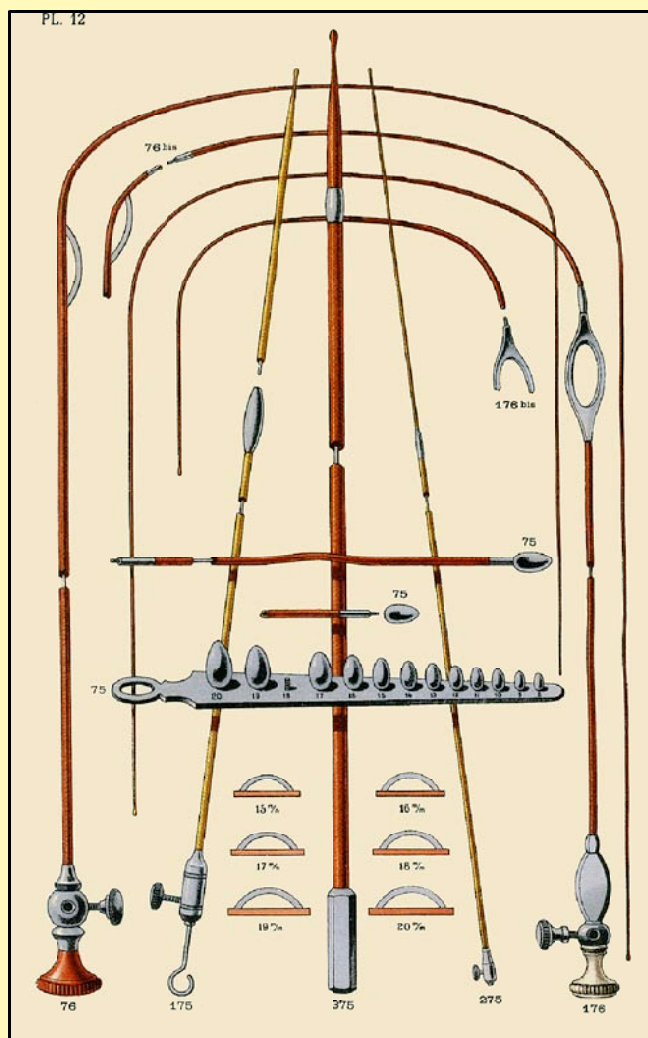


BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN MURCIANA DE UROLOGÍA



Año XVI - Nº 18. MURCIA, noviembre 2011



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:

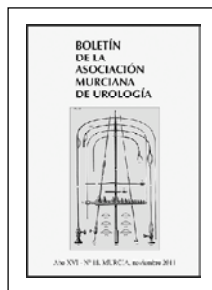
Mariano Tomás Ros

VOCAL:

Andrés Sempere Gutiérrez

SEDE SOCIAL:

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



Portada:

Instrumental para realizar la uretrotomía electrolítica, representado en el catálogo de la casa Porges de 1906, amablemente cedido para su reproducción por el Dr. D. Diego Castillo Cegarra. Explicación de su utilización en la página 39

Edita:

Asociación Murciana de Urología

Dirección:

M. Pérez Albacete

Imprime:

Tip. San Francisco, S.A. Murcia

Dep. Legal: MU-1906-98

ISSN: 1697-0446

Sumario

Editorial	3
XVII Jornadas Urológicas Murcianas. San Javier, 18 y 19 de noviembre de 2011.....	4
Programa	5
Comunicaciones presentadas	6
Apertura del servicio de Urología del Hospital Universitario Los Arcos Mar Menor	34
Actividades científicas de la AMU en el curso 2010-2011. (Jornada de puertas abierta del servicio de Urología del Hospital Los Arcos Mar Menor)	36
Premio Server Falgás 2010	37
Galería urológica murciana Dr. D. José Ferrero Velasco	40
La uretrectomía electrolítica	42
Convocatoria de Premios de la AMU para 2012.....	43

Hace cuatro años, en la Reunión de la Asociación Murciana de Urología que se celebró en Lorca en Noviembre de 2007, salió la actual saliente Junta directiva, una Junta compuesta por representantes de prácticamente todos los Servicios de la Comunidad, que intentaba representar a los Urólogos de la Región de Murcia; entendía que era el órgano que debía comunicar, canalizar y transmitir allí donde fuere las ideas y pensamientos de los compañeros de profesión, buscando la máxima dignidad y reconocimiento.

Es objetivo de nuestra Asociación fomentar el *Conocimiento*, han sido y son nuestras Reuniones/Jornadas/Congresos anuales ejemplo y modelo de todo ello, con participación casi unánime de todos los asociados en las diferentes Jornadas a lo largo de estos años, pero la Asociación Murciana de Urología es consciente también de los problemas derivados de nuestro ejercicio: presión asistencial, lista de espera, acceso a nuevas tecnologías, 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 científico 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 adecuada con un sistema de accesibilidad igual para todos los usuarios.

Durante este tiempo ha tenido lugar una Oferta Pública de Empleo muy limitada para nuestro colectivo, claramente insuficiente y que debe repetirse periódicamente para conseguir la merecida estabilidad e ilusionar a nuestros Residentes como inminentes urólogos. Estamos en momentos difíciles, la “crisis” que vive la Sociedad española es para todos, pero temas tan importantes como la jornada laboral, los complementos de la Carrera Profesional, la adecuación de plantillas y otras son grandes asignaturas que habrá

que retomar cuando el tiempo y el momento lo permita.

Se han producido otros acontecimientos sanitarios “trascendentes” 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; con la creación de un nuevo Servicio de Urología en éste último, pero no hay que olvidar que tanto los ya existentes como los nuevos necesitan para una asistencia de calidad una adecuación de sus plantillas y renovación y ampliación de su tecnología. Será obligación de todos conseguirlo.

Existen muchos retos desde la Asociación que están por desarrollarse: modelos predictivos de necesidades de recursos humanos y tecnológicos, soluciones a la financiación, creación de grupos sólidos de referencia, etc., resulta complicado convencer y buscar participación en tareas que aún siendo interesantes no dejan de suponer un sobreesfuerzo a esta vida tan agitada por la que pasamos; serán los que vengan quiénes lo intenten.

Es SIEMPRE necesario la “renovación”, la savia nueva, la renovación, la presencia de nuevos pensamientos que aviven a nuestra Asociación. Las elecciones cada cuatro años no hace más que buscar nuevos objetivos que consigan mejorar nuestra posición. El futuro de las Asociaciones Científicas como tales: utilidad y necesidad, está siempre en el “candelero”, pero la nuestra ha demostrado que merece la pena estar unidos. Estamos seguros que será así siempre.

A modo de despedida sólo queda pedir la participación en las actividades de la Asociación Murciana de Urología y agradecer a TODOS la confianza y el apoyo recibido. Deseamos a la nueva Junta Directiva que salga elegida este año el éxito en sus retos porque eso redundará en beneficio de todos, y que sepan que estamos como el resto de socios a su entera disposición

Habiendo sido un placer y un orgullo
Mucha Suerte y Gracias

*Junta Directiva Saliente de la
Asociación Murciana de Urología 2007-2011*

XVI Jornadas Urológicas Murcianas

HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR. SAN JAVIER, 2011



Estimados amigos y compañeros:

Os damos la bienvenida desde el Servicio de Urología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM), que abrió sus puertas el pasado mes de Febrero y os agradecemos vuestra asistencia.

Gracias por participar en las XVII Jornadas de la Asociación Murciana de Urología (AMU) que este año hemos tenido el privilegio de organizar en este bonito Hospital y en esta zona tan entrañable de la Región de Murcia; esperamos que sean atractivas para vosotros y que sirva de lugar de encuentro para compartir experiencias y conocimiento, que sea foro de opinión y reunión y que aumente los lazos de fraternidad que la Urología murciana tiene a gala con ellos y con todos los que quieran participar de fuera.

Agradecemos al Profesor Gastón su disponibilidad y esfuerzo para acercarse a nuestro Hospital y participar en estos actos y reiterar nuestro siempre asombro por su magnífica destreza y enseñanza. A los participantes, a los ponentes, a los moderadores Gracias!

Queremos reconocer el esfuerzo y apoyo por parte de las Instituciones y por supuesto de Farmaindustria y más en los tiempos en que nos encontramos; sin el apoyo de todos ellos resultaría casi imposible la organización de esta Reunión. Nuestro reconocimiento.

Os damos las gracias anticipadas y sobre todo: DISFRUTAD!

VIERNES 18 DE NOVIEMBRE DE 2011

16:00 Recogida de documentación

16:15-16:30 Bienvenida. Inauguración oficial de las XVII Jornadas de la Asociación Murciana de Urología

16:30-18:15 1ª Mesa de comunicaciones

Moderadores: Lucas Asensio Egea y Emilio Izquierdo Morejón

18:15-18:30 Pausa café

18:30-20:15 2ª Mesa de comunicaciones

Moderadores: Ramón de la Iglesia Cabrerizo y Juan Moreno Avilés

21:30. Cena de bienvenida

SABADO 19 DE NOVIEMBRE DE 2011

9:00 Presentación del caso clínico

9:15 Cirugía en directo: Prof. Richard Gaston

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA

12:00-13:30. Mesa Redonda. "Avances Tecnológicos en Diagnóstico y Tratamiento de Neoplasias Urológicas".

Moderador: Mariano Tomás Ros.

Ponentes: Gloria Doñate Iñiguez, Pedro A López Gonzalez, Aránzazu Iglesias Agüera

- **Marcadores Biológicos/Moleculares**
 - Para Células Transicionales
 - Para Cáncer de Próstata (PCA3, Genes de Fusión)
- **Diagnóstico por Imagen**
 - Contrastes Ecográficos (CEUS)
 - TC Dual-Difusión-Perfusión
 - RMN Multiparamétrica.USPIO (FERUMOXTRAN)
- **Tecnología Óptica**
 - Imagen de Banda Estrecha
 - Laser Confocal
 - Tomografía de Coherencia Óptica
 - Espectroscopia RAMAN
- **Nanotecnología**
 - Liposomas
- **Terapias Físicas Focales**
 - Radiofrecuencia
 - Crioterapia
 - Termoterapia con Microondas
 - HIFU
 - Láseres Intersticiales
- **Radioterapia**
 - IMRT- RAPID ARC
 - Tomoterapia
 - Braquiterapia
 - CYBER NIFE
 - "Fusiones"

13:30-14:00: Conferencia:"Laparoscopia y robótica en las nuevas tecnologías". Prof. Gastón

14:00-14:20: Evaluación. ¿Qué hemos aprendido?

14:30 COMIDA DE TRABAJO.

17:00 ASAMBLEA ORDINARIA DE LA AMU.

17:30 ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE LA AMU: ELECCIONES NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA AMU.

Comunicaciones

C-1 SUPERVIVENCIA DE PACIENTES SOMETIDOS A CISTECTOMIA Y DETERMINACION DE FACTORES ANATOMOPATOLOGICOS QUE INFLUYEN EN ELLA; DURANTE 5 AÑOS (2000-2004 EN EL HUVA)

Pinzón Navarrete CP, López González PA, Ruiz Morcillo JC, Moreno Alarcón C, Olarte Barragán EH, Gutiérrez Gutiérrez PF, Prieto González A, López Cubillana P, Escudero Bregante JF, Nicolás Torralba JA, Tórnero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, García Hernández JA, Martínez Pertusa P, Server Pastor G, Gómez Gómez, GA.

Servicio de urología. Hospital universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

OBJETIVO: Estudiar de supervivencia y análisis de los factores pronósticos en los pacientes sometidos a cistectomía radical por carcinoma urotelial de vejiga enero 2000 y diciembre 2004.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vejiga es el segundo en frecuencia dentro de los cánceres genitourinarios de células transicionales y constituye el 90% de los tumores primarios de vejiga. Aunque la mayoría de los pacientes presentan tumores superficiales, un 20%-40% desarrollan formas invasivas. Se calcula que este cáncer puede ocasionar la muerte en aproximadamente dos años, en ausencia de un tratamiento oportuno. La cistectomía radical asociada a linfadenectomía pelviana bilateral se ha perfilado como una valiosa herramienta diagnóstica y terapéutica en el cáncer de vejiga. La supervivencia global 5 años después de una cistectomía radical, independientemente de la etapa, oscila entre el 21% y 31%. La ventaja se da principalmente en la órgano confinada. Y se conoce que en la progresión de cada etapa, La diseminación ganglionar disminuye la probabilidad de vida en aproximadamente la mitad. En el presente trabajo examinamos nuestra propia experiencia analizando los resultados obtenidos con esta técnica durante 5 años en pacientes con diagnóstico de cáncer de vejiga, en vista de la supervivencia del paciente y . determinando cuales han sido los factores que mayor incidencia han tenido sobre la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre enero de 2000 y diciembre de 2004, 77 pacientes fueron sometidos a cistectomía radical por carcinoma urotelial. Datos descriptivos: Hombres 95 (97,4%), mujeres 2(2,6%). Mediana de edad 68 años (R:31-88). Tiempo de seguimiento: mediana de 89.4 meses (R:0-134). Realizamos un estudio retrospectivo de supervivencia según curvas de Kaplan Meier, con un análisis de los factores pronósticos (estadio, grado, afectación ganglionar, afectación ureteral, márgenes quirúrgicos, sexo) según Log-Rank, considerando una significación estadística como $p < 0.05$.

RESULTADOS: La supervivencia cáncer específica de nuestra serie a los 5 y 10 años de seguimiento fue de 68,9% y 63.9% respectivamente. Tres pacientes fallecieron en el postoperatorio precoz. Análisis de supervivencia de los factores pronósticos: (SCE:supervivencia cáncer específica).

ESTADIO	N	SCE 5 años	SCE 10 AÑOS
Ta	5 (6.5%)	100%	100%
T1	1 (1.3%)	100%	-
T2	30 (39%)	65.5%	65.5%
T3	21 (27.3%)	78.9%	62.8%
T4	20 (26.6%)	55%	55%

P:0.335

Afectación ganglionar	n	SCE 5 AÑOS	SCE 10 AÑOS
no	32 (59,2%)	67.7	62.9
sí	22 (41,8%)	62	51.7

P:0.49

Márgenes QX	N	SCE 5 AÑOS	SCE 10 AÑOS
positivos	10 (13%)	30%	-
negativos	67 (87%)	75%	69.3%

P: 0.001.

El estadio, la afectación ganglionar, la afectación ureteral, el tipo de afectación ganglionar (porcentaje de afectación, bilateralidad, afectación de ganglios de grasa perivesical), el grado tumoral y el sexo no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a supervivencia.

CONCLUSIONES: La supervivencia cáncer específica mostrada en nuestra serie coincide con las publicadas. Solamente la afectación de los márgenes quirúrgicos se mostró como un factor pronóstico determinante, en el análisis univariante de nuestra serie. La afectación ganglionar no apareció como factor pronóstico quizás al tamaño muestral, y debido a que en los años de esta cirugía no se realizaba una linfadenectomía ampliada.

C-2 ¿PODEMOS CONSIDERAR LA AFECTACIÓN DE LA MUSCULARIS MUCOSAE COMO UN FACTOR DE MAL PRONÓSTICO EN LOS TUMORES VESICALES T1 DE ALTO GRADO?

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

INTRODUCCIÓN: Observamos que los tumores vesicales clasificados como T1 de alto grado tienen un comportamiento muy distinto en algunos pacientes, sin existir una clara explicación para esa distinta evolución. Se planteó una hipótesis de trabajo en la que la afectación de la muscularis mucosae es un factor de mal pronóstico en los tumores vesicales T1 de alto grado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para evaluar si la afectación de la musculares mucosae es un factor de mal pronóstico en aquellos tumores vesicales clasificados como T1 de alto grado hemos realizado un estudio retrospectivo, estudiando todas las resecciones transuretrales de tumores vesicales realizadas en el Hospital Reina Sofía de Murcia desde su nueva apertura en 2005 hasta el mes de julio de 2011. Obtuvimos 213 pacientes, de los que hicimos la selección de nuestra población a estudio con los siguientes **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Tamaño tumoral de la muestra obtenida por RTU: T1.

- Grado citológico: Alto grado (para ello se reunieron todas las piezas evaluadas como Alto grado, G3 y G4 por el servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro).
- Tiempo de seguimiento mínimo de 9 meses.
- No haber sido diagnosticados previamente de Tm vesical.

De esta forma obtuvimos 53 pacientes con tumor vesical de alto grado.

Para realizar nuestro estudio estudiamos las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Consumo de tabaco
- Número de tumores encontrados en la resección
- Morfología
- Citología
- Presencia de carcinoma in situ
- Tamaño (dividiéndolos en menores o mayores/iguales a 3 centímetros)
- Realización de re-rtu
- Tratamiento con BCG
- Presencia de ureterohidronefrosis al diagnóstico
- Recidiva (y su tiempo hasta la recidiva en caso de producirse)
- Realización de cistectomía (y tiempo hasta su realización en caso de producirse)
- Muerte (y tiempo hasta la muerte en caso de producirse).
- Tiempo de seguimiento

Para recogerlas usamos el programa EDC 02, que recoge las historias clínicas digitalizadas de los pacientes de nuestro centro. Para estudiar la presencia de ureterohidronefrosis usamos el programa Ris Web Link, que recoge los estudios radiológicos.

• Como objetivo de nuestro estudio, estudiamos además la variable de existencia o no de afectación de la muscularis mucosae. Para ello se contactó con un patólogo de nuestro centro, que revisó todas las muestras, indicando si la muscularis mucosae estaba afectada o no. De los pacientes estudiados.

De los pacientes estudiados:

- 49 fueron hombres (92.48%) y 4 mujeres (7.52%).
- La media de edad fue de 70.36 años.
- 42 eran fumadores (79.%) y 9 no fumadores (20.8%).
- 36 tenían tumor único (67.9%) y 17 tenían al menos dos implantes (32.1%).
- 36 tenían morfología papilar (69.2%) y 16 sólida (30.8%). De un paciente no se recogió la morfología.
- 42 tenían carcinoma in situ asociado (79.20%) y 11 no (20.8%).
- 32 tenían una tumoración menor de 3 centímetros (62.70%) y 19 tenían una tumoración mayor o igual a 3 centímetros (37.30%). De dos pacientes no se pudo recoger el tamaño.
- 13 tenían citología negativa (26%) y 37 positiva, ya sea de bajo o alto grado (74%). No se encontró citología en tres pacientes.
- A 30 pacientes se les realizó re-RTU (56.60%) y a 23 no (43.40%).
- A 43 pacientes se les instiló BCG (81.1%) y a 10 no (18.9%).

