero actualmente en hospitales de diversos países de nuestro entorno está habiendo en forma creciente infecciones por enterobacterias productoras de BLEE no relacionadas con brotes epidémicos (7). Este incremento se debe sobre todo al aumento de la incidencia de ITU por *E. Coli* BLEE procedente de la comunidad (8).

Todavía no está dilucidado como tuvo su inicio este fenómeno si se originó en centros hospitalarios y de allí pasó a la comunidad o viceversa. Se han encontrado cepas en animales de granja y también en flora fecal de portadores ambulatorios, aunque existen casos de infecciones por enterobacterias BLEE sin contacto previo con hospitales o residencias sanitarias (9).

Los mecanismos de resistencia a los antibióticos pueden producirse por diferentes vías, intrínseca o natural (inaccesibilidad al lugar de acción o impermeabilidad, modificación de la diana), mutacional (inactivación del fármaco), extracromosomal o adquirida (expulsión del antibiótico mediante bomba de flujo) alteración de la ruta metabólica, alteración de las porinas, formación

de biofilms (en pacientes con sondas, catéteres etc.).

Los factores de riesgo de infecciones por enterobacterias productoras de BLEE vienen determinados por diferentes situaciones: a) uso previo de antimicrobianos, b) duración prolongado del tratamiento antibiótico, c) empleo de dispositivos invasivos, d) hospitalización previa, e) estancia previa en residencia de ancianos, f) admisión en UCI, g) infecciones recurrentes, h) edad avanzada y diabetes, i) aumento de la población inmunodeprimida, j) sexo varón (8).

Para decidir el tratamiento empírico en una ITU hay que distinguir entre dos situaciones 1) infección de la vía urinaria baja, sin afectación sistémica ni comorbilidades que pudieran desembocar en ella y 2) ITU con un cuadro potencialmente grave con afectación parenquimatosa (prostatitis aguda, pielonefritis aguda) en paciente con factores de riesgo, que puedan llevar a una sepsis.

Ante un caso de ITU baja en mujeres con riesgo de infección por BLEE las mejores alternativas de tratamiento son la NIROFURANTOÍNA y la FOSFOMICINA, puesto que ambas presentan una buena actividad frente a las BLEE, aunque conviene recordar que la nitrofurantoína precisa ciclos de tratamiento más largos, lo que dificulta el cumplimiento y es más tóxica por lo cual no se debería usar en forma rutinaria. Estos antimicrobianos han sido propuestos por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) como de primera elección para el tratamiento de la cistitis no complicada y no usar quinolonas para así limitar al máximo su uso y disminuir las resistencias a las mismas (10). La amoxicilina clavulánico podría ser un arma alternativa de eficacia en cistitis producidas por BLEE, debido a que tiene altas concentraciones en orina pero se carece de grandes series comparativas que lo demuestren. Si bien el ÁCIDO CLAVULÁNICO y el TAZOBACTAM inhiben las BLEE in vitro tienen posibilidades no despreciables de fracasar por un aumento de betalactamasas o por el **efecto inóculo in vivo** (el número de colonias bacterianas en un punto dado, que hace fracasar la terapia antimicrobiana sobretodo si se usa betalactámicos y mucho menos con aminoglicosidos).

En el caso de infecciones urinarias parenquimatosas que debido a las condiciones y antecedentes del paciente, proceso quirúrgico, etc. tienen un alto riesgo de derivar a una sepsis el tratamiento de elección son los **CARBAPENEMES**. Estos antimicrobianos son muy estables a la hidrólisis por betalactamasas y además tienen capacidad de mantener actividad bactericida durante veinticuatro horas frente a altos inóculos de cepas uropatógenas BLEE (11).

No obstante las excelentes cualidades antimicrobianas de los carbapenemes, estos no deben ser usados indiscriminadamente puesto que pueden fomentar la aparición de cepas de gramnegativos no fermentadores como *Acinetobacter* spp. y *Pseudomona* spp. multirresistente (12). En este grupo de antimicrobianos tenemos:

I) **IMIPENEM/MEROPENEM: betalactámicos de elección** en infecciones parenquimatosas graves por BLEE. Deberían reservarse para infecciones nosocomiales multiresistentes por *Pseudomona aeruginosa* o *Acinetobacter Baumannii*. Su uso se ha asociado a menor mortalidad, aunque ya han aparecido cepas de *Klebsiella pneumoniae* resistentes (11).