- 12 pacientes presentaban ureterohidronefrosis (23.10%) y 40 no la presentaban (76.90%).
- En 33 pacientes se dio recidiva tumoral durante el seguimiento (62.30%) y en 33 pacientes no (37.70%).
- En 8 pacientes se hizo cistectomía posterior (15.10%) y en 45 no (84.90%).

RESULTADOS:

Se realizó un estudio multivariante, por medio de una regresión logística, usando para ello el programa SPSS versión 18, encontrándose NO SIGNIFICATIVA la diferencia entre ninguna de las variables estudiadas en nuestra muestra con respecto a la afectación de la muscularis mucosae.

CONCLUSIONES:

1. Según la muestra estudiada podemos concluir que la afectación de la muscularis mucosae en los tumores T1 de alto grado no supone un factor de mal pronóstico en este tipo de tumores.
2. Esto supone una controversia con lo descrito en la literatura, ya que un estudio previo sí que demostraba la afectación de la muscularis mucosae como un factor de mal pronóstico en los tumores vesicales T1G3.
3. Es posible que la existencia de una diferencia no significativa sea debida a tener una población pequeña para realizar el estudio, lo que nos emplaza a seguir con nuestra serie y revisarla con un mayor tamaño en un futuro.
4. Es posible que sea preciso buscar alguna otra variable que demuestre explicar mejor la progresión tan distinta que siguen unos tumores de otros, estando todos clasificados como T1 de alto grado.

C-3 ANÁLISIS DE RECURRENCIA TUMORAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUMOR VESICAL T1G3 ¿ES ÚTIL UNA SEGUNDA RTU?

Hidalgo Agulló G, Rosino Sánchez A, Miñana López B, Pietrifica B, Montoya Chinchilla R, Cano García M.C, Reina Alcaina L, Hita Villaplana G, Fernández Aparicio T, Romero Hoyuela A, Izquierdo Morejón E. Servicio de Urología Hospital Morales Meseguer.

INTRODUCCIÓN: Los tumores vesicales T1G3 son los tumores vesicales superficiales más agresivos, ya que conllevan un riesgo elevado de recidiva y de progresión tumoral. La primera etapa diagnóstica y terapéutica consiste en la resección completa de toda la masa tumoral.

OBJETIVOS: El objetivo principal de nuestro estudio ha sido analizar la tasa de recurrencia tumoral y la importancia de una segunda RTU en pacientes diagnosticados de tumor vesical T1G3, así como las características de las lesiones encontradas. Como objetivos secundarios hemos estudiado la influencia del tiempo entre resección diagnóstica y segunda resección, y el tratamiento endovesical recibido con respecto a las características de los tumores encontrados.

MATERIAL Y MÉTODO: Analizamos 20 casos de pacientes diagnosticados de tumor vesical T1G3 durante 2010 y a los que en algún momento se les practicó una segunda RTU. Se toman como variables la presencia de tumor tras segunda resección y las características de este, la modalidad terapéutica endovesical, el tiempo entre ambas resecciones, el tamaño y número de implantes observados en la primera resección.

RESULTADOS: De todos los pacientes analizados se detectó recurrencia tumoral en el 50% de los casos. Dentro de las recurrencias tumorales el subgrupo de pacientes que no fue tratado mediante terapia endovesical presentó un 100% de recurrencia, mientras que el subgrupo tratado mediante Mitomicina C postquirúrgica y posterior tratamiento con BCG fue el que menos tasa de recurrencia mostró con un 25 %. De los pacientes con recurrencia, se evidenció la mayor agresividad de grado tumoral en los pacientes que no recibieron tratamiento endovesical en los que el 50 % presentaban un estadio tumoral T2. Con respecto a la influencia del tiempo transcurrido entre ambas resecciones y la presencia de tumor no se encontró una clara diferencia entre aquellos pacientes que se le realizó la segunda RTU durante los 4 meses siguientes a la primera y los que se realizó después de 4 meses, sin embargo sí que comprueba una mayor agresividad en los tumores de una segunda resección cuando ésta se realizó más allá de 4 meses de la primera.

CONCLUSIÓN: Se observa que en el 50% de los pacientes a los que se le practicó una segunda RTU vesical presentaba tumor, por lo que podríamos hablar a favor de una segunda RTU.

C-4 ¿ES PRECISO REALIZAR EL ANÁLISIS CUANTITATIVO DEL PORCENTAJE DE CÉLULAS DE ALTO GRADO QUE COMPONEN UN TUMOR VESICAL T1 DE ALTO GRADO?

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

INTRODUCCIÓN: Observamos que los tumores vesicales clasificados como T1 de alto grado tienen un comportamiento muy distinto en algunos pacientes, sin existir una clara explicación para esa distinta evolución. Se planteó una hipótesis

de trabajo en la que la afectación de la muscularis mucosae es un factor de mal pronóstico en los tumores vesicales T1 de alto grado, demostrándose la hipótesis alternativa, es decir, no resultó significativo en el análisis multivariante la afectación de muscularis mucosae con respecto a ninguna variable de las estudiadas. Es por ello que planteamos una nueva hipótesis, en la que se plantea que la mayor presencia de células de alto grado en el tumor estudiado al microscopio, supone un factor de mal pronóstico en los tumores vesicales T1G3.

RESULTADOS: Para evaluar si el porcentaje de células de alto grado es un factor de mal pronóstico en aquellos tumores vesicales clasificados como T1 de alto grado hemos realizado un estudio retrospectivo, estudiando todas las resecciones transuretrales de tumores vesicales relazadas en el Hospital Reina Sofía de Murcia desde su nueva apertura en 2005 hasta el mes de julio de 2011. Obtuvimos 213 pacientes, de los que hicimos la selección de nuestra población a estudio con los siguientes CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Tamaño tumoral de la muestra obtenida por RTU: T1.
- Grado citológico: Alto grado (para ello se reunieron todas las piezas evaluadas como Alto grado, G3 y G4 por el servicio de Anatomía Patológica de nuestro centro).
- Tiempo de seguimiento mínimo de 9 meses.
- No haber sido diagnosticados previamente de Tm vesical.

De esta forma obtuvimos 53 pacientes con tumor vesical de alto grado.

Para realizar nuestro estudio estudiamos las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Consumo de tabaco
- Número de tumores encontrados en la resección
- Morfología
- Citología
- Presencia de carcinoma in situ
- Tamaño (dividiéndolos en menores o mayores/iguales a 3 centímetros)
- Realización de re-rtu
- Tratamiento con BCG
- Presencia de ureterohidronefrosis al diagnóstico
- Recidiva (y su tiempo hasta la recidiva en caso de producirse)
- Realización de cistectomía (y tiempo hasta su realización en caso de producirse)
- Muerte (y tiempo hasta la muerte en caso de producirse).
- Tiempo de seguimiento

Para recogerlas usamos el programa EDC 02, que recoge las historias clínicas digitalizadas de los pacientes de nuestro centro. Para estudiar la presencia de ureterohidronefrosis usamos el programa Ris Web Link, que recoge los estudios radiológicos.

- Como objetivo de nuestro estudio, estudiamos además la variable porcentaje de células de alto grado. Para ello se contactó con un patólogo de nuestro centro, que revisó todas las muestras, indicando para cada biopsia el porcentaje de células clasificables como de alto grado dentro del total de células transicionales halladas en la muestra.

De los pacientes estudiados:

- 49 fueron hombres (92.48%) y 4 mujeres (7.52%).
- La media de edad fue de 70.36 años.
- 42 eran fumadores (79.%) y 9 no fumadores (20.8%).
- 36 tenían tumor único (67.9%) y 17 tenían al menos dos implantes (32.1%).
- 36 tenían morfología papilar (69.2%) y 16 sólida (30.8%). De un paciente no se recogió la morfología.
- 42 tenían carcinoma in situ asociado (79.20%) y 11 no (20.8%).
- 32 tenían una tumoración menor de 3 centímetros (62.70%) y 19 tenían una tumoración mayor o igual a 3 centímetros (37.30%). De dos pacientes no se pudo recoger el tamaño.
- 13 tenían citología negativa (26%) y 37 positiva, ya sea de bajo o alto grado (74%). No se encontró citología en tres pacientes.
- A 30 pacientes se les realizó re-RTU (56.60%) y a 23 no (43.40%).
- A 43 pacientes se les instiló BCG (81.1%) y a 10 no (18.9%).
- 12 pacientes presentaban ureterohidronefrosis (23.10%) y 40 no la presentaban (76.90%).
- En 33 pacientes se dio recidiva tumoral durante el seguimiento (62.30%) y en 33 pacientes no (37.70%).
- En 8 pacientes se hizo cistectomía posterior (15.10%) y en 45 no (84.90%).

C-5 COMUNICACIÓN: VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO DE TUMORES UROTELIALES VESICALES NO MUSCULO-INFILTRANTES. HERRAMIENTA DE AYUDA PARA TRATAMIENTO BASADA EN GUIAS DE PRACTICA CLÍNICA EUROPEAS 2011

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

INTRODUCCIÓN: el tratamiento de los tumores vesicales no musculo infiltrantes muestra gran cantidad de opciones terapéuticas basadas en la RTU y posterior quimio o inmunoprofilaxis según el grupo de riesgo a que pertenezcan. La heterogeneidad de las formas de presentación junto a los diferentes perfiles de pacientes hacen que la toma de decisiones en pacientes concretos no siempre sean fáciles y se salgan de las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica.

OBJETIVOS:

- Determinar la tasa de cumplimiento de los protocolos actuales en nuestro servicio durante el primer semestre del año 2011.
- Crear una herramienta de ayuda en la toma de decisiones basada en las guías europeas actuales como base de tratamiento individualizado.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos estudiado 39 pacientes diagnosticados de tumor urotelial no músculo infiltrante desde el 1 de enero hasta el 30 de junio del año 2011. Se han analizado las características tumorales y se ha comparado el tratamiento aplicado con relación al recomendado en nuestro protocolo, que coincide con las guías de practica clínica europeas. Se ha creado una herramienta informática de ayuda a las toma de decisiones terapéuticas basadas en el riesgo de recurrencia y progresión de cada paciente.

RESULTADOS: El porcentaje de pacientes a los cuales se ha propuesto un tratamiento diferente al recomendado en nuestro protocolo ha sido del 46.2%. Los pacientes que presentaron un bajo grado citológico han sido tratados de manera diferente a la recomendada en un 52.9% de los casos, los pacientes con moderado grado citológico en un 63.6% de los casos, mientras que los pacientes con neoplasias de alto grado citológico lo han sido en un 20%.

El uso de la herramienta desarrollada ayudaría a mejorar la terapia propuesta siendo obviamente el tratamiento definitivo el adecuado según la valoración individualizada en cada paciente.

CONCLUSIONES: El uso de la herramienta desarrollada podría mejorar las tasas de coincidencia entre le tratamiento propuesto y los protocolos vigentes.

C-6 “NEFRECTOMÍAS ABIERTAS VS LAPAROSCÓPICAS EN MASAS RENALES DIAGNOSTICADAS EN NUESTRO MEDIO”

Mª Carmen Cano García, Bogdan Pietricică, Raúl Montoya Chinchilla, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Rosino Sánchez, Antonio Romero Hoyuela, Tomás Fernández Aparicio, Gregorio Hita Villaplana, Bernardino Miñana López. Servicio de Urología del Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN: Dentro de la patología urológica, las lesiones renales sólidas son un hallazgo frecuente en nuestro medio dado el amplio uso de las técnicas de imagen no invasivas. Por este motivo, el estadio y el manejo de las masas renales al diagnóstico han cambiado en los últimos años, lo que sin duda mejora los resultados terapéuticos. A su vez, el procedimiento vía laparoscópica se está convirtiendo en la técnica de elección a la hora de realizar las nefrectomías. Este hecho justifica una revisión crítica permanente de nuestra casuística.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es revisar las características de las masas renales en los últimos 5 años, así como el procedimiento quirúrgico de elección en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan 74 casos de masas renales sólidas o quísticas complejas (Bosniak 3-4) diagnosticadas entre 2007 y julio 2011, analizando las siguientes variables: clínica inicial (hematuria, dolor lumbar,...), hallazgos radiológicos (estadio, tamaño de la lesión,...), tipo de cirugía y abordaje quirúrgico, histología y estadio 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 55'4% de los pacientes en nuestra serie son varones. La edad media en el momento del diagnóstico es de 57'81 años.
- Clínicamente se objetiva hematuria en el 17'8% de los casos y dolor lumbar en un 20'6%. La lesión constituye un hallazgo incidental en el 61'6% de los pacientes.

- La lesión es izquierda en un 60'3% de los casos, 38'4% derecha y 1'4% bilateral.
- El tamaño medio de la lesión al diagnóstico es de 6'3cm.
- El abordaje terapéutico fue la nefrectomía radical en un 74'3% de los casos, 25'7% nefrectomía simple. En el 60'8% de los casos la intervención se realizó mediante laparoscopia, frente al resto que fue de forma abierta.
- Los días de estancia media hospitalaria fue de 5'54 días.
- En el 91'9% no hubo complicaciones en el postoperatorio.
- El estadiaje más frecuente tanto al diagnóstico como tras el análisis anatomopatológico fue en estadios precoces, en un 31'7% para T1a y 22% para estadios T2, no existiendo en la mayoría afectación ganglionar ni metastásica.
- La lesión más frecuente fue el tumor renal de células claras en el 50'7% de los casos.

CONCLUSIONES: Las lesiones incidentales suponen un 61'6% de nuestra casuística. Además del incremento al diagnóstico de las masas renales en estadios precoces, el carcinoma renal de células claras se identifica como el más frecuente. El procedimiento vía laparoscópica se está convirtiendo en la técnica de elección a la hora de realizar las nefrectomías.

C-7 EVALUACION DE LA SUPERVIVENCIA EN EL CARCINOMA DE CELULAS RENALES EN ESTADIO T3

Edgar H. Olarte Barragan ,Pedro A. López Gonzalez ,José C. Ruíz, Cristobal Moreno, Cindy Paola Pinzon, Pablo Felipe Gutierrez ,Guillermo Gómez. Servicio de Urología H. Virgen de la Arrixaca.

OBJETIVO: Evaluación de la supervivencia y factores pronósticos en el carcinoma de celulas renales, en estadio T3.

MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo. Entre enero-1998 y diciembre-2009, se intervinieron en nuestro centro 173 pacientes, con diagnóstico AP de Carcinoma de celulas renales(CCR). De estos, 57 pacientes se presentaron en estadio T3.

Se obtuvo la información a través de Historia clínica(Soporte papel e informatizado) y entrevista telefonica.

Estudio de supervivencia según curvas de Kaplan – Meier.

Análisis univariante de los factores pronósticos: sexo, tamaño tumoral, grado de Fuhrman, vía quirúrgica, clasificación T3 según TNM, afectación de la grasa del seno, presentación clínica, existencia de metástasis, según Log Rank, con $p < 0.005$.

RESULTADOS: Supervivencia cancer especifica a los 5 años de los pacientes intervenidos con CCR: 81,1%. Supervivencia cáncer especifica, a los 5 años, en función de su estadio, 1,2,3,4 fue de 96.6%, 86.7%, 53%, 0%.

Supervivencia cáncer especifica, a los 5 años, de los pacientes en estadio T3, según la clasificación TNM (2010): T3a: 48%; T3b: 64,6%, T3c:100%; T3d: No hay casos.

En el análisis univariante de los factores pronósticos descritos para el Carcinoma de celulas renales, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, salvo la existencia de metástasis.

DISCUSIÓN: Destacamos la evolución desfavorable de los pacientes que presentaban afectación de la grasa del seno renal, sin alcanzar diferencias estadísticamente significativas, probablemente en relación al tamaño muestral.

La vía de abordaje laparoscópico tuvo unos resultados oncológicos, al menos similares a la cirugía abierta.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio el cancer de celulas renales, en estadio T3, presenta una evolución variable, la cual no depende de su clasificación según TNM.

La aparición de metástasis es el factor más determinante en el pronóstico de estos pacientes.

Se hacen necesarios nuevos estudios que puedan determinar el papel pronóstico de la afectación de la grasa del seno.

C-8 INCIDENCIA EN NUESTRO MEDIO DE ESTENOSIS URETRO-VESICAL TRAS POSTPROSTATECTOMÍA RADICAL

C. Sánchez Rodríguez; J. Oñate Celdrán; P. Velilla Asurmendi; E. Peña Ros; A. Sempere Gutiérrez; M. Tomás Ros; P. Valdelvira Nadal; J. P. Morga Egea; A. Andreu García; JM. Jiménez López; J. L. Rico Galiano; L. O. Fontana Compiano.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía.

OBJETIVOS: 1. Estimar la incidencia de estenosis postquirúrgica de neocuello. 2. Valorar el tiempo que transcurre hasta la aparición de estenosis postquirúrgica de neocuello en pacientes a los que se ha realizado prostatectomía radical mediante un análisis de supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de casos y controles anidado en una cohorte de base hospitalaria constituida por pacientes intervenidos por adenocarcinoma de próstata, mediante prostatectomía abierta o laparoscópica en el Servicio de Urología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, entre el día 1 de octubre de 2001 y el día 1 de agosto de 2008. Se consideró como casos, a aquellos sujetos que desarrollaron estenosis de neocuello postoperatoria, y como controles al grupo de pacientes que no desarrollaron esta complicación. La totalidad de los sujetos se encuentran en control hasta el 1 de febrero de 2011 mediante seguimiento en consultas externas de Urología, con registro de las complicaciones postoperatorias. Se obtuvieron 120 sujetos, de los cuales 27 desarrollaron estenosis de neocuello postoperatoria. Para el estudio se seleccionaron la totalidad de los pacientes sin llevar a cabo ningún procedimiento de muestreo. La información se obtuvo de la base de datos informática EDC02, del visor de imágenes Risweblink y de las historias clínicas en formato papel de cada paciente. Los datos fueron tratados mediante el programa SPSS 19. Se calcularon las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas, y las medias, desviaciones estándar, valores máximos y mínimos para las mediciones cuantitativas. Para valorar el tiempo que transcurrió hasta la aparición de estenosis posquirúrgica de neocuello en pacientes a los que se ha realizado prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata, en nuestro medio, se realizó un análisis de supervivencia. La probabilidad de supervivencia se estimó de manera no paramétrica con el método de Kaplan-Meyer.

RESULTADOS: La edad media de nuestros pacientes fue de 68 años. El tiempo de seguimiento medio ha sido de 41 meses, objetivándose una incidencia de estenosis de neocuello vesical del 22.5% de los pacientes intervenidos. El 60.8% de las intervenciones son vía abierta y el 39.2% vía laparoscópica.

Todas las estenosis se producen en los 3 primeros años tras la cirugía, tanto abierta como laparoscópica. En el grupo de "cirugía abierta" se producen estenosis de neocuello antes que en el grupo de "cirugía laparoscópica" ($p>0,05$).

CONCLUSIONES: La incidencia de estenosis de neocuello tras prostatectomía radical en nuestro Servicio es similar a la publicada por la mayoría de autores (22,5 % de los pacientes intervenidos). Todas las estenosis se producen en los 3 primeros años tras la cirugía, tanto cirugía abierta como laparoscópica, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas.

C-9 ESTENOSIS DE NEOCUELLO VESICAL POSTPROSTATECTOMÍA: FACTORES DE RIESGO Y PREDICCIÓN

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

OBJETIVOS: 1. Identificar factores de riesgo asociados a la aparición de estenosis postquirúrgica de neocuello. 2. Predecir el riesgo de aparición de estenosis postquirúrgica de neocuello en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo de casos y controles anidado en una cohorte de base hospitalaria constituida por pacientes intervenidos por adenocarcinoma de próstata, mediante prostatectomía abierta o laparoscópica en el Servicio de Urología del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, entre el día 1 de octubre de 2001 y el día 1 de agosto de 2008. Se consideró como casos, a aquellos sujetos que desarrollaron estenosis de neocuello postoperatoria, y como controles al grupo de pacientes que no desarrollaron esta complicación. La totalidad de los sujetos se encuentran en control hasta el 1 de febrero de 2011 mediante seguimiento en consultas externas de Urología, con registro de las complicaciones postoperatorias. Se obtuvieron 120 sujetos. Para el estudio se seleccionaron la totalidad de los pacientes sin llevar a cabo ningún procedimiento de muestreo. La información se obtuvo de la base de datos informática EDC02, del visor de imágenes Risweblink y de las historias clínicas en formato papel de cada paciente. Los datos fueron tratados mediante el programa SPSS 19. Para el análisis estadístico de los factores asociados a la aparición de estenosis postquirúrgica de neocuello se utilizó el estadístico chi-cuadrado, el t student y la regresión de Cox univariante. La predicción del riesgo de estenosis postquirúrgica de neocuello en pacientes a los que se ha realizado prostatectomía radical por adenocarcinoma de próstata se realizó un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox.

RESULTADOS: Se encuentra una diferencia de medias estadísticamente significativas con el hematocrito postoperatorio ($p=0,09$), con la hemoglobina postoperatoria ($p=0,039$), con el débito del drenaje ($p=0,027$), con el número de días de drenaje ($p=0,009$), con la densidad del PSA ($p=0,008$), y con el PSA preoperatorio ($p=0,018$). También obtenemos una asociación estadísticamente significativa entre estenosis de neocuello y el débito del drenaje ($p=0$), los días de drenaje ($p=0$), la estancia hospitalaria ($p=0,02$), y el cirujano ($p=0,010$). Resultados regresión de Cox univariante:

- Obtener por drenaje quirúrgico 500 o más centímetros cúbicos suponía 10.03 veces más riesgo de sufrir una estenosis de neocuello.
- Riesgo 5,429 veces mayor de estenosis postquirúrgica de neocuello cuando los pacientes precisaron más de 3 días de drenaje postoperatorio.
- 8 días o más de estancia se asoció a 2,887 veces más riesgo de producir estenosis.

Podemos predecir que aquellos pacientes con un débito del drenaje quirúrgico mayor de 500 cc y en los que el drenaje se retira a partir del tercer día van a tener 7,720 y 3,208 veces, respectivamente, más riesgo de padecer una estenosis de neocuello.

CONCLUSIONES: Se ha encontrado un mayor riesgo de padecer estenosis de neocuello postprostatectomía en aquellos pacientes que presentan alguno de estos factores: a) en los que se obtuvo por el drenaje quirúrgico 500 o más centímetros cúbicos, b) aquellos en los que el drenaje no se pudo retirar por alto débito antes del tercer día postoperatorio, c) aquellos con una estancia hospitalaria de 8 o más días, d) los que tuvieron una hemoglobina o un hematocrito postoperatorio bajos, e) los intervenidos por el cirujano 1 ó 5, f) aquellos con PSA preoperatorio bajos y g) los que tuvieron una densidad del PSA elevada.

En nuestro estudio observamos como aquellos pacientes que tras ser intervenidos de prostatectomía radical, ya sea abierta o laparoscópica, van a presentar más riesgo de estenosis de neocuello en caso de presentar un debito del drenaje mayor de 500 o si el drenaje se le retira a partir del tercer día postoperatorio.

C-10 PUNTUACIÓN DE GLEASON MODIFICADA PARA CÁNCERES DETECTADOS EN UNA BIOPSIA DE PRÓSTATA. RESULTADO DE SU APLICACIÓN A UNA SERIE EVALUADA CON EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN CONVENCIONAL

Maluff Torres A, Doñate Iñiguez G, Honrubia Vilchez B, Iborra Lacal E,* Paniza Mendoza M.A., Guzmán Martínez Valls P.L. Servicio de Urología y *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo (San Javier). MURCIA.*

RESUMEN: Según EAU guidelines 2010, la puntuación de Gleason (modificada) de cánceres detectados en una biopsia de próstata corresponde al grado de Gleason del componente de carcinoma predominante (más extenso) más el de mayor grado, con independencia de la extensión (sin regla del 5 %), cuando el carcinoma consta en gran medida de un carcinoma de grado 4/5, ha de ignorarse la identificación de una porción pequeña (< 5 %) de glándulas de grado 2 o 3 de Gleason, además de una descripción de las características del carcinoma en cada muestra de biopsia, debe proporcionarse una puntuación global en función de los hallazgos.

En nuestro estudio hemos analizado las biopsias con varios patrones de Gleason, uno por cada muestra, tomando el peor para definir grupo pronóstico y evaluado la proporción de cambio de grupo si se tiene en cuenta el patrón global de la pieza.

Posteriormente hemos calculado la proporción de cambio de grupo pronóstico al utilizar la puntuación de Gleason modificada en lugar de la convencional, la concordancia de ambos patrones entre si y con la pieza de prostatectomía radical.

Por último se ha evaluado la proporción de pT3, Márgenes positivos y de infiltración vascular y perineural en las piezas quirúrgicas de los pacientes que cambiaron de grupo pronóstico comparándola con la misma proporción entre los que mantuvieron el grupo a pesar de la aplicación de la puntuación de Gleason modificada.

Se han analizado 58 biopsias prostáticas y 16 piezas quirúrgicas.

Los resultados sugieren que las recomendaciones de la Conferencia de consenso de la Sociedad Internacional de Patología Urológica (Año 2005) representan en nuestra serie una mejora importante del valor pronostico aportado por el sistema de clasificación convencional de Gleason, teniendo en cuenta la aproximación de la puntuación de la biopsia al resultado de la pieza quirúrgica.

Queda pendiente para un estudio con muestra mayor, evaluar la ventaja que puede aportar en cuanto a aproximación pronóstica, la puntuación de gleason de la biopsia completa combinada con la puntuación por muestra, sobre una única puntuación global menos compleja para la decisión del clínico.

C-11 ¿ES LA INFILTRACIÓN PERINEURAL UN FACTOR PRONÓSTICO FIABLE EN TODAS LAS POBLACIONES DE RIESGO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ADENOCARCINOMA PROSTÁTICO?

Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; Ruiz Merino, G.; Velilla Asurmendi, P.; Tomás Ros, M.; Sempere Gutiérrez, A.; Andreu García, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Jiménez López, J. M.; Rico Galiano, J. L.; Fontana Compiano, L. O. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. *Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.*

OBJETIVO: Determinar sobre qué población de pacientes intervenidos de prostatectomía radical (PR) por adenocarcinoma de próstata, diferenciados según los grupos de riesgo de D'Amico, tiene la infiltración perineural (IPN) un valor pronóstico más determinante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó una revisión retrospectiva de 213 pacientes, consecutivos, intervenidos de PR por adenocarcinoma de próstata entre Octubre de 2001 y Febrero de 2010, de los cuales se incluyeron a estudio los 154 que cumplían los criterios de inclusión vistos con anterioridad. La edad media de los pacientes fue de 67.42 años. La media de PSA preoperatorio fue de 11.06 ng/ml. La media de seguimiento fue de 40 meses. Se definió RBQ como la aparición de 2 determinaciones de PSA superiores a 0.2 ng/ml, ó 1 superior a 0.4 ng/ml tras PR. Se realizó un análisis estadístico bivalente mediante Chi-cuadrado de Pearson y estadístico de Fisher para demostrar si la IPN pronosticaba la aparición de RBQ de igual manera en todos los grupos de riesgo. Se utilizó PASW Statistics 18 para Windows para el tratamiento estadístico de los datos.

RESULTADOS: un total de 95 pacientes (61%) pertenecían al grupo de bajo riesgo, 31 (20%) al de riesgo intermedio y 28 (19%) al de alto riesgo. En el grupo de bajo riesgo 42 pacientes (44%) presentaban IPN, 15 (48%) en el de riesgo intermedio y 22 (78%) en el de alto riesgo. En análisis demostró que en los grupos de bajo e intermedio riesgo, la RBQ era más frecuente en la población de pacientes con IPN ($p=0.02$ y $p<0.01$ respectivamente). En el grupo de alto riesgo la RBQ se presentaba de igual manera en el grupo con IPN, que en el grupo sin ella.

CONCLUSIONES: en los grupos de bajo e intermedio riesgo demostró ser una herramienta particularmente útil a la hora de predecir la RBQ. Los pacientes del grupo de alto riesgo presentaron RBQ en su práctica totalidad, por lo que la IPN no aportaba un valor pronóstico adicional.

C-12 VALOR PRONÓSTICO DE LA INFILTRACIÓN PERINEURAL EN LA APARICIÓN DE RECURRENCIA BIOQUÍMICA EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Oñate Celdrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; Ruiz Merino, G.; Velilla Asurmendi, P.; Sempere Gutiérrez, A.; Tomás Ros, M.; Andreu García, A.; Morga Egea, J.P.; Valdelvira Nadal, P.; Jiménez López, J. M.; Rico Galiano, J. L.; Fontana Compiano, L. O. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. *Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia.*

OBJETIVO: Determinar si la IPN en la pieza anatomopatológica final es un factor pronóstico independiente para la aparición de recurrencia bioquímica (RBQ) en los pacientes sometidos a prostatectomía radical (PR) por adenocarcinoma de próstata.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó una revisión retrospectiva de 213 pacientes, consecutivos, intervenidos de PR por adenocarcinoma de próstata entre Octubre de 2001 y Febrero de 2010, de los cuales se incluyeron a estudio los 154 que cumplían los criterios de inclusión. La edad media de los pacientes fue de 67.42 años. La media de PSA preoperatorio fue de 11.06 ng/ml. La media de seguimiento fue de 40 meses.

Se definió RBQ como la aparición de 2 determinaciones de PSA superiores a 0.2 ng/ml, ó 1 superior a 0.4 ng/ml tras PR. Se realizaron análisis univariante (chi-cuadrado) y multivariante (regresión logística binomial) para determinar el grado de asociación entre la presencia de IPN en la pieza y la aparición de RBQ. Se utilizaron los test de log-rank y Breslow para comparar la supervivencia libre de enfermedad en función de la IPN y se representó la misma con gráfica de Kaplan-Meier. El análisis estadístico fue realizado con PASW Statistics 18 para Windows.

RESULTADOS: un 51.3% de los pacientes presentó IPN. Un 31.82% presentó RBQ. La IPN demostró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.001$) con la RBQ en el análisis univariante. El análisis multivariante demostró que la IPN es un factor pronóstico independiente para la aparición de RBQ ($p < 0.001$, OR: 6.20, IC 95% 2.61 – 14.63). Los test de log-rank y Breslow revelaron una diferencia significativa en la supervivencia libre de RBQ entre los pacientes con y sin IPN ($p < 0.001$ y $p < 0.001$ respectivamente). El valor predictivo del modelo quedó demostrado mediante el análisis de la curva COR (AUC=0.802).

CONCLUSIONES: la IPN demostró ser un factor pronóstico independiente para la aparición de RBQ. Podría ser un dato de interés a valorar en la biopsia próstática y un factor pronóstico de utilidad a incluir en los nomogramas actuales.

C-13 EXPERIENCIA CON EL IMPLANTE SUBCUTÁNEO VANTAS® PARA EL CÁNCER DE PRÓSTATA

Rosino Sánchez, Antonio; Izquierdo Morejón, Emilio; Pietricica, Bogdan; Montoya Chinchilla, Raúl, Cano García, M^a del Carmen; Hidalgo Agulló, Guillermo; Reina Alcaína, Leandro; Hita Villaplana, Gregorio; Fernández Aparicio, Tomás; Romero Hoyuela, Antonio; Miñana López, Bernardino. Servicio de Urología. Hospital Morales Meseguer. Murcia

Introducción:

El bloqueo androgénico con análogos de la LHRH es un tratamiento habitual para el cáncer de próstata. Recientemente se ha introducido un nuevo fármaco en esta familia que es el implante subcutáneo Vantas® que tiene la ventaja de durar 12 meses pero presenta como inconveniente el precisar el visado de inspección médica y el ser necesaria una pequeña intervención quirúrgica para su colocación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hasta la fecha se han colocado en nuestro centro 6 dispositivos Vantas®, 3 de ellos como terapia inicial, y los otros 3 como cambio de tratamiento desde otros análogos por no presentar niveles de testosterona de castración (testosterona >50 ng/dl) junto con elevación del PSA; estos tres últimos pacientes habían probado al menos 2 análogos diferentes previamente.

RESULTADOS: Todos los implantes se pusieron con una técnica modificada respecto a la que recomienda la compañía que fabrica el implante. Los dos últimos implantes fueron puestos por la enfermera de urología bajo la supervisión de un urólogo. En todos los casos se tardó menos de 5 minutos en colocar el implante.

La aceptación del implante ha sido muy buena en todos los casos, sin presentar efectos secundarios locales.

Los niveles de testosterona a los 1'5 y a los 3 meses han sido inferiores a 35 ng/dl en todos los casos. Estamos a la espera de valorar los resultados a 6 y 12 meses.

CONCLUSIONES: El dispositivo Vantas® es bien tolerado por los pacientes y puede ser implantado por enfermería adiestrada.

A falta de resultados a más largo plazo, en los casos en los que no se alcancen niveles de castración con otros fármacos, el dispositivo Vantas® podría ser una alternativa a la orquiectomía subalbugínea.

C-14 “DISEÑO DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA: ÁREA INTERVENCIONISTA”

Mª Carmen Cano García, Bogdan Pietricică, Raúl Montoya Chinchilla, Guillermo Hidalgo Agulló, Leandro Reina Alcaina, Emilio Izquierdo Morejón, Antonio Rosino Sánchez, Antonio Romero Hoyuela, Tomás Fernández Aparicio, Gregorio Hita Villaplana, Bernardino Miñana López.

Servicio de Urología del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN: La gestión por procesos es una de las líneas estratégicas a desarrollar en la Unidad de Urología del Hospital Morales Meseguer. Dentro de este marco, el análisis y rediseño del proceso “Cistoscopias”, en el que se involucra a todos los estamentos del Servicio, se ha considerado clave en la implantación de dicha dinámica.

OBJETIVOS: Rediseñar un proceso simple (cistoscopias) dentro de un área específica de la Unidad, como experiencia previa que sirva de guía para la implantación definitiva de un modelo de trabajo basado en procesos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha diseñado un grupo de trabajo multidisciplinar entre el personal facultativo, administrativo y el asignado al área ambulatoria de la Unidad de Urología, de reciente creación. El grupo ha realizado un análisis estructurado de las actividades, circuitos y flujo del paciente, estableciendo:

- Nombre y definición del proceso.
- Responsable del proceso.
- Límites del proceso.
- Protocolos incluidos: quimio/inmunoprofilaxis en el cáncer vesical no musculoinfiltrante, esterilización del material y profilaxis antibiótica.
- Actividades, responsables y diagrama de flujo.
- Indicadores y plan de monitorización.

El proceso ha sido dibujado mediante la metodología IDEF0. El modelo de desarrollo ha sido posteriormente aplicado a la elaboración conjunta del mapa 0 de procesos de la Unidad.

RESULTADOS: Previo establecimiento de un cronograma específico y tras 3 reuniones de grupo se perfiló el proceso “Cistoscopias” dentro del área ambulatoria intervencionista de la Unidad de Urología. La dinámica de grupo creada generó la suficiente formación e inercia como para progresar en la línea estratégica de gestión por procesos, quedando asimismo dibujado el mapa 0 de procesos del área, denominada área azul.

En el mapa 0 se identificaron los subprocesos de administración, acogida, cistoscopia, programa de instilaciones tratamiento ambulatorio de neoformaciones vesicales, maniobras endoscópicas derivativa, biopsia de próstata, docencia e investigación clínica. Asimismo han quedado identificados los procesos guía y de soporte, tal y como se mostrará en el dibujo del mapa.

Se presentan, por tanto, dicho mapa 0 del área ambulatoria y el desarrollo del proceso “cistoscopias” en su totalidad.

CONCLUSIÓN El diseño de procesos se ha convertido en una herramienta de gestión clínica indispensable. La experiencia adquirida con el trabajo de grupo ha permitido la formación del personal involucrado y avanzar de hecho en la estrategia de implementación de la gestión por procesos en una Unidad Clínica.

C-15 ANALISIS DE UN SERVICIO DE UROLOGIA DE NUEVA CREACION. CAMINANDO SIETE MESES

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

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La apertura de un nuevo Hospital supone un reto para todos los profesionales que van a desarrollar su actividad en él. El Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor procede del anterior Hospital Los Arcos, pero se ampliaba sus camas de 95 hasta 329, aún no todas en funcionamiento, y se dotaba de nuevas prestaciones, con nuevos servicios, entre ellos el Servicio de Urología. La ausencia de datos, la necesidad de definir procesos y pautas de actuación, la integración de equipos con incorporación de profesionales de escuelas diferentes aparte de enriquecer, supone un esfuerzo para el inicio de la actividad. Nuestro objetivo es analizar la actividad, el funcionamiento de las diferentes áreas, recoger los diferentes procedimientos y datos y darlos a conocer.

MATERIAL Y MÉTODOS: El Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor abrió sus puertas el 21 de Febrero de 2011 en Consultas y el 15 de Marzo el quirófano; realizamos un análisis de los datos que disponemos desde la apertura del mismo, utilizando la historia clínica electrónica (Selene®) y los facilitados por control de gestión del Centro hasta hoy.