II) **ERTAPENEM:** buena actividad frente a enteropatógenos multiresistentes incluidos BLEE, pero **no tiene actividad frente a Pseudomonas, Acinetobacter, Enterococo y SARM**. El 11% de las *Klebsiella pneumoniae* abdominales son resistentes. Tiene como ventajas concentraciones mínimas inhibitorias menores que el Imipenem, mejor posología y permite el uso ambulatorio (13).

III) **DORIPENEM:** buena actividad al igual que los anteriores, se elimina inalterado por vía renal **poca actividad para Acinetobacter Baumannii y ssp, Pseudomonas** y no cubre Enterococo (14).

Otra opción terapéutica en ITU potencialmente graves es:

(I) **PIPERCILINA /TAZOBACTAM:** Su utilidad es variable y sobre todo en aras de consumir menos carbapenemes, está influenciado por el efecto inóculo. Necesita estudio de sensibilidad previo. Alta concentración en orina. En infecciones BLEE no complicadas, curación clínica y bacteriológica. Su resistencia va en aumento en los últimos años.

(II) **CEFALOSPORINAS (CEFOXITINA /CEFTRIAXONA)**: Controvertido su uso en infecciones graves por gérmenes MR. A pesar de tener un CIM aceptable. Influidos por efecto inóculo. Resultados clínicos pobres. Desarrollan mutantes de permeabilidad.

CEFEPIMA (4^a G): activa contra BLEE (SHV). Efecto inóculo. Nunca se debe administrar como monoterapia, si con aminoglucósido adyuvante.

(III) **AMINOGLUCOSIDOS**: En especial **AMIKACINA**: es necesario el estudio de sensibilidad, tiene el menor porcentaje de resistencias. Si se va a usar empíricamente debe siempre ir asociado a carbapenemes con actividad anti-

pseudomona. Debe tenerse presente su toxicidad renal y evitar el uso prolongado en ancianos.

(IV) **QUINOLONAS /COTRIMOXAZOL**: solo son alternativas en tratamiento dirigido con BLEE sensible. Gran porcentaje de resistencias.

(V) **TIGECICLINA**: molécula familia de las tetraciclinas. Muy buena actividad frente a enterobacterias MR incluidas las BLEE, y a Enterococo. No activa frente a *Proteus* spp. y *Pseudomona*. Tiene una escasa eliminación por orina (30%), lo cual la inhabilita para este campo de actuación, solo tendría cabida para pacientes alérgicos a carbapenemes o aminoglucósidos y siempre asociada a Amikacina.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rodríguez Baños J, Navarro MD, Romero L. Bacteriemia due to extended spectrum beta-lactamase *Escherichia Coli* in CTX-M era: a new Challenge. *Clin Infect. Dis.*, 2006;43:1407-14
- (2) Gobernado M.: Betalactamasas de espectro extendido en aumento *Rev. Esp. Quimioterapia*. Junio 2005, Vol.18 (Nº 2): 115-117
- (3) Peterson DL, Bonomo RA. ESBL: a Clinical Update. *Clin Microbiol Rev.* 2005, 18: 657-860
- (4) Gómez Gómez J.: Infección urinaria por *Escherichia Coli* multiresistente: impacto clínico y nuevas perspectivas. *Med. Clin. (Barcelona) Editorial*; 2007 ;129 (11): 412-13
- (5) Winokur P. L, Cantón R, Casellas JM. Variations in the prevalence of Straits expressing an extended-spectrum betalactamase phenotype and characterization of isolates from Europe, the Americas and western Pacific Regions. *Clin. Infect. Dis.*, 2001: 32(Suppl 2) S94-S103
- (6) Paterson DL, Hujer KM et al. Extended spectrum beta-lactamase in *Klebsiella pneumoniae* bloodstream isolates from seven countries: dominance and widespread prevalence of SHV-and CTX-type beta-lactamase. *Antimicrob Agents Chemother.* 2003, 47: 3354-60
- (7) National Nosocomial Infections Surveillance (NNIS) System Report, data summary from January 1992 through July 2004, issued October 2004. *Am. J. Infect Control.* 2004; 32:470-85
- (8) Rodríguez-Baño J, Navarro MD, Romero L, Martínez Martínez L et al. Epidemiology and clinical features of infections caused by extended-spectrum beta-lactamase-producing *E. Coli* in non hospitalized patients. *J Clin Microbiol.* 2004; 42: 1089-94
- (9) Brinas L, Moreno MA, Teshager T. et al. Monitoring and characterization of extended-spectrum beta-lactamases in *Escherichia Coli* strains from healthy and sick animals in Spain in 2003. *Antimicrob Agents Chemother.* 2005; 49: 1262-4
- (10) Horcajada JP, Garcia Palomo D, Fariñas MC. Treatment of uncomplicated lower urinary tract infections. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* 2005; 23 (suppl 4): 22-7
- (11) Paterson DL Bonomo RA, Extended-spectrum beta-lactamase: a clinical update. *Clin. Microbiol Rev.* 2005, 18: 657-86
- (12) Corbella X, Montero A, Pujol M, et al. Emergence and rapid spread of carbapenem resistance during a large and sustained hospital outbreak of multiresistant *Acinetobacter baumannii*. *J. Clin. Microbiol.* 2000; 38:4086-95
- (13) Majumdar A, Musson D, Birk K. et al.: Pharmacokinetics of Ertapenem in healthy young volunteers. 41st ICAAC Chicago, Illinois USA, December 19-19 2001, abstract, (A-939i)
- (14) Lucasti C. et al. : Efficacy and tolerability of IV Doripenem versus Meropenem in adults with complicated intra-abdominal infection: a phase III, prospective, multicenter, randomized, double-blind, noninferiority study. *Clin. Ther.* 2008; 30(5): 868-83.