RESULTADOS: Presentamos la información disponible por áreas: Hospitalización, Consultas Externas con mas de 2400 visitas, Gabinetes: de endoscopia, de ecografía y de pruebas funcionales, y Quirófano. Destaca que hasta el 31 de Octubre se han hecho más de 180 intervenciones de Cirugía mayor, más del 24% complejas: Prostatectomía Radical Laparoscópica 16, Nefrolitotomía Percutánea 8, Nefrectomía parcial laparoscópica 2, Nefrectomía radical/Nefroureterectomía laparoscópica 4, Pieloplastia laparoscópica 3, Cistectomía radical laparoscópica 1, Ureterorenoscopia flexible proximal 3, Prostatectomía radical abierta 3, Cirugía retroperitoneal sincrónica bilateral 2, Cistectomía radical 1, Uretroplastia con mucosa oral 1, Reimplante ureteral 1, etc. En breve iniciaremos la enucleación prostática con laser Holmium (HOLEP)

COMENTARIOS: La oportunidad de comenzar un Servicio desde cero, permite crear estructuras y procesos dinámicos, favorecer e implicar a todos sus miembros en el proyecto, participar en todas y cada una de sus actividades y procedimientos, estando motivados y reconocidos, desarrollando todas las potencialidades y enriqueciéndose de la diversidad.

El Servicio de Urología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor ofrece a su área de influencia, área VIII, dentro de su Cartera de Servicios todas las prestaciones sanitarias a excepción del Transplante Renal y el Estudio Urodinámico hasta ahora.

C-16 DOLOR Y SATISFACCIÓN TRAS LA REALIZACIÓN DE UNA BIOPSIA PROSTÁTICA. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA REALIZADA A 150 PACIENTES

Rosino Sánchez, Antonio; Izquierdo Morejón, Emilio; Pietricica, Bogdan; Montoya Chinchilla, Raúl; Cano García, M^a del Carmen; Hidalgo Agulló, Guillermo; Reina Alcaina, Leandro; Hita Villaplana, Gregorio; Fernández Aparicio, Tomás; Romero Hoyuela, Antonio; Miñana López, Bernardino. Servicio de Urología. Hospital Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCIÓN: La introducción de la anestesia local previa a la realización de una biopsia prostática ha mejorado la tolerancia de dicha prueba. Para evaluar la calidad de esta prueba hemos realizado una encuesta que contestaban los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han entregado una encuesta a 155 pacientes consecutivos que se han realizado una biopsia de próstata. Dicho cuestionario constaba de 8 preguntas junto a una zona de texto libre para sugerencias. La encuesta se entregaba nada más terminar la prueba, se contestaba de forma anónima y se dejaba en un buzón en los siguientes 20 minutos tras finalizar la biopsia. El dolor se valoró mediante una escala analógica. Como pregunta control, se interrogó también acerca de la intensidad del dolor cuando se extrae sangre para un análisis, y así tener una prueba de referencia para valorar la variabilidad inpersonal en la puntuación del dolor.

RESULTADOS: Se han recogido 148 encuestas de las 155 entregadas. Las respuestas a las distintas preguntas han sido las siguientes:

“¿Cómo cree que ha sido la información que ha dado su urólogo habitual en la consulta de lo que era una biopsia de próstata?”: Mala: 1’4%; Regular: 6’1%; Buena: 40’5%; Muy buena: 51’4%.”

¿Cómo cree que ha sido la información que ha recibido del médico que le ha hecho la biopsia tanto antes como después de realizar la prueba?: Buena: 26’4%; Muy buena: 73%

“¿Cómo le parece la sala en la que le han hecho la biopsia?”: Mala: 2’7%; Regular: 10’9%; Buena 66’0%; Muy buena: 20’4%

“En general, ¿cómo cree que ha sido el trato del personal de enfermería?”: Bueno: 18’2%; Muy bueno: 81’8%

“En general, ¿cómo cree que ha sido el trato de los médicos?”: Bueno: 22’6%; Muy bueno: 77’4%

“Si su médico se lo aconsejase, ¿se volvería a repetir la biopsia dentro de uno o dos años?”: Sí: 95’2%; No: 4’8%

“Siendo 0 = ningún dolor en absoluto y 10 = el peor dolor imaginable, ¿cómo le ha parecido de dolorosa la prueba?”. Media: 2’91 (IC 95%: 2’49 – 3’34); rango: 0-10; mediana: 2

“Siendo 0 = ningún dolor en absoluto y 10 = el peor dolor imaginable, ¿cómo puntuaría el dolor que tiene cuando le sacan sangre para un análisis?”: Media: 2’22 (IC 95%: 1’86-2’57); Rango: 0 -10; Mediana 2

No hay diferencias significativas en los resultados respecto al dolor entre los distintos facultativos que hacen biopsias o entre residentes y adjuntos.

CONCLUSIONES: En general las biopsias realizadas en nuestro centro son de calidad aunque quizás se debiera mejorar la información que se da en las consultas acerca de la prueba. La tolerancia de la prueba con la anestesia local es excelente y fácilmente reproducible.

C-17 USO DE TUBOS URETRALES EN LA CIRUGIA DEL HIPOSPADIAS. NUESTRA EXPERIENCIA

*Guirao Piñera MJ, Zambudio Carmona G, Cabrejos Perotti K, *Moreno Alarcón C, Ruíz Jiménez JI. Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

Aunque la realización de uretroplastia sin sonda postoperatoria no ha mostrado incrementar la tasa de complicaciones, la mayoría de cirujanos siguen empleando algún tipo de derivación urinaria. Habitualmente se emplean sondas con balón o tubos colocados a través de la uretra que alcanzan la vejiga, o tubos sólo uretrales, pero que se suelen acompañar de derivación suprapúbica. El objetivo de la derivación es evitar el flujo de orina por la neouretra recién construida para prevenir las fístulas, y proporcionar un molde de diámetro suficiente sobre el que cicatrice la neouretra con el fin de prevenir la estenosis. Sus inconvenientes son las molestias e incomodidades propias de portar una sonda, los espasmos vesicales y la necesidad de conectar la sonda a una bolsa, o dejarla libre a un doble pañal por lo que su uso suele ser breve. Con el fin de mantener las ventajas del cateterismo uretral postoperatorio, disminuir los inconvenientes del manejo postoperatorio y prolongar el período de uso del cateterismo: comenzamos a utilizar en nuestros pacientes un tubo de silicona de 2-3 cm de longitud alojado en uretra, que no alcanza vejiga y que es cortado a nivel del meato uretral y fijado a él mediante 2 puntos absorbibles de Monocryl 6/0. El tubo no se retira, sino que se deja caer espontáneamente con la micción unas semanas después.

RESULTADOS: Se revisan las fichas de nuestros pacientes intervenidos por hipospadias y seguidos de forma prospectiva desde el año 2000. Usamos stent uretral en 145 casos. En 26 casos por estenosis de meato (edad media 5 años), el tiempo medio de caída del stent fue de 20 días. Por incurvación en 2 casos. Por fístula en 14 casos con edad media de 6,4 años, los tubos caen con una media de 15 días y la fístula recidivó en un caso. Por glanduloplastia en 24 niños de edad media de 4,2 años, el stent cae a los 16 días de medida. Stent por megameato en 5 casos. Stent por avance meato en 66 pacientes de 3.5 años de edad media, el stent se cae con una media de 18 días, hubo 2 dehiscencias de glande en este grupo. Snodgrass con stent sin sonda vesical en 8 casos de edad media de 5 años, apareció fístula en 2 casos en 1, meatoestenosis. En 4 casos (2,7%) los padres referían intensas molestias en el niño por lo que el stent fue retirado en la consulta, otros 5 niños (3,4%) experimentaron molestias moderadas, que no precisaron de la retirada del stent, el resto no refirió molestias.

CONCLUSIONES: El uso de stent uretral fijado al glande mediante varios puntos de sutura absorbibles sin sonda vesical, parece ser bien tolerado por los niños y aceptado por los padres, evita la necesidad del uso de pañales o bolsas de orina, permite una actividad física normal en el postoperatorio sin un incremento de las complicaciones. Por lo que su uso debe ser tenido en cuenta en el tratamiento del hipospadias, sobre todo cuando el uso prolongado de un catéter puede ser aconsejado, como ocurre en la cirugía de la estenosis de uretra o meato.

C-18 UNA APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO DE LAS LITIASIS URETERALES VÍA URETERORRENOSCOPIA

Pietricica BN, Fernández Aparicio T, Montoya Chinchilla R, Cano García MC, Hidalgo Agulló G, Reina Alcaina L, Izquierdo Morejón E, Rosino Sánchez A, Romero Hoyuela A, Hita Villaplana G, Miñana López B. Servicio de Urología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN: Durante los últimos años se ha producido un importante desarrollo de las técnicas endoscópicas en el tratamiento de las litiasis ureterales sintomáticas con una minimización de la agresión quirúrgica.

OBJETIVOS: Describir el estado actual de las técnicas de litotricia endoscópica en nuestro hospital y hallar factores relacionados con la expulsión espontánea de litiasis en los pacientes pendientes de tratamiento con ureterorrenoscopia (URSC).

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo (tipo serie de casos) de 55 pacientes diagnosticados en nuestro centro de litiasis ureteral, desde Septiembre 2009 hasta Septiembre 2011 y que se han considerado candidatos a litotricia endoscópica. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de la muestra, se ha calculado la tasa de expulsión de litiasis observada en el momento de la intervención programada y se han buscado factores que podrían estar en relación con la eliminación del cálculo.

RESULTADOS: Los pacientes analizados tenían una mediana de la edad de 50 años y 60% eran hombres. La localización mas frecuente de la litiasis fue uréter distal (80%) derecho (54,5%) y 91% de los cálculos se presentaban radioopacos con una mediana del tamaño de 8mm. En el momento de la intervención, 11 casos (20%) se presentaban sin evidencia de litiasis y el resto de 44 (80%) han sido sometidos a litotricia vía URSC semirrígida (73% con LASER Holmium) con tratamiento satisfactorio de la litiasis en todos los casos. Se ha encontrado una tasa de complicaciones de 14%, pero han sido procesos leves o moderados: migración de fragmentos a cavidades renales, cólicos, hematuria moderada autolimitada, fiebre con buena respuesta terapéutica, falsa vía uretral solucionada con sonda y efracción de la mucosa ureteral por guía. De las variables analizadas (tiempo en lista de espera, edad, sexo, localización y tamaño de la litiasis, presencia de estenosis ureteral y colocación de doble J preoperatorio) ninguna ha presentado asociación estadísticamente significativa con la expulsión espontánea del cálculo.

CONCLUSIONES: La URSC con litotricia endoscópica es una técnica terapéutica muy efectiva y poco agresiva de las litiasis ureterales. En nuestra serie no hemos identificados factores predictores de expulsión espontánea de litiasis en los pacientes candidatos a URSC terapéutica.

C-19 NEFROLITOTOMIA PERCUTANEA (NLP) EN POSICION DE VALDIVIA-GALDAKANO PARA EL TRATAMIENTO DE LITIASIS RENAL COMPLEJA

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La cirugía renal percutánea nace en 1976 cuando Ferstron y Hohanson describen el procedimiento. Desde entonces la técnica ha avanzado, inicialmente la técnica descrita fue en decúbito prono. El Dr. Valdivia en 1987 describe la técnica en posición de decúbito supino con elevación del flanco y posteriormente el Dr. Ibarlucea y cols. Del Hospital de Galdakano desarrollan la posición de Valdivia al colocar las piernas del paciente en una posición de litotomía modificada (la ipsilateral extendida y la contraria al lado del procedimiento en abducción) lo que permite el acceso simultáneo a toda la vía. Nuestro objetivo es analizar los resultados en la NLP desde que se ha abierto nuestro Servicio e incidir en las bondades de la posición y su reproductibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis de todos los pacientes que se han sometido en nuestro Centro desde la apertura el pasado 15 de Marzo de 2011, utilizando una sistematización del procedimiento: cateterismo previo, punción, dilatación y distensión con balón. Utilizamos para la fragmentación Lithoclast master y laser holmium.

RESULTADOS: Han sido 8 pacientes hasta el 31 de Octubre de 2011, seis hombres y dos mujeres, cinco derechos y tres izquierdos. No ha habido complicaciones reseñables. Se realiza un análisis de diferentes variables: edad, sexo, tipo y localización de litiasis, tasa libre de litiasis y complicaciones.

COMENTARIOS: La posición de Valdivia-Galdakano permite acceder de forma simultánea a la vía urinaria, tanto anterógrado como retrogrado y el acceso y la seguridad es reproducible. Los avances en material, imagen y fuentes de energía determinan que la NLP sea un técnica eficaz y segura.

C-20 “EVALUACION PREOPERATORIA DEL DONANTE VIVO DE RIÑON CON ANGIO-TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA MULTIDETECTOR CON RECONSTRUCCIÓN 3D: NUESTRA EXPERIENCIA”

*Gutiérrez Gutiérrez PF, Ruiz Morcillo JC, Moreno Alarcón C, Olarte Barragán EH, Pinzón Navarrete CP, González MJ¹, Capel Alemán A², López Cubillana P, Prieto González A, López González PA, Escudero Bregante JF, Nicolás Torralba JA, Tornero Ruiz JI, Rigabert Montiel M, Server Pastor G, Gómez Gómez, GA.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ¹Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ²Servicio de Radiología Vascular Intervencionista. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

INTRODUCCIÓN: La evaluación preoperatoria de los vasos renales es fundamental en el donante vivo de riñón (DVR). Aunque la angiografía se considera la prueba “gold standard”, la angio-tomografía computarizada con reconstrucción 3D (ATC3D) es una técnica novedosa, anatómica y menos invasiva que nos aporta muy buena información acerca de anomalías vasculares renales y de otros órganos.

OBJETIVO: Revisión de los hallazgos de la ATC3D en la evaluación preoperatoria de la anatomía vascular de potenciales DVR aceptados para trasplante renal en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde 2002 hasta el 25 de Octubre de 2011 se han realizado en nuestro hospital 13 trasplantes renales procedentes de DVR. En los 5 donantes más recientes, se realizó ATC3D incluyendo el escaneo antes y después de la administración de contraste intravenoso durante las fases arterial, renal (nefrogénica) y excretora. Se realizó medición del diámetro y longitud de las arterias renales y la longitud de vena renal, así como visualización anatómica de venas suprarrenal y gonadal. Según protocolo, en caso de ausencia de patología vascular y/o renal reseñable se opta por realizar nefrectomía laparoscópica izquierda mano-asistida.

RESULTADOS: Se realizó estudio vascular en 5 potenciales DVR (3 hombres y 2 mujeres) mediante ATC3D. Los pacientes tenían un rango de edad de entre 45 y 63 años. La longitud media de la arteria renal derecha (ARD) fue 4,76 cm (Rango 3-8 cm) y de la izquierda (ARI) fue 2,93 cm (Rango 5-2,2). El diámetro medio de la ARI fue de 6,03 mm (Rango 7-4,1 mm), y en la ARD fue de 5,13 mm (Rango 6,5-4 mm). La longitud media de las venas renales izquierdas fue de 4,08 cm y de las derechas 2,60 cm. En un paciente se observó una vena renal derecha accesoria y en otro de los casos se objetivó arteria renal doble bilateral. Se evidenció arterioesclerosis del hilio renal en 2 arterias, con calcificaciones en el ostium que no comprometían el flujo, sin otra patología renal ni a otro nivel. En estos cinco casos se optó por realizar nefrectomía laparoscópica izquierda mano-asistida.

CONCLUSIONES: Dentro del protocolo de estudio del potencial DVR, la evaluación pre-quirúrgica del hilio renal es fundamental para la planificación de la cirugía de extracción renal para trasplante. En nuestra experiencia, la utilización de la ATC3D nos permitió conocer de una forma precisa y poco invasiva la anatomía renal, descartar patología a otro nivel, planificar la mejor actuación quirúrgica con el fin de minimizar posibles complicaciones intraoperatorias y conseguir así un injerto renal de buena calidad.

C-21 ADENOMECTOMÍA RETROPÚBICA POR MÍNIMA INCISIÓN. UNA TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOMA PROSTÁTICO DE GRAN VOLUMEN

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

OBJETIVO: la cirugía abierta ha sido el “gold Standard” en el tratamiento de la hipertrofia prostática benigna (HBP), sintomática, en pacientes con próstatas de gran volumen. La tendencia actual en este tipo de pacientes es optar por técnicas mínimamente evasivas como la adenomectomía laparoscópica. No obstante se trata de procedimientos complejos, económicamente costosos y reproducibles sólo en manos de cirujanos con mucha experiencia laparoscópica. Nosotros pretendemos mostrar que la adenomectomía retropúbica por mínima incisión (ARMI) es una técnica factible, reproducible, económicamente asumible y resolutive.

MATERIAL Y MÉTODOS: realizamos un estudio descriptivo de una serie de 10 pacientes consecutivos intervenidos de adenomectomía retropúbica por mínima incisión en nuestro servicio en el año 2011. Las medias de edad, flujo previo a la cirugía y volumen prostático fueron de 64 años, 9 ml/s y 99 cc respectivamente.

RESULTADOS: la mediana de tiempo operatorio fue de 45 m. La media de pérdida hemática durante la cirugía fue de 160 cc (sólo 1 paciente necesitó transfusión de hemoderivados). Cuatro pacientes (40%) no necesitaron drenaje en Retzius. De los 6 que sí necesitaron el tiempo medio de estancia del drenaje fue de 3 días, con un evacuado medio de 190 cc. El sondaje vesical se retiró en todos los pacientes a los 6 días. Ninguno presentó episodio de retención aguda de orina tras retirada de sonda vesical. La estancia hospitalaria media fue de 4 días. Un paciente presentó seroma en herida quirúrgica y otro necrosis del borde cutáneo de la incisión, debido a isquemia producida por la fuerte tracción realizada por el separador.

CONCLUSIONES: la ARMI es una técnica mínimamente invasiva eficaz en el tratamiento de la HBP en pacientes sintomáticos, con volúmenes prostáticos grandes. Los resultados no parecen ser inferiores a los obtenidos por la adenomectomía retropúbica habitual o a otros como la adenomectomía laparoscópica. El coste económico es asumible por cualquier centro. No necesita una gran inversión en aparataje para su realización. No requiere adiestramiento especial siendo la técnica reproducible por cualquier cirujano con una mínima experiencia en cirugía abierta.

C-22 “COLOCACIÓN DE SLING SUBURETRAL LIBRE DE TENSIÓN EN NUESTRO MEDIO EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO”

MC. Cano García, E. Izquierdo Morejón, A. Romero Hoyuela, B.N. Pietricicà, R. Montoya Chinchilla, G. Hidalgo Agulló, L. Reina Alcaína, A. Rosino Sánchez, T. Fernández Aparicio, G. Hita Villaplana, B. Miñana López. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia

INTRODUCCIÓN: Dentro de la patología urológica, destacamos la incontinencia urinaria (IU) como un problema importante de salud, que afecta a un número importante de pacientes de nuestras consultas de Urología como de las de Atención Primaria. La IU de esfuerzo (IUE), más frecuente en mujeres, es causada habitualmente por la debilidad del suelo pélvico y el sostén deficiente de la unidad vesicouretral con aumento de la movilidad uretral.

OBJETIVO: Revisar la serie de pacientes que han sido intervenidos por motivo de IUE de novo o tras intervenciones previas de suelo pélvico y presentar nuestra experiencia en la corrección de la IUE mediante sling suburetral libre de tensión.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisan 116 casos de IUE con colocación de sling suburetral realizadas desde mayo de 2007 a junio de 2011, en la mayoría de los casos (n=111) se utilizó inicialmente malla sin tensión transobturatriz y en 4 casos se optó por otros dispositivos (autoajutable,...), incluyendo algunos casos (n=18) en los que se corrigió cistocele, rectocele o enterocele asociados. Se analizaron las siguientes variables: antecedentes patológicos de suelo pélvico, gestaciones, grado de incontinencia, nº de compresas usadas diarias antes y después del tratamiento, cuestionario de calidad de vida (ICQ-SF), complicaciones precoces y tardías, residuo postmiccional, tiempo de evolución y continencia a medio y largo plazo, entre otras.

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

- la edad media de las pacientes fue de 55.6 años
- la media de gestaciones fue de 3.2 hijos, el 69% de la pacientes habían tenido entre 2 y 4 gestaciones vaginales (n=81)
- el prolapso de órgano pélvico más frecuente detectado en la exploración fue el cistocele II-III en el 19.8% (n=23), con una media de seguimiento de 28.5 meses.
- el porcentaje de pacientes que lograron una continencia total en nuestra serie ha sido del 70% (n=82)
- el 5.1% (n=6) presentan mejoría clínica significativa (IUE a grandes esfuerzos, escapes ocasionales), usando 0-1 comp/d
- fracaso (incontinencia a medianos y pequeños esfuerzos) en el 3.4% (n=4) corregidos con nuevo dispositivo en 3 de ellos y un caso pendiente de tratamiento
- la IUU de novo apareció en 13.7% (n=16) casos de forma leve o muy leve
- las complicaciones intraoperatorias observadas fueron menores; sangrado vaginal autolimitado con taponamiento en 3 casos
- las complicaciones postoperatorias fueron la retención urinaria con necesidad de autosondaje en 5 casos, intermitente y limitado cuatro semanas, y en 2 casos (1.7%) requirieron revisión quirúrgica y liberación de malla, dolor a la abducción de miembros inferiores en un caso, erosión en un caso, no ha habido ninguna extrusión de malla e inestabilidad de novo en 7 casos.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el uso de sling suburetral libre de tensión para el tratamiento de IUE leve-moderada es una técnica eficaz y reproducible, con escasas complicaciones, buenos resultados funcionales, y con una significativa mejora en la calidad de vida de los pacientes. Aunque en algunos casos es preferible optar por dispositivos ajustables.

C-23 LA CLASIFICACION DEL REFLUJO VESICORENAL PRIMARIO SEGUN SU EXPRESIVIDAD CLÍNICA ES ÚTIL Y DEBE CONDICIONAR LAS INDICACIONES DEL TRATAMIENTO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

Dres. Nortes L., Moreno C.**, Guirao M.J.***, Cabrejos K.**** Sección de Urología Pediátrica. HUV Arrixaca. Murcia.*

Jefe de Sección Urol.Ped., **Residente Urol.Gral.HUVA Arrixaca, *Adjunto Urol.Ped., ****Residente Urol.Ped.*

El reflujo vesicorenal primario se ha clasificado según parámetros endoscópicos, radiológicos, biológicos y evolutivos, sin embargo su expresividad clínica ,baja, media o alta , que debe condicionar en la práctica clínica diaria los diferentes tipos de tratamiento , no ha sido utilizada regularmente, siendo necesaria, como demostramos, en la práctica clínica. Revisamos 989 pacientes con diagnóstico de reflujo vesicorenal primario

sobre 1498 ureteres tratados por nosotros, entre los años 1998 y 2007, con edades comprendidas entre los 21 años y los 7 meses . La mayor expresividad clínica, pielonefritis clínica asociada a criterios analíticos de pielonefritis ,con ingreso hospitalario,correspondieron a reflujo de bajo y medio grado radiológico por debajo de los 4 años de edad. Creemos que el tratamiento del reflujo vesicorenal primario , el asociado a pielonefritis clínica de repetición y afectación funcional renal evolutiva, recuperable o no , debe ser precoz, con la finalidad de evitar los episodios de pielonefritis repetitivos y sus consiguientes ingresos, asociados a un elevado gasto asistencial, en los pacientes afectados de este tipo de reflujo vesicorenal.

En la actualidad ,según nuestra experiencia, la inyección endoscópica sub-uretral , o sting , más económica desde el punto de vista biológico, social y evolutivo que el tratamiento expectante o médico , y curativa en más del 80 % de los casos al primer intento , debe ser la primera opción para el reflujo primario en todos los casos , evitando la cronificación de la situación clínica, médica, social, familiar y asistencial de esta alteración , sin excluir ni condicionar, por otra parte, cualquier otra medida adicional que pueda ser tenida en cuenta posteriormente.

C-24 COMUNICACIÓN: BIOPSIAS DE VESÍCULAS SEMINALES: UN PROCEDIMIENTO DE ESTADIFICACIÓN ÚTIL Y NECESARIO

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

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

INTRODUCCION: La afectación de vesículas seminales es un factor importante a la hora de decidir el tratamiento para el cáncer de próstata. Actualmente solo las biopsias de vesículas seminales pueden determinar la presencia de T3b inequívocamente.

OBJETIVOS:

- Determinar la rentabilidad diagnóstica del protocolo usado en nuestro hospital.
- Analizar la tasa de invasión seminal según nuestros criterios de indicación de manera separada así como acumulados.

MATERIAL Y METODOS: Las biopsias de vesículas seminales se han realizado en el mismo acto de las biopsias de próstata basados en criterios pre-biopsia. Los criterios de indicación han sido elegidos según la literatura actual. Se han realizado biopsias de vesículas seminales en pacientes candidatos a un tratamiento radical con la presencia de al menos uno de estos criterios:

- 1.- PSA mayor o igual de 15 ng/ml,
- 2.- nódulo en bases prostáticas de forma palpable o mediante ecografía transrectal y/o
- 3.- alteración ecográfica de las vesículas seminales sugerente de patología neoplásica.

De las 1301 biopsias prostáticas realizadas desde 2006, 70 pacientes han presentado criterios de indicación de biopsias de vesículas seminales. Se han analizado los criterios de indicación y su relación con el cáncer de próstata y su estadio T3b.

RESULTADOS: El porcentaje de pacientes con cáncer de próstata y con infiltración seminal según nuestros criterios de indicación han sido de 61,4% y de 15,7% respectivamente. El 72,9% de los pacientes presentaron un PSA mayor o igual de 15 ng/ml, mientras que el 28,6% y el 27,1% de los pacientes presentaron nódulos en base o vesículas seminales sospechosas respectivamente.

La tasa de invasión seminal aumenta según la acumulación de criterios de indicación de biopsias seminales, llegando al 100% de los casos en aquellos paciente que resultaron presentar los 3 criterios de indicación.

Aquellos pacientes con PSA mayor o igual de 15 ng/ml y cáncer de próstata han presentado una probabilidad de un 26,7% de tener invasión de vesículas seminales, de un 35,7% en pacientes con alguna alteración vesicular sospechosa de proceso neoplásico y de un 53,8% si se apreciaban nódulos sospechosos en zonas basales. Ningún paciente diagnóstica de T3b fue propuesto para tratamiento curativo.

CONCLUSIONES:

- El 15,7% de los pacientes han sido diagnosticados de T3b con nuestros criterios de indicación.
- La acumulación de criterios de biopsias de vesículas seminales presenta una clara relación entre número de criterios positivos y afectación seminal.

Presentar nódulos basales sospechosos supone una probabilidad de padecer infiltración de vesículas seminales del 53,8% dentro de los pacientes diagnosticados de cáncer de próstata.

PÓSTER

P-1 QUISTE RENAL SIMPLE ASOCIADO A TROBOEMBOLISMO PULMONAR Y SUBOCLUSIÓN INTESTINAL. CASUALIDAD O CAUSALIDAD? REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Leandro Sala, Enrique Cao, Almudena Rodriguez, José F Jiménez Penick, Max Cachai, Eugenio Hita, Carlos García Espona, José M Cervell, Juan M Soler, Oleg Santamaría, Juan Moreno.

Servicio de Urología. Hospital Universitario Santa Lucía-Sta. María del Rossell, Cartagena.

Presentamos el caso de una paciente portadora de gran quiste renal simple derecho, que por compresión de Vena Cava le ocasionó graves consecuencias. A pesar su extrema rareza, creemos conveniente tener en cuenta esta posibilidad en el manejo del quiste renal simple de gran tamaño.

P-2 ABSCESO PERRIRENAL CON EXTENSIÓN A CAVIDAD PLEURAL

Pietricica BN, Montoya Chinchilla R, Cano García MC, Hidalgo Agulló G, Reina Alcaína L, Izquierdo Morejón E, Rosino Sánchez A, Romero Hoyuela A, Hita Villaplana G, Fernández Aparicio T, Miñana López B.

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

INTRODUCCIÓN: Los abscesos renales son infecciones infrecuentes del aparato urinario caracterizadas por un diagnóstico tardío (solo 35% diagnosticados correctamente al ingreso) y mortalidad alta (hasta 56%; últimos estudios: ~10%) con necesidad de tratamiento temprano.

OBJETIVOS: Aportamos un nuevo caso y hacemos referencia al diagnóstico y tratamiento de los abscesos renales y perirrenales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un paciente de 74 años de edad, con antecedentes personales de HTA, DMID y RTU prostática que acude al servicio de Urgencias por alteración del estado general sin fiebre. Ingreso por shock séptico de origen urinario y es diagnosticado de hematoma renal (Eco+TC) de posible origen traumático (tratamiento conservador) y derrame pleural izquierdo que precisó tubo de tórax (No empiema). Tras una mejoría parcial desarrolla un nuevo cuadro de shock séptico: importante empiema y expansión de la colección perirrenal. Se realiza drenaje quirúrgico de gran absceso perirrenal y pararenal que presenta extensión a cavidad pleural y músculo psoas. El paciente presenta un buen control del proceso infeccioso pero fallece a los 4 meses del ingreso por complicaciones respiratorias.

Se realiza una revisión de la literatura sobre el tema.

COMENTARIOS: La clave del tratamiento es un diagnóstico precoz, identificando los factores de riesgo. El desarrollo de los antibióticos y de las pruebas de imagen y la introducción de técnicas de drenaje percutáneo ha generado un aumento de la tasa de recuperación y una reducción de la morbi-mortalidad. Según la literatura los abscesos <3cm son subsidiarios de tratamiento conservador, para los >3cm no localizados se recomienda drenaje percutáneo, mientras que los grandes y multiloculados se curan mejor con cirugía.

P-3 ABORDAJE DE CIRUGIA RETROPERITONEAL SINCRONICO BILATERAL. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

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

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

P-4 INJERTO DE SUBMUCOSA DE INTESTINO PORCINO EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ENFERMEDAD DE PEYRONIE

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

INTRODUCCIÓN: Enfermedad de Peyronie: Presencia de placa fibrosa de la túnica albugínea dorso-medial con curvatura y acortamiento asimétrico en la erección que puede resultar dolorosa.

Existen distintos tratamientos quirúrgicos aceptados: plicaturas, injertos y prótesis. La incisión o resección de la placa con aplicación de un injerto utiliza materiales autólogos o sintéticos sin que exista un material ideal en la actualidad. En nuestro caso se empleó injerto de submucosa intestinal porcina.

CASO CLÍNICO: Varón de 55 años que desde hace 2 años refiere dolor e incurvación del pene con la erección. Se realizó tratamiento médico con Vitamina E. Al año siguiente presenta una placa en el extremo dorsal del pene con deformidad en reloj de arena.

INDICACIONES DE LA TÉCNICA

- Enfermedad estable (6 meses sin dolor y deformidad estable)
- Pene corto o curva superior a 60°
- Ausencia de disfunción eréctil
- Defecto de túnica >2 cm
- Deformidad en reloj de arena o severa curvatura
- Flacidez distal

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

- Anestesia raquídea y cefazolina 2 gr preoperatorio.
- Incisión de circuncisión disecando la piel, el tejido subcutáneo y el músculo dartos hasta raíz del pene.
- Erección artificial con la inserción de una aguja de mariposa de calibre 19 en cuerpo cavernoso inyectando suero fisiológico estéril y compresión cuerpos cavernosos con catéter 12 Fr en la base del pene.
- Disección del paquete vasculo-nervioso dorsal de la albugínea del cuerpo cavernoso dorsal e incisión de la placa con extensión de los extremos en H.
- Implante del injerto de submucosa intestinal porcina, con sutura continua con ácido poliglicólico (Biosyn 3/0)
- Cierre por planos y vendaje compresivo.

CONCLUSIONES:

- La submucosa intestinal porcina es un material con facilidad de manejo quirúrgico y de colocación, sin comorbilidades y sin reacciones adversas. Esto lo convierte en un sustituto de la túnica anatómico y funcional.
- Es un material flexible y resistente a la distensión, fácil de almacenar, disponible en diferentes tamaños y con escaso poder inflamatorio, con poca capacidad de transmitir infecciones y de bajo coste.
- El empleo de injerto de la submucosa intestinal porcina después de la incisión de la placa de Peyronie permite resultados clínicos satisfactorios, aunque es necesario un seguimiento más largo con una serie grande de pacientes para determinar si el sitio del injerto sigue siendo flexible y no es sustituido por fibrosis.

P-5 CORRECCIÓN DE CURVATURA PENEANA UTILIZANDO LA TÉCNICA DE “PLICATURA DE 16 PUNTOS”

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

INTRODUCCIÓN: la enfermedad de Peyronie se caracteriza por la aparición de tejido fibroso en la albugínea de los cuerpos cavernosos del pene, que provoca una incurvación durante la erección. En 1965 Nesbit describió por primera vez la corrección quirúrgica de la curvatura del pene siendo posteriormente modificada por múltiples autores. Las indicaciones para la realización de una plicatura son; angulación menor de 60-70°, no existencia de flacidez distal y una predicción de pérdida de longitud en erección menor del 20%.

CASO CLÍNICO: presentamos 2 pacientes de 49 y 19 años sin antecedentes personales de interés que acuden por presentar incurvación peneana con ángulo menor de 60°, el primero de ellos adquirida y dorsal, el segundo con incurvación congénita y ventral. Se decide como mejor tratamiento la cirugía. Los pasos a seguir durante la intervención fueron: 1. Raquiánestesia, 2. Incisión subcoronal, 3. Disección de la piel hasta la base del pene, con apertura de la fascia de Buck, 4. Isquemia de la base del pene con torniquete, 5. Punción de los cuerpos cavernosos e instilación de 100 cc de Cloruro de Sodio al 0,9% hasta lograr la erección artificial, 6. Marcaje de la máxima curvatura peneana y señalización con cuatro puntos por cuadrante (16 en total), 7. Retirada de torniquete de la base, 8. Puntos en marcas con monofilamento irreabsorbible de 2/0, 9. Nueva isquemia de la base del pene comprobando el enderezamiento, 10. Cierre por planos y vendaje compresivo 24 horas. Los pacientes fueron dados de alta en menos de 24 horas. En la 1ª consulta se objetiva corrección de la curvatura y ausencia de complicaciones. Los pacientes relatan una actividad sexual satisfactoria.

CONCLUSIONES: la plicatura del pene con técnica de 16 puntos es un método seguro para corregir incurvaciones peneanas congénitas y adquiridas. Utilizando una mínima tensión y respetando los haces neurovasculares pueden alcanzarse excelentes resultados.

P-6 RECONSTRUCCIÓN DE GLANDE CON INJERTO LIBRE CUTÁNEO TRAS EXÉRESIS DE MELANOMA PENEANO

*Rosino Sánchez, Antonio; *Pérez Suárez, Beatriz; Pietricica, Bogdan; Montoya Chinchilla, Raúl, Cano García, Mª del Carmen; Hidalgo Agulló, Guillermo; Reina Alcaína, Leandro; Izquierdo Morejón, Emilio; Hita Villaplana, Gregorio; Fernández Aparicio, Tomás; Romero Hoyuela, Antonio; Miñana López, Bernardino. Servicio de Urología y de *Dermatología. Hospital Morales Meseguer. Murcia*

INTRODUCCIÓN: la exéresis del glande es un procedimiento que se realiza en los tumores distales de pene. Aunque la cirugía no es complicada puede crear graves secuelas psicológicas por la alteración estética posterior. Recientemente

Bracka ha descrito una técnica reconstructiva con injerto libre cutáneo para estos casos, que se está empezando a aplicar en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 47 años de edad diagnosticado por el Servicio de Dermatología de un melanoma de patrón lentiginoso con áreas nodulares de mucosa de glande y que se extiende a piel que recubre la parte distal de los cuerpos cavernosos. Tras hablar con el paciente se decide glandectomía junto con reconstrucción con injerto libre cutáneo según la técnica de Bracka.

Se realizó una exéresis de ganglio centinela primariamente, con una posterior glandectomía. La dermatóloga obtuvo un injerto libre cutáneo de la piel inguinal que se aplicó sobre el extremo distal de los cuerpos cavernosos, previa dorsalización del meato uretral.

El paciente presentó en el postoperatorio inmediato un hematoma procedente de un sangrado periuretral que levantó el injerto en la parte dorsal y que provocó posteriormente una necrosis del mismo en dicha zona. Dicha área cicatrizó por segunda intención.

A pesar de dicha complicación, a los seis meses el paciente presenta un pene estéticamente adecuado, con un neoprepucio que recubre la parte distal del glande. El enfermo refiere estar satisfecho con el aspecto final del pene tras la cirugía

El injerto ha recuperado parcialmente la sensibilidad y el paciente es capaz de llegar, aunque con cierta dificultad, al orgasmo y a la eyaculación.

Presentamos fotos tanto de los pasos quirúrgicos como del aspecto a los seis meses de la intervención.