Galería urológica murciana



Dr. D. José Egea López

(24/IX/1890 - 8/VIII/1951)

No fue urólogo sino un médico general con dedicación a la patología urinaria. Su nombre aparece como redactor en varias publicaciones médicas murcianas, en 1917 en *Murcia Médica*, de la que extraemos su relación y su dedicación preferente por las enfermedades de las vías urinarias, donde encontramos la caricatura de la portada, realizada por el gran dibujante e ilustrador gráfico D. Luis Gil de Vicario (1898-1978), desde 1919, en *La Gaceta Médica de Murcia* y en *Levante Médico* desde 1928 como responsable de la sección profesional. Su fotografía la extraemos del semanario *La Medicina Íbera*, de Madrid, de 29 de agosto de 1925, donde se hallaba en desempeño de su cargo como delegado del Colegio de Médicos de Murcia.

Nacido en Murcia, el 24 de septiembre de 1890, se licenció en Medicina por la Univer-

sidad de Salamanca el 16 de mayo de 1916 y comenzó su ejercicio con una plaza de médico titular en el distrito de La Ñora en 1920.

Persona de gran vocación y gran actividad laboral, comprometido con su profesión fue vocal del Iltre. Colegio de Médicos de Murcia del que fue delegado en diversas ocasiones, como en la II Asamblea de Pr evisión Médica Nacional, en 1932. Después de la Guerra Civil fue depurado sin sanción y, en 1944, nombrado representante de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) en la Junta de Mancomunidades de Municipios y, al año siguiente, portavoz de los médicos de APD en el Colegio de Médicos de Murcia además de tesorero contador en 1946, cargos de los que se vio obligado a dimitir por una grave enfermedad respiratoria, causa de su fallecimiento ocurrido en Murcia, el 8 de agosto de 1951.

Convocatoria de premios de la AMU del año 2011

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

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

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

3. El jurado que otorgará los premios estará compuesto por todos los miembros de la AMU, los cuales emitirán su voto, de manera anónima, en una papeleta diseñada para tal efecto, donde figurará en una columna el número del trabajo precedido de la letra C o P, según se trate de comunicación oral o póster y en otra la puntuación otorgada.

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

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

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

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

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

BASES GENERALES

1. Es condición indispensable para concursar que los trabajos sean originales e inéditos, no podrán estar publicados, ni optar a otros premios.

2. Todos los trabajos presentados en las Jornadas Urológicas Murcianas, deberán ser facilitados en formato digital al vocal de actividades científicas antes de la finalización de la misma para su publicación en la página web de la AMU.

3. El premio se entregará siempre al primer firmante del trabajo, el cual debe ser miembro de la Asociación Murciana de Urología, y estar al corriente del pago de la cuota. El receptor del premio podrá ser cualquier asociado incluidos los miembros de la junta directiva.

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

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

Nota. Se comunica a todos los miembros de la AMU que existen algunos ejemplares de los números 2-11-13-14-15 y 16 de nuestro *Boletín* a disposición de quien los solicite. Petición al Dr. Pérez Albacete, teléfono 968 907 146.