CONCLUSIÓN: tras una glandectomía, la reconstrucción del glande con un injerto libre cutáneo es una técnica factible y que según lo publicado y nuestra escasa experiencia da unos resultados estéticos y funcionales posteriores muy satisfactorios.

P-7 PRESCRIPCIÓN DE ANALGÉSICOS EN EL INFORME DE ALTA EN UROLOGÍA, ¿LO HACEMOS BIEN?

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

OBJETIVOS: Analizar la prescripción de fármacos analgésicos en el informe de alta de pacientes ingresados en Urología, valorar su uso correcto, dosis y posología, vía de administración, duración del tratamiento, y el uso de principios activos o marcas comerciales, así como el uso de abreviaturas o siglas que pudieran inducir a errores en la administración de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en Urología entre el día 1 y el 23 de febrero de 2011, obteniéndose un total de 60 casos. Se ha utilizado la plataforma digital Selene para acceder a los informes de alta. Los criterios a utilizar han sido dosis y posología correcta, vía de administración escrita de forma completa, duración del tratamiento, proporción de uso de fármacos genéricos y marcas comerciales y su impacto económico, y errores tipográficos que puedan inducir a errores en la toma de los mismos.

RESULTADOS: Del análisis de los datos obtenidos se observa que un 48% de pacientes no recibió ningún tipo prescripción de analgesia al alta, ni siquiera “de rescate”. El 100% recibieron una dosis correcta y el 3.33% una posología incorrecta. Sólo en 2 de los casos se especificaba la duración y en 29 casos se pautaba “si dolor”. En ningún caso se especificaba la vía de administración. Entre las prescripciones encontramos un 36% de fármacos genéricos y un 64% de marcas comerciales, lo cual supuso una diferencia media algo mayor de 1^o por prescripción. En un 12% de los informes se encontraron abreviaturas para dosis (mg. mgr. gr.) o forma de presentación del fármaco (cap. caps. comp. com., etc).

CONCLUSIONES: La analgesia postoperatoria es un elemento clave en la evolución, recuperación y reincorporación laboral de los pacientes. Su correcta prescripción en cuanto a dosis, posología y vía de administración es importante para la seguridad del paciente, y la prescripción coste/efectiva teniendo presentes los fármacos genéricos es clave en la gestión eficiente de los recursos. De nuestros datos obtenemos que las prescripciones en cuanto a fármacos analgésicos en el informe de alta son generalmente incompletas, existiendo una oportunidad de mejora importante tanto en duración como en vía de administración. De igual modo la prescripción de fármacos genéricos es escasa, y su impacto económico potencial muy importante, siendo un área de mejora a tener en cuenta.

P-8 NEOPLASIA VESICAL INFILTRANTE INTRADIVERTICULAR. DIVERTÍCULO VESICAL CON MALIGNIZACIÓN ASOCIADA

L. Reina , R. Montoya ,B. N. Pietricicá, M. Cano , G. Hidalgo, A. Rosino Sánchez ,E. IzquierdoMorejón,A. Romero Hoyuela, G. Hita Villaplana, T. Fernandez Aparicio, B. Miñana López.

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

El divertículo de la vejiga es una herniación de la mucosa vesical que suele aparecer como consecuencia de una obstrucción infravesical. Su pared carece de capa detrusora lo que además de privarle de capacidad contráctil, supone una condición histológica desfavorable respecto al estadio tumoral de un tumor urotelial. La localización más frecuente suele ser el área periureteral. La posibilidad de desarrollar un proceso neoplásico intradiverticular es de aproximadamente un 2%.

Presentamos un caso de un varón 54 años de edad, con hipertensión arterial y exfumador, que debutó con hematuria anemizante aguda que precisó revisión bajo anestesia de urgencia en la que se evidenció un área papilar sugestiva de neoplasia urotelial intradiverticular que se reseco mostrando una anatomía patológica de carcinoma transicional de vejiga, grado citológico 3 con focos de diferenciación escamosa. Finalmente precisó diverticulectomía.

P-9 EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA UROLÓGICA. INDICACIONES DE EMBOLIZACIÓN EN UROLOGÍA

L. Reina, R. Montoya, B. N. Pietricicá, M. Cano , G. Hidalgo, A. Rosino Sánchez ,E. IzquierdoMorejón, A. Romero Hoyuela, G. Hita Villaplana, T. Fernandez Aparicio, B. Miñana López.

Servicio de Urología, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

Los procedimientos percutáneos radiológicos urológicos principales pueden dividirse en 2 grupos: vasculares y no vasculares. La vía intravascular es utilizada principalmente como tratamiento electivo para la embolización de fístulas arteriovenosas (congénitas o adquiridas), para el tratamiento de hemorragia activa y para tumores con gran componente vascular.

Presentamos tres casos en los que se requirió de embolización percutánea intravascular para su tratamiento. Una mujer de 34 años con esclerosis tuberosa con gran angiomiolipoma asociado , mujer de 43 años con síndrome de wunderlinch y un varón de 21 años con una fístula arteriovenosa postraumática en el contexto de una rotura de cuerpos cavernosos.

P-10 PROTOCOLO DE INSTAURACION DE ADENOMECTOMÍA CON MÍNIMA INCISIÓN EN UN SERVICIO DE UROLOGÍA

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

OBJETIVOS: Presentar un protocolo de instauración de adenomectomía con mínima incisión en un servicio de Urología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Planteamos la necesidad de crear un protocolo de instauración de nuevas técnicas, en nuestro caso para la realización de una mínima incisión en el tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP). Con este protocolo se pretende obtener datos fiables y representativos de la utilidad y resultados de la técnica, minimizar la variabilidad y establecer unos criterios para sentar unas indicaciones claras del procedimiento en comparación con los Gold Standard actuales (adenomectomía retropública y resección transuretral de próstata: RTU).

RESULTADOS: Tras revisar numerosas guías y estudios hemos establecido unos parámetros que nos permitirán instaurar el procedimiento con la menor variabilidad posible y un análisis prospectivo y aleatorizado de los resultados comparativos con las técnicas convencionales. Para ello hemos establecido unos criterios de inclusión durante la curva de aprendizaje:

- Próstata entre 80- 150 g.
- Próstatas de menos de 80 g en las que este contraindicado la RTU.
- No intervenciones previas.
- IMC entre 20 y 30.
- Perímetro abdominal menor de 110 cm.
- Ausencia de criterios que contraindiquen la cirugía abierta.

En un primer momento los urólogos encargados de realizar dicha técnica han sido médicos adjuntos de nuestro Servicio para posteriormente incorporarse los residentes.

Para eliminar o minimizar los efectos de la curva de aprendizaje se estima que se realicen 20 intervenciones bajo criterios de inclusión de forma continuada bajo la técnica de mínima incisión. Una vez realizados se aleatorizará de forma centralizada a todo paciente con HBP que tenga indicación de cirugía abierta.

Se establecen asimismo unos criterios de alta o una vía clínica con el fin de disminuir la variabilidad en la evolución postoperatoria de los pacientes a estudio, protocolizando el alta cuando se cumplan una serie de requisitos: micción espontánea, deambulación, inicio de la motilidad intestinal, tolerancia oral restablecida y ausencia de complicaciones postoperatorias sobre la herida, dolor intenso, etc.

CONCLUSIONES: con la implantación de un protocolo de instauración de esta técnica quirúrgica conseguiremos datos fiables que nos ayudarán a conocer mejor y de forma más objetiva los resultados de la misma, y permitirán la realización de estudios prospectivos randomizados que aportarán un nivel de evidencia científica a nuestra experiencia personal.

P-11 HISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO DEL CORDÓN INGUINAL ASOCIADO A LIPOSARCOMA PARATESTICULAR IPSILATERAL

A. Rodríguez Tardido; L. Sala; M.E. Cachay Ayala; E. Cao Avellaneda; Fco.J. Jiménez Penick; E. Hita Rosino; MJ Montes; JM Cervell Ferrón; J. Moreno Avilés. Hosp. General Universitario Sta. Lucía. Cartagena.

INTRODUCCIÓN: El histiocitoma fibroso maligno está considerado como la neoplasia sarcomatosa más frecuente de los tejidos blandos. Aparece sobre todo en las extremidades, y de éstas en las del miembro inferior, con sólo un 12- 15% de casos de aparición en el retroperitoneo y muy escasos en conducto inguinal. Los liposarcomas paratesticulares suponen el 3-7% de todos los tumores paratesticulares. Presentamos un paciente con estos dos tumores sincrónicos, siendo el único caso que hemos encontrado revisando la literatura médica disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 70 años de edad que presenta bultoma en región inguinoescrotal de 7 meses de evolución etiquetado en consulta de cirugía general (y con ecografía compatible) de hernia inguinoescrotal. En una primera intervención realizada por cirugía general se corrige hernia inguinal con reposición de sigma y se reseca una masa encapsulada de 12 x 8 x 7 cm hallada de manera incidental en el cordón inguinal. El resultado de la anatomía de esta pieza fue histiocitoma fibroso maligno. Inmediatamente, el paciente es derivado a consultas de Oncología y en el rastreo mediante TAC toraco-abdomino-pélvico se evidencia tumoración paratesticular izquierda y tumoración intrabdominal de densidad grasa por lo que se propone segunda intervención mediante orquiectomía radical izquierda y extirpación de masa intrabdominal en el mismo acto. La anatomía patológica de estas piezas fue compatible con liposarcoma paratesticular esclerosante y desdiferenciado el primer caso y con lipoma intrabdominal en el segundo.

CONCLUSIÓN: Presentamos un raro caso de asociación de dos tipos tumores los cuales a su vez son también altamente infrecuentes. El pronóstico y el tratamiento en este caso está marcado por el liposarcoma paratesticular, el de mayor agresividad, estando el paciente sometido a un régimen de quimioterapia con 4-Epidioxirubicina y libre de enfermedad hasta el momento.

P-12 RESOLUCIÓN DE UNA FÍSTULA VÉSICO-UTERINA DE FORMA CONSERVADORA

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

Paciente mujer de 37 años que es remitida a consultas de Urología por sospecha de fístula vesico-uterina.

Como A.P. no refiere antecedentes médicos de interés. Antecedentes ginecológicos: 2 gestaciones, con 1 cesárea y un parto vaginal complicado (14 de abril de 2011), con necesidad de utilización de ventosa.

Tras el parto se sospecha fístula vesico-uterina por lo que se instila azul de metileno a vejiga con salida del mismo por vagina. Se realiza sondaje vesical. Presenta hematuria sin sangrado vaginal. La orina aclara progresivamente, y sólo presenta hematuria a la deambulación. Es dada de alta con sonda vesical permanente, que se retira a las tres semanas.

Dos meses después acude a consultas. Se decide realizar nueva cateterización vesical dejándose la sonda vesical nuevamente.

A los 7 días se realiza cistoscopia: En pared posterior se observa área edematosa con fibrina y retraída, con inicio de trayecto fistuloso por el que no se consigue progresar pese a forzar. Se replecciona la vejiga pero no se objetiva salida de suero fisiológico por vagina.

Se solicita TC abdómino-pélvico: Trayecto fistuloso de aproximadamente 2 mm en su diámetro transversal que comunica el techo vesical con el segmento uterino (probable cicatriz de cesárea anterior). Se decide continuar con sondaje vesical permanente durante un mes más. En agosto de 2011 se realiza TC abdómino-pélvico con contraste, objetivándose ausencia de salida de contraste de vejiga a útero ni a vagina.

Se retira sondaje vesical. La paciente se encuentra asintomática en controles posteriores, decidiéndose el alta por parte de Urología.

P-13 MANEJO CONSERVADOR DE LA PERFORACIÓN VESICAL INTRAPERITONEAL

Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Rigabert Montiel, Pedro A. López González, Pedro López Cubillana, José C. Ruiz Morcillo, Edgar H. Olarte Barragán, Cindy P. Pinzón Navarrete, Pablo F. Gutiérrez Gutiérrez, Guillermo A. Gómez Gómez. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Presentamos dos casos de perforación vesical intraperitoneal resueltos de forma conservadora. El primero es un paciente joven sano con una rotura espontánea tras una ingesta importante de alcohol que debido a la malposición de la sonda vesical en urgencias, ubicándole la punta intraperitonealmente, se evacuó el líquido libre, siendo solo necesaria su recolocación posterior. La segunda es una anciana que en el posoperatorio de una RTU de un tumor vesical de aspecto infiltrante, sin perforación aparente, sufre una incorrecta manipulación de la sonda vesical de tres vías, ubicando el lavado continuo en la vía principal de evacuación, presentando una ascitis que se evacuó de forma urgente mediante una paracentesis, no siendo precisa la exploración quirúrgica. Con cobertura antibiótica y un buen diagnóstico clínico y/o radiológico consideramos que en el tratamiento de la perforación vesical intraperitoneal con buen estado clínico y analítico del paciente es suficiente con la evacuación de la ascitis y la permanencia de una sonda vesical correctamente posicionada.

P-14 NEUROFIBROMA INTRAESCROTAL, EXTRATESTICULAR, NO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS DE TIPO I

Oñate Celadrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; Velilla Asurmendi, P.; Rico Galiano, J. L.; Ocaña Castillo, B.; Tomás Ros, M.; Sempere Gutiérrez, A.; Valdelvira Nadal, P.; Morga Egea, J. P.; Jiménez López, J. M.; Andreu García, A.; Fontana Compiano, L. O. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

INTRODUCCIÓN: el neurofibroma es una neoplasia mesenquimal derivada de las células perineurales y de Schwann. A menudo está asociada a Neurofibromatosis de tipo I (NFI). Su presentación intraescrotal, al margen de ésta enfermedad, es muy infrecuente (11 casos descritos en la literatura). Los no asociados a NFI suelen tener un comportamiento benigno.

Paciente: varón de 52 años, sin antecedentes de interés, que consulta por bultoma en hemiescrotal derecho, indoloro, de 2 meses de evolución. A la exploración física (EF) se objetiva masa indurada dependiente de cordón espermático derecho. Se realizó ecografía que informó en hemiescrotal derecho, adyacente a polo superior de testículo, del que no depende, masa de 2.98 x 3.47 x 3.75 cm, sólida, vascularizada y ligeramente hipoecoica. Los marcadores tumorales fueron negativos. Se realizó tumorectomía. La anatomía patológica informó de tumoración compatible con neurofibroma. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y el paciente fue dado de alta. Un año más tarde consulto de nuevo por aumento de tamaño de hemiescrotal derecho que se constató en la EF. Una nueva ecografía reveló una imagen ecogénica de unos 1.5 x 2.5 cm, lateral y posterior derecha, que desplaza al testículo anteriormente.

CONCLUSIONES: es una neoplasia derivada de células perineurales y de Schwann. Habitualmente se asocia a NFI. Es muy infrecuente no asociado a NFI. El comportamiento, en formas no asociadas a NFI, es benigno. Se presenta de forma asintomática. El diagnóstico se realiza histológicamente. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica. No se habían descrito recidivas hasta hoy.

P-15 CITADENOCARCINOMA MUCINOSO PRIMARIO DE TESTÍCULO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Oñate Celadrán, J.; Sánchez Rodríguez, C.; Velilla Asurmendi, P.; Rico Galiano, J. L.; Ocaña Castillo, B.; Tomás Ros, M.; Sempere Gutiérrez, A.; Valdelvira Nadal, P.; Morga Egea, J. P.; Jiménez López, J. M.; Andreu García, A.; Fontana Compiano, L. O. Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. *Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia.*

Introducción: los tumores primarios derivados de vestigios Mülllerianos en el testículo son extremadamente raros. Morfológica e inmunofenotípicamente son idénticos a los derivados de la superficie ovárica. Existen múltiples variantes de las que la más frecuente es la variante serosa. Del subtipo mucinoso sólo se han descrito 17 casos en la literatura. Se trata de neoplasias con un comportamiento no invasivo.

Caso clínico: varón de 44 años, con aumento asintomático del tamaño del hemiescrotal derecho de 2 años de evolución. A la exploración aumento de tamaño del hemiescrotal derecho, de consistencia elástica, no doloroso al tacto. No

adenopatías. Se realizó ecografía que informó de testículo derecho sustituido por gran lesión quística de 3.8 x 5.3 cm, multitabizada (fig. 1), en la que no se identificaba estructura normal testicular, no identificándose masas sólidas. Los marcadores tumorales fueron negativos (BHCG, LDH y AFP). Se realizó orquiectomía radical derecha. La anatomía patológica informó la pieza como cistoadenocarcinoma mucinoso de testículo. Se realizó colonoscopia postoperatoria para descartar tumor colónico primario, que fue negativa. El TC torácico y abdominopélvico no mostró evidencia de metástasis a distancia.

CONCLUSIÓN: son neoplasias extremadamente infrecuentes. Se asemejan a los tumores de superficie ovárica. Se presentan como masa escrotal asintomática, a veces asociada a hidrocele. Mayoritariamente de comportamiento benigno. Pueden mostrar positividad para CEA, S – 100, CA 125, CA 19 – 9 y CAM 5.2. El subtipo mucinoso puede mostrar positividad para CK 20 y/o CK 7 (tumores del epitelio intestinal). Es fundamental descartar metástasis de adenocarcinoma mucinoso (apéndice, colon, estómago, páncreas, pulmón y próstata). El tratamiento de elección es la orquiectomía radical. No existen protocolos de seguimiento estandarizados.

P-16 MANEJO DE LESIONES SOSPECHOSAS DE MALIGNIDAD BILATERALES EN PACIENTE AFECTO DE FACOMATOSIS

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

P-17 BELLINOMA: UN TUMOR RENAL INFRECLENTE Y AGRESIVO

Hidalgo Agulló G, Montoya Chinchilla R, Pietricica B, Cano García M.C, Reina Alcaina L, Rosino Sánchez A, Miñana López B, Hita Villaplana G, Fernández Aparicio T, Romero Hoyuela A, Izquierdo Morejón E.

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de los conductos colectores distales o Bellinoma es un tumor maligno de riñón infrecuente, con un pronóstico general desfavorable debido a la demora en el diagnóstico, a menudo en el estado de metástasis. El diagnóstico se basa en el examen anatomopatológico de la pieza de nefrectomía o de biopsia renal con estudio inmunohistoquímico.

CASO CLÍNICO: Presentamos un caso de una paciente de 75 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, neuropatía y retinopatía diabética, dislipemia, hipotiroidismo, síndrome anémico, colecistectomizada y cólico renoureteral expulsivo.

Ingresa en nuestro centro por urgencias, días después de haber sido dado de alta y tratada en otro hospital por cólico renoureteral, con analítica de insuficiencia renal, se realizó ECO abdominal que plantea varios diagnósticos diferenciales, entre ellos la trombosis de la vena renal y una pielonefritis crónica. Posteriormente se realizó TC Abdominopélvico en el que se aprecia aumento difuso del parénquima renal, con lesiones hepáticas, a la vista de estas lesiones se realizó TC pulmonar mostrando lesiones pulmonares con aspecto de metástasis. Se decide realizar biopsia renal para filiar causa y se confirma el diagnóstico de Bellinoma.

Debido a la progresión de la enfermedad se decide tratamiento paliativo siendo éxitus un mes tras el diagnóstico.

P-18 HIBERNOMA RETROPERITONEAL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

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

INTRODUCCIÓN: el hibernoma es una tumoración poco frecuente (1% de los tumores del adulto), benigna, derivada de vestigios de tejido adiposo pardo. Su color se debe a la presencia de abundantes mitocondrias (conteniendo pigmentos de tipo citocromo) y a una profusa vascularización. Se localiza fundamentalmente en axila, espalda, mediastino y cuello. Su localización en abdomen o retroperitoneo es extremadamente rara (9.4%).

PACIENTE: mujer de 59 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor en hipogastrio, tenesmo vesical y polaquiuria. La exploración física fue anodina. Se solicitó Urocultivo, que fue negativo y ecografía que informaba de imagen en fosa renal derecha que podría corresponderse con pelvis ampular, masa extrarrenal o quiste piélico, sin poder filiar claramente su origen, motivo por el cual se realizó TC abdómino – pélvico con contraste intravenoso que objetivó tumoración retroperitoneal de 20 x 6 x 8 cm, bien delimitada, con valores de atenuación grasa. Se realizó exéresis quirúrgica de la lesión. La anatomía patológica fue informada como hibernoma. Actualmente la paciente se encuentra libre de enfermedad.

CONCLUSIÓN: se trata de una tumoración benigna procedente del tejido adiposo pardo residual. Su localización retroperitoneal es muy infrecuente. Tiene un crecimiento lento. Habitualmente se presenta de manera asintomática.

Debuta clínicamente por compresión de estructuras vecinas. El diagnóstico de certeza se realiza con PAAF o BAG. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa. No existe protocolo de seguimiento. No se han descrito recidivas.

P-19 ORQUITIS GRANULOMATOSA CASEIFICANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

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

Varón 74 años intervenido de RTU de próstata + BMN vesical (informe A.P.: Carcinoma vesical in situ). Instilación de BCG (pauta 6+3), habiéndose administrado 4 dosis. A la exploración bolsa escrotal derecha aumentada de tamaño, sugerente de hidrocele derecho. Se realiza eco escrotal: Se observa hidrocele derecho con imagen hipocogénica de 1,8 cm en polo inferior del testículo derecho, compatible con tumor testicular derecho. Analítica de sangre: coriogonadotropina <2 UI/L; alfa-FP 3,77 ng/ml.

Se realiza intervención quirúrgica: orquiectomía radical derecha por vía inguinal. Informe de A.P.: Orquiepididimitis granulomatosa caseificante tuberculosa.

Se realiza Rx tórax, que descarta enfermedad tuberculosa a nivel pulmonar.

Se suspende instilaciones de BCG. Se inicia terapia con mitomicina.

Se realiza tratamiento con tuberculostáticos, sin presentar otros signos de enfermedad tuberculosa durante el seguimiento posterior.

CONCLUSIONES: Rara complicación de la administración de BCG (0,4%).

Microscópicamente: Granulomas epitelioides con necrosis central, de tipo caseificante; Células gigantes tipo Langhans.

Macroscópicamente: Orquiepididimitis, hidrocele reactivo.

Diagnóstico: Cultivo de M bovis (tras punción o cirugía).

Tratamiento de elección: Tratamiento con dos tuberculostáticos durante 3-6 meses (evitar pirazinamida y cicloserina, ya que M bovis es típicamente resistente). En caso de fracaso de tratamiento médico se optará por orquiectomía radical.

P-20 QUISTE EPIDERMOIDE TESTICULAR. PRESENTACIÓN DE UN CASO

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

INTRODUCCIÓN: Los quistes epidermoides testiculares son muy infrecuentes (1-2% de todos los tumores testiculares) y su diagnóstico preoperatorio suele plantear dificultades. Describimos un caso de quiste epidérmico testicular con el ánimo de contribuir al conocimiento clinicopatológico de esta entidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: el caso clínico corresponde a un hombre de 24 años que consultó por una masa indolora en testículo izquierdo, detectada por autopalpación. A la EF no se palpan adenopatías. En ecografía se etiqueta de tumor sólido en polo superior de testículo izquierdo. Marcadores tumorales séricos negativos. Se realiza orquiectomía.

RESULTADOS: macroscópicamente se identificó una tumoración encapsulada de 7 cm, bien delimitada que no sobrepasa la túnica albugínea ni afecta a la cabeza del epidídimo. Microscópicamente se observa que la formación está ocupada por queratina y su pared constituida por epitelio plano estratificado queratinizado sin anejos. La pulpa adyacente carecía de alteraciones. El diagnóstico final fue de quiste epidermoide testicular.

CONCLUSIONES: si los datos preoperatorios apoyan el diagnóstico de quiste epidérmico es razonable realizar un tratamiento conservador, que debe comprender estudio anatomopatológico intraoperatorio, incluyendo examen microscópico del quiste y del parénquima anexo para descartar la coexistencia de una neoplasia germinal intratubular.

P-21 TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO DE EPIDIDIMO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

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

INTRODUCCIÓN: el tumor miofibroblástico de epidídimo es una patología benigna con múltiples nomenclaturas. Sólo se han descrito 9 casos en la literatura. Es complicado en el diagnóstico diferenciar si se trata de una masa benigna

o maligna, así como si su origen es el epidídimo o el testículo. Como resultado, el diagnóstico definitivo sólo puede ser establecido mediante exploración quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: el caso clínico corresponde a un hombre de 59 años que consultó por un aumento de tamaño indoloro del testículo izquierdo. A la exploración se observa una tumoración epididimaria izquierda, sin palparse adenopatías. En ecografía se aprecia un engrosamiento de epidídimo izquierdo.

RESULTADOS: se realiza epididimectomía izquierda observándose en la pieza quirúrgica una proliferación miofibroblástica nodular. Casi 3 años más tarde es intervenido nuevamente por una tumoración asintomática en testículo izquierdo con marcadores tumorales negativos, cuya anatomía patológica nos informa de tumor miofibroblástico benigno de testículo asociado a atrofia parenquimatosa, con posible recurrencia de enfermedad.

CONCLUSIONES: el tumor miofibroblástico paratesticular es una entidad rara sobre la que existe gran confusión en su definición y etiopatogenia. Se trata de un proceso que confunde al clínico al aparecer simulando neoplasias ocasionando tratamientos quirúrgicos radicales, que podrían evitarse si se realizase un correcto diagnóstico preoperatorio, y/o con biopsias intraoperatorias.

P-22 CUERPO EXTRAÑO INTRAVESICAL: UN RETO ETIOLÓGICO

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

Servicio Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

RESUMEN: Los cuerpos extraños intravesicales son infrecuentes. Pueden ser de dos tipos: iatrogénicos por migración de materiales no reabsorbibles como material quirúrgico o dispositivos terapéuticos ubicados en otras vísceras huecas vecinas, o pueden ser introducidos voluntariamente por pacientes que generalmente padece trastornos psiquiátricos o con fines masturbatorios.

Presentamos un caso de un paciente con clínica miccional irritativa de meses de evolución que muestra una masa litiasica intravesical durante una exploración ecográfica. Durante la litotricia endoscópica con laser se encuentra un material cerúleo tras una fina capa de material calcáreo. Los pulsos de laser de holmio dejan al descubierto una estructura de fibras algodonosas entrelazadas. Tras la litotricia y descomposición del cuerpo extraño se extraen 10 cm de un cordón de algodón recubierto por una estructura tubular que recuerda a la parafina. Tras una profunda anamnesis el paciente asumió la introducción voluntaria de una vela a través de la uretra.

P-23 LA IMPORTANCIA DE EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA INCONTINENCIA URINARIA: UROCOLPOS

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

Servicio Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

RESUMEN: Presentamos reseña bibliográfica y un caso de urocolpos en una mujer de 82 años que presenta micciones por rebosamiento e infecciones de orina repetidas que previamente había presentado una sinequia vulvar tratada mediante adhesiolisis y terapia estrogénica.

La sinequia vulvar en las mujeres postmenopausicas, es también conocido como urocolpos, término acuñado por la similitud al hematocolpos. Es una patología benigna de etiología incierta que se ha visto asociada a estados de hipoposterogenismo, que podría asociar daños epiteliales por atrofia epitelial. Esta situación provoca incontinencia urinaria por rebosamiento a través de pequeños orificios, elevados residuos postmiccionales y repetidas infecciones urinarias. El tratamiento inicial en casos incipientes supone la aplicación de pomadas de estrógenos durante 1-4 semanas. Para casos más severos la corrección quirúrgica es el tratamiento de elección con tasas de 10-15% de recurrencias.

VÍDEOS

V-1 VARICOCELE, TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN NIÑOS

*Cabrejos Perotti K, Zambudio Carmona G, Guirao Piñera MJ, *Moreno Alarcón C, Ruíz Jiménez JI. Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

El varicocele es la principal causa de infertilidad corregible. En el niño, el varicocele es asintomático y se descubre porque el niño, los padres o el pediatra notan un aumento del tamaño del escroto. Afecta al 15% de los adolescentes y está presente en el 80% de los adultos con infertilidad.

La indicación para el tratamiento en el niño o adolescente es el varicocele grado III que presenta asimetría en el tamaño testicular.

El tratamiento se basa en la ligadura de los vasos venosos espermáticos internos.

La oclusión angiográfica retrógrada de la vena espermática presenta una tasa de persistencia del varicocele del 20%, la ligadura quirúrgica subinguinal presenta un 3-8% de persistencia del varicocele y riesgo del 1% de lesión de la arteria espermática con atrofia testicular.

La ligadura retroperitoneal alta presenta, sin embargo, presenta una tasa de curación de más del 95% y la inclusión de la arteria espermática en la ligadura a este nivel no presenta efectos nocivos sobre el testículo. Sin embargo, la inclusión de los linfáticos en la ligadura "en masa" del cordón, sí tiene repercusión clínica porque ocasiona un 20% de hidroceles. Para evitar la aparición de hidrocele se ha aconsejado la inyección de un colorante en escroto que permita identificar y conservar los linfáticos durante la cirugía.

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento del varicocele en niños (adolescentes) mediante una técnica laparoscópica conservadora de linfáticos.

V-2 PIELOPLASTIA DESMEMBRADA LAPAROSCOPICA CON ANASTOMOSIS TIPO VAN VELTHOVEN

Leandro Sala; Javier Urrutia Alonso; Nazmi Issa Khozouz, Fernando Espósito. Servicio de Urología, Hospital de Baza, Granada. * Servicio de Cirugía General, Hospital de Baza, Granada. España.*

La Pieloplastia Laparoscópica es un procedimiento reconstructivo de cierta complejidad técnica, en la que la estanqueidad y permeabilidad de la anastomosis son objetivos prioritarios. La elección de la técnica para su confección está dada por las preferencias del cirujano.

Presentamos la técnica de sutura continua con un sólo nudo intracorpóreo descrita por el belga Van Velthoven y posteriormente adaptada por Clayman y cols. para la anastomosis pieloureteral laparoscópica.

V-3 HIPOSPADIAS SEVEROS PROXIMALES, CORRECCIÓN EN UN TIEMPO. TÉCNICA DE KOYANAGI MODIFICADA

**Moreno Alarcón C, Zambudio Carmona G, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, Ruíz Jiménez JI. Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

Afortunadamente los hipospadias severos de localización penoescrotal o interescrotal son menos frecuentes que los de localización más distal, pero representan un reto para el cirujano por la presencia de una incurvación severa, ausencia de una placa uretral que pueda incorporarse a la uretroplastia y la presencia de un gran defecto cutáneo ventral tras el enderezamiento, que presenta problemas de cobertura cutánea.

Tradicionalmente estos pacientes son tratados mediante técnicas en dos tiempos, con una primera fase de enderezamiento y cobertura cutánea dejando el meato escrotal y un segundo tiempo de uretroplastia.

Koyanagi describió en 1993 una técnica en un tiempo basado en colgajos de vascularización solo para meatal pero que presentaba un alto índice de complicaciones.

En 1994 Snow y Cartwright y Hayashi en 2001 publican una modificación de la técnica de Koyanagi manteniendo la vascularización del colgajo pasando el pedículo a la cara ventral mediante la maniobra del button-hole en la base del pedículo con una importante mejora en los resultados.

Presentamos un vídeo explicativo de la técnica y nuestra experiencia en los 20 pacientes en que hemos realizado esta intervención en los últimos 10 años.

V-4 GENITOPLASTIA FEMINIZANTE CONSERVADORA DE CUERPOS CAVERNOSOS Y CLÍTORIS

*Zambudio Carmona G, Guirao Piñera MJ, Cabrejos Perotti K, *Moreno Alarcón C, Ruíz Jiménez JI. Servicio de Cirugía Pediátrica. *Servicio Urología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

El manejo del paciente con desorden del desarrollo del sexo (DSD) es controvertido. La genitoplastia feminizante que se realiza en estos pacientes suele incluir: descenso del seno urogenital, vaginoplastia, escisión de los cuerpos cavernosos, reducción del tamaño del clítoris y vulvoplastia.

El consejo de la American Academy of Pediatric Guideline es realizar la genitoplastia entre los 2-6 meses de edad, porque a estas edades existen ventajas técnicas de elasticidad de los tejidos para la realización de la intervención y porque el niño desarrolla una mejor autoestima si crece corregido.

Sin embargo hay asociaciones de pacientes que solicitan que cualquier operación no médicamente necesaria en estos pacientes sea pospuesta hasta que el paciente fuese lo suficiente mayor para dar su consentimiento. Las principales críticas a la cirugía son la posible reducción en la sensibilidad del clítoris y la irreversibilidad de la intervención, dada la posibilidad de desacuerdo del paciente adulto con el sexo asignado en la infancia y un posible deseo futuro de cambio de sexo.

Pippi Salle presentó en 2007 una serie de 8 pacientes con DSD de diferentes etiologías, operados de genitoplastia feminizante con reducción del clítoris sin resección de tejido clitoroideo y la conservación de los cuerpos cavernosos, que son enterrados en el espesor de la grasa de los labios mayores, se mantiene así, al menos teóricamente, la posibilidad de reversibilidad de la intervención.

Nosotros hemos empleado esta técnica en 3 pacientes consecutivos afectados de hiperplasia suprarrenal congénita con seno urogenital bajo.

Presentamos el vídeo de uno de los casos donde se muestran y comentan los detalles de la técnica.

V-5 RESECCIÓN CON LÁSER HOLMIO DE TUMOR EN PELVIS RENAL

Cristóbal Moreno Alarcón, Mariano Rigabert Montiel, José C. Ruiz Morcillo, Edgar H. Olarte Barragán, Cindy P. Pinzón Navarrete, Pablo F. Gutiérrez Gutiérrez, Guillermo A. Gómez Gómez.. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Abstract: Mujer de 72 años con antecedentes de talla baja; nefroureterectomía laparoscópica derecha 10 años antes por tumor urotelial en pelvis renal (resultado anatomopatológico: T1-GII) y resección transuretral de tumor vesical 9 años antes (resultado anatomopatológico: Ta-GII). Hace 4 años antes de este caso una crisis renoureteral izquierda por la que se realizó ureteroscopia rígida, que no evidenció tumor urotelial en el trayecto ureteral ni en pelvis renal. Este año debido a un episodio de hematuria macroscópica se realiza urografía intravenosa que muestra un defecto de repleción a nivel de pelvis renal izquierda. Mediante tomografía computerizada helicoidal (fig. 1) se confirma la presencia una masa en cara posterior de pelvis renal izquierda que capta contraste de 2,3 cm de diámetro sin signos de infiltración ni metástasis abdominales. Realizamos ureterorenoscopia (URS) rígida que, debido la condición de mujer y su talla baja, permite la exploración de toda la vía urinaria intrarrenal, evidenciando únicamente un tumor urotelial de aspecto papilar. Tras obtener una biopsia fría (resultado anatomopatológico: Ta de bajo grado con algunas zonas de alto grado) procedemos a la resección de la masa con láser Holmio. Repetimos la tomografía computarizada a los 3 meses y la URS a los 6 meses no encontrando signos de tumores nuevos ni residuales.

V-6 EXTIRPACIÓN DE TUMOR DE PENE Y BIOPSIA SELECTIVA DE GANGLIO CENTINELA

Cristóbal Moreno Alarcón, Cindy P. Pinzón Navarrete, Gerardo Server Pastor, Edgar H. Olarte Barragán, José C. Ruiz Morcillo, Guillermo Gómez Gómez, Francisco Nicolás Ruiz. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Presentamos el caso de un varón de 57 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que refiere palpase desde su juventud adenopatías inguinales bilaterales y consulta por una lesión indurada, ulcerada en prepucio que impide su retracción. Se confirma la palpación de adenopatías inguinales bilaterales, se realiza un estudio con TC que descarta extensión abdominal y se realiza unas 24 horas antes de la intervención la inyección intratumoral de Tc99 Nanocoloide y una linfografía que localiza un ganglio centinela único en la cadena inguinal izquierda. Procedemos a la circuncisión y la biopsia selectiva del ganglio centinela, presentando márgenes libres en la pieza filiada como carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado (T1a) sobre balanitis xerótica obliterante y el ganglio centinela negativo para metástasis. Ante la escasa evidencia científica y los débiles grados de recomendación sobre un caso como éste en las guías clínicas, consideramos que puede dar pie a un debate sobre el manejo de esta neoplasia tan poco prevalente.

V-7 LINFADENECTOMÍA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA

Montoya Chinchilla Raúl, Hita Villaplana Gregorio, Rosino Sánchez Antonio, Pietricica Bogdan, Milanés Maquilon M^a Victoria, Cano García María del Carmen, Hidalgo Agulló Guillermo, Reina Alcaina Leandro, Romero Hoyuela Antonio, Izquierdo Morejón Emilio, Fernández Aparicio Tomás, Miñana López Bernardino.
Servicio Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

RESUMEN: El riesgo de recaída durante el seguimiento de seminomas testiculares en estadio I tratados mediante orquiectomía radical está entre el 6-20% a los 5 años. En un 29% de los casos la recidiva aparece tras los 12-18 meses, siendo los ganglios paraaórticos los más frecuentemente afectados. En estos casos la resección de masa tumoral debe realizarse tras la inducción quimioterápica en base cisplatino.

Presentamos un caso de un varón de 41 años diagnosticado en 2008 de seminoma testicular tras una orquiectomía radical, que presenta a los 30 meses de la intervención una masa de 1,9 cm paraaórtica izquierda bajo la arteria renal. Se realiza linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica tras quimioterapia en base Cisplatino-Etoposido. La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica es posible técnicamente y debería ser la técnica de elección en servicios con alta experiencia laparoscópica frente al abordaje abierto clásico.

V-8 URETEROPLASTIA EN URETER RETROCAVO

Montoya Chinchilla Raúl, Hita Villaplana Gregorio, Rosino Sánchez Antonio, Pietricica Bogdan, Milanés Maquilon M^a Victoria, Cano García María del Carmen, Hidalgo Agulló Guillermo, Reina Alcaina Leandro, Romero Hoyuela Antonio, Izquierdo Morejón Emilio, Fernández Aparicio Tomás, Miñana López Bernardino.
Servicio Urología. Hospital General Universitario Morales Meseguer. Murcia

RESUMEN: El uréter retrocado o circuncavo es una patología congénita llamada así por su aspecto morfológico característico a pesar de su origen embriológico (siendo el verdadero problema de la entidad el desarrollo de una vena cava inferior preureteral). La incidencia estimada de esta malformación es de 1 de cada 1500 nacidos. La clínica derivada de la obstrucción al vaciamiento ureteral suele aparecer a partir de la 3^a o 4^a década de vida. El tratamiento de elección es la sección del uréter retrocado (con o sin escisión del segmento ureteral que puede ser aperistáltico) realizando anastomosis ureteroureteral o ureteropélvica según la altura de la estenosis. Durante los últimos 20 años, tan sólo han sido descritos unos 50 casos tratados de forma laparoscópica.

Presentamos un caso de un varón de 28 años con vena cava preureteral y ureterohidronefrosis grado III/IV del riñón derecho con función renal conservada diagnosticado de manera incidental. Se realizó ureteroplastia laparoscópica con resección del uréter retrocavo y tutorización ureteral mediante catéter doble J.

V-9 PRIMER PROCEDIMIENTO LAPAROENDOSCOPICO POR PUERTO ÚNICO (LESS) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR

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

RESUMEN: Con el paso de los años, la cirugía ha estado marcada por un constante progreso. Las técnicas quirúrgicas y los equipos técnicos se han optimizado, con el objetivo de que estas intervenciones resulten lo más seguras y sencillas posible para el paciente: o cirugía LESS (Laparo Endoscopy Single- Site Surgery) representa el avance más reciente en el desarrollo de técnicas quirúrgicas y es una . Ahora, con la cirugía LESS, se puede realizar toda la intervención quirúrgica a través de una pequeña . De este modo, la invasividad de la intervención se puede reducir notablemente, al tiempo que se mejora el resultado estético: sólo queda una pequeña cicatriz, que normalmente queda oculta en el ombligo y resulta prácticamente invisible.

Presentamos el primer procedimiento que hemos hecho en nuestro Hospital, para lo que hemos elegido un procedimiento que tuviera un riesgo “asumible”; hemos seleccionado un varón de 40 años con una criptorquidia derecha diagnosticado clínicamente y en estudio de RMN se objetivó la gónada intrabdominalmente.

Se ha podido hacer la técnica sin ningún tipo de incidencias y probablemente sea este tipo de pacientes un buen modelo para adquirir la destreza en esta técnica y así realizar una curva de aprendizaje ascendente y segura. En el futuro esperamos progresar con otro tipo de diagnósticos.

Apertura del servicio de Urología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

El Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor (HULAMM) fue inaugurado oficialmente el pasado 17 de Marzo de 2011, presta servicio al Área de Salud VIII Mar Menor de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, que engloba a los municipios de San Javier, San Pedro del Pinatar, Torre Pacheco y Los Alcázares y a todos aquellos que vivan en dicha zona y no estén censados, así como a la población flotante estival. Nuestra área sanitaria actualmente tiene 107.000 habitantes, 16.000 cartillas de residentes extranjeros, y no censados estimados en unos 10-15.000 habitantes (extranjeros la mayoría) y una población flotante estival de unos 250.000.

La plantilla estructural del Servicio de Urología del HULAMM está constituido por 4 Facultativos Especialistas de Áreas (FEAs) y 1 Jefe de Servicio en su diseño inicial. Actualmente, constituimos este proyecto: Beatriz Honrubia Vilchez, Gloria Doñate Iñiguez, Alejandro Maluff Torres y Pablo L. Guzmán Martínez-Valls, siendo el valor de cada uno de ellos el ser "buenos y bien formados profesionales" y aún más, "mejores personas"; debido a la política de contención del gasto público, nuestra plantilla ha sido limitada a 3 FEAs + 1 Jefe de Servicio al iniciar la andadura; en función de la demanda, de las necesidades y de la capacidad económica de la Administración nuestra plantilla se completará en un tiempo no lejano hasta lo previsto e incluso superándola.

Nuestros Objetivos parten de desarrollar una permanente actividad científica de calidad, buscando la Excelencia, garantizar una formación adecuada de sus miembros y defender la dignidad del usuario, para eso buscamos la participación e implicación de los profesionales y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y por supuesto el apoyo e intercambio del conocimiento con los demás Servicios de Urología y del resto de especialistas.

La misión específica consiste en promocionar y satisfacer las necesidades de Salud Urológica del Área VIII (San Javier, San Pedro del Pinatar, Los Alcázares y Torre Pacheco) de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, proporcionando un servicio apropiado, en el momento adecuado, que deje al paciente satisfecho y a un coste razonable para el Sistema

En relación con los Recursos Materiales, están los estructurales inmuebles y el equipamiento específico. El Área de Consultas Externas, corresponde al espacio C12 en el primer piso del HULAMM (www.conectadosconnuestra.mejorsanidad.es hay una visita virtual), consta de 2 Salas de Consulta Externa Médica, una Consulta de Educación Sanitaria con sala de Curas y tecnología para completar la realización de Consulta de "Visita Única o Alta Resolución", dos despachos, una sala de reuniones/sesiones /aula, un baño, una sala de estar, Gabinete de Endourología y su aparataje, Gabinete de Ecografía Urológica y pruebas funcionales con su tecnología, tres almacenes; y dos espacios destinados a futuro Hospital de día y Gabinete de Urodinámica.

El Quirófano de Urología es el número 5, las mesas, lámparas y las torres son Maquet y el equipamiento de las mismas: laparoscópico y de imagen es STRYKER, los quirófanos son "inteligentes" y totalmente integrados; el material de endourología es WOLF, disponemos de generador Valleylab Force Triad con software bipolar, Gyrus para cirugía endoscópica bipolar y laparoscópica, Bisturí armónico Ultrasonic, Laser Holmium 100W, Litoclash Master neumático/ultrasónico y Cajas específicas para todo tipo de cirugía urológica abierta y laparoscópica.

El Quirófano local está dentro del Área de Hospital Quirúrgico de día que dispone de 18 camas, en donde aparte están los pacientes en régimen de CMA

La planta de Hospitalización está en la Unidad 22 (U22) con una asignación de 9 camas. Hasta que no se ponga en marcha el Hospital de día específico de Urología, las técnicas que precisen Hospital de día como Instilaciones y tratamientos especiales se llevan a cabo en el Hospital de día Médico del centro que dispone de 18 puestos.

Nuestra cartera de Servicios ofrece todas las prestaciones a excepción del Transplante Renal en su faceta de implantador y por ahora el estudio Urodinámico.

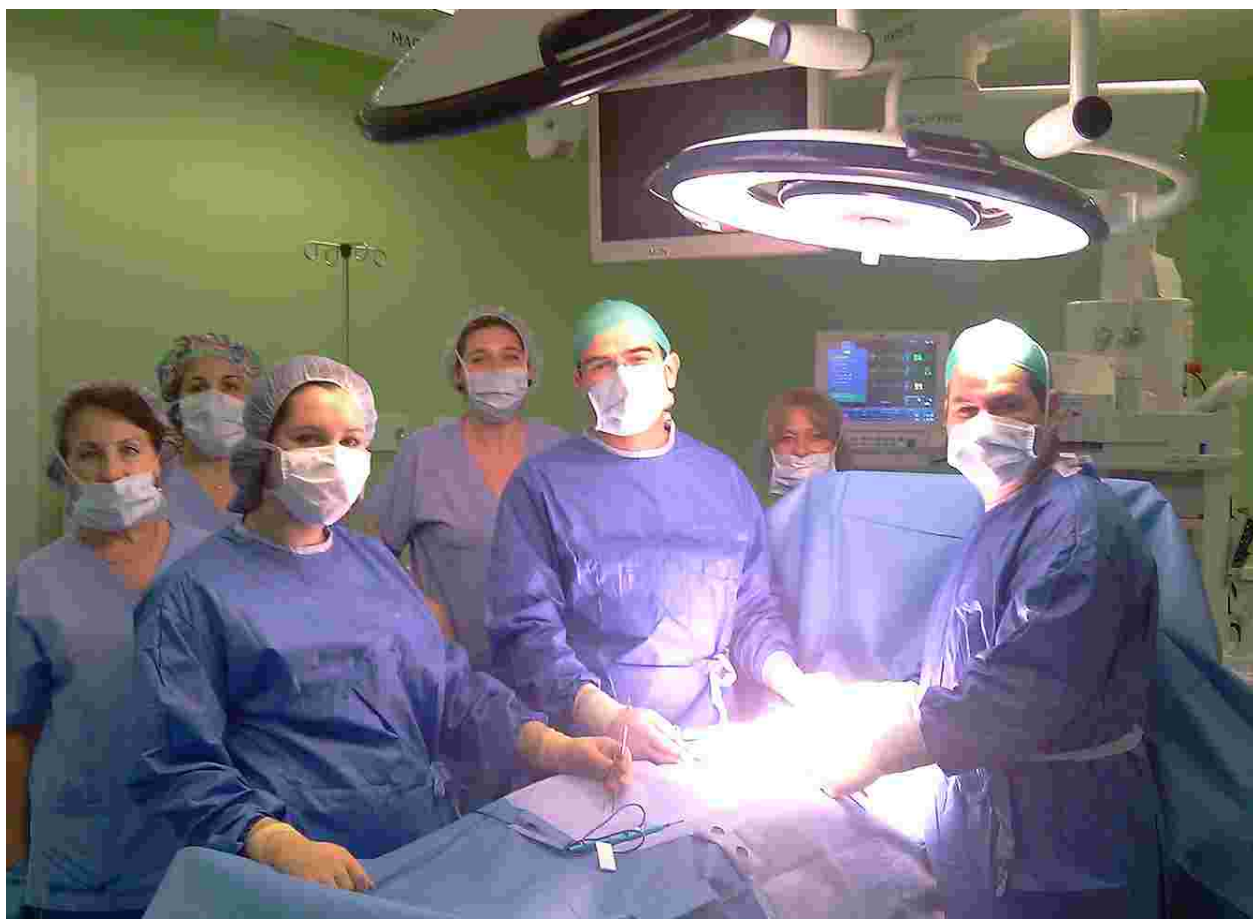
El Servicio de Urología fue el primer Servicio en abrir sus Consultas junto con otros seis el pasado 21 de Febrero y ha tenido el privilegio de ser el primero también junto con el Servicio

de Traumatología de realizar la primera jornada quirúrgica programada del HULAMM el Martes día 15 de Marzo.

Nos ponemos en marcha con la ilusión de un gran proyecto, de estar rodeados de grandes profesionales, de mejores personas, de una magnífica tecnología, de un hospital totalmente informatizado, un hospital de futuro y con el siempre respeto a los pacientes y a los compañeros. Esperamos contar con TODOS VOSOTROS y nos ponemos a vuestra disposición para cualquier cosa que estiméis oportuno.

Servicio de Urología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

urolosarcos@gmail.com



Primera cirugía del Servicio de Urología y del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor

Actividades científicas en las que han participado miembros de la AMU en 2011

JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO LOS ARCOS DEL MAR MENOR (HULAMM). 18 de JUNIO DE 2011

Con motivo de la apertura del nuevo Servicio de Urologías del HULAMM organizamos el pasado día 18 de Junio unas Jornadas de Puertas Abiertas para dar a conocer el Servicio de Urología y el Hospital, y poder intercambiar experiencias y que nos permitan conseguir un trabajo "bien hecho", para ello contamos con una cirugía en directo: Nefrectomía Parcial Laparoscópica que fue retransmitida al Salón de Actos del Centro, realizada por el Dr. Antonio Rosales Bordes, Jefe Clínico de la Fundación Puigvert de Barcelona y a continuación se celebró una Mesa Redonda de Actualización en Cáncer Renal, participando en la misma el Dr. José Manuel Cozar, Jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y Vocal de Actividades Científicas de la Asociación Española de Urología que habló sobre el papel de la angiogénesis en el cáncer renal, el Dr. Pedro López Cubillana, Tutor docente y Facultativo Especialista de Área del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia sobre las indicaciones quirúrgicas en el Cáncer renal, el Dr. Bernardino Miñana López, Jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia y Coordinador Nacional de Oncología de la Asociación Española de Urología, sobre el estado actual de la Nefrectomía en el cáncer renal avanzado y metastásico y el propio Dr. Antonio Rosales Bordes sobre cirugía parcial laparoscópica, todo ello coordinado por el Dr. Pablo L.Guzmán Martínez-Valls, Jefe de Servicio de Urología del Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor.

Tras la cual, se realizó una visita guiada al Hospital.



Premio Server Falgás 2010

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. O. Fontana Compiano.

Servicio de Urología. Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

INTRODUCCIÓN

La tomografía helicoidal computerizada (TC) sin contraste, por su velocidad, seguridad y exactitud, es el método de elección en la evaluación de pacientes con sospecha de cálculo en el tracto urinario¹. La utilización generalizada de la TC para el diagnóstico de litiasis se debe en gran parte a su capacidad para localizar rápidamente la litiasis en cuestión, medir su tamaño, e informar al médico de las complicaciones asociadas, tales como la hidronefrosis.

Un gran número de investigadores han estudiado la utilidad de la TC en predecir la composición del cálculo urinario²⁻¹¹. En general, la TC se puede utilizar para distinguir litiasis compuestas por ácido úrico de las compuestas principalmente por calcio. Sin embargo, la cuestión de si la TC puede distinguir entre las piedras compuestas de sales de calcio diferentes, es un área de investigación abierta.

Actualmente se están realizando trabajos en los que se estudia con TC la composición del cálculo, correlacionando posteriormente las unidades Hounsfield (UH) con la rotura de la litiasis mediante litotricia extracorporea por ondas de choque. Por lo tanto, 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 para ese cálculo.

El presente estudio se ha realizado con la intención de correlacionar la densidad radiológica de los cálculos en 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 el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia entre marzo 2006 y agosto 2010. Se excluyeron aquellos pacientes que no tenían estudio de la



Figura 1: medición densidad de litiasis.

composición del cálculo y aquellos en los que no se realizó TC. Se contactó vía telefónica con todos aquellos pacientes que tenían TC pero que no tenían estudiada la composición del cálculo, para de esa forma solicitar la litiasis y poder analizarla.

Las TC se realizaron mediante un tomógrafo Philips, modelo Brilliance de 16 cortes. El estudio fue in vivo realizando cortes de 3 mm con 120 kilovoltios.

La densitometría-TC se realizó utilizando el programa RISWebLink (Figura 1). 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. Aquellas litiasis con composición mixta, se consideraba que estaban formadas por el material que más densidad tuviera en estudios realizados por otros autores.

Mediante el programa informático SPSS se utilizó un test de Brown-Forsythe y las pruebas de Games-Howell con las que se realizó comparaciones múltiples entre las distintas UH de los cálculos.

RESULTADOS

Un total de 47 pacientes fueron incluidos en el estudio tras comprobar que tenían TC y análisis de la composición del cálculo. Del total, 21 mujeres (44%) y 26 hombres (56%). La edad media fue de 50 años.

Las litiasis, en el grupo que medimos 1/3 de la superficie litiásica (Figura 2 y Tabla 1), 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), 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). No se obtuvo ninguna litiasis de fosfato amónico magnésico.

El análisis estadístico mostró diferencias estadísticamente significativas en las densidades medias de:

- oxalato cálcico y ácido úrico ($p=0.02$).
- ácido úrico monohidrato y oxalato cálcico monohidrato ($p=0$).
- ácido úrico monohidrato y oxalato cálcico dihidrato ($p=0.06$).
- ácido úrico dihidrato y oxalato cálcico monohidrato ($p=0$).
- ácido úrico dihidrato y oxalato cálcico dihidrato ($p=0.21$).

Las litiasis, en el grupo que medimos la superficie total litiásica, fueron de menor a mayor densidad: 7 de ácido úrico monohidrato con densidad media de 479.42 UH (rango 372 – 574 UH), 5 de ácido úrico dihidrato con densidad media de 536.4 UH (rango 421 – 609 UH),

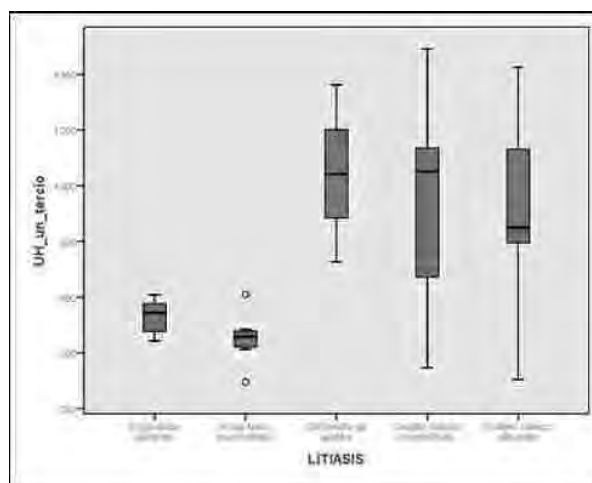


Figura 2: densidades litiasis con 1/3 de superficie.

	N	Media	Mínimo	Máximo
Ácido úrico monohidrato	7	451,43	295	610
Ácido úrico dihidrato	5	529,40	443	608
Oxalato cálcico dihidrato	10	912,60	304	1425
Oxalato cálcico monohidrato	21	945,90	346	1491
Carbonato de apatita	3	1043,33	727	1362
Total	46	824,50	295	1491

Tabla 1: UH de las litiasis con 1/3 de superficie.

1 de cistina con densidad de 753 UH, 10 de oxalato cálcico dihidrato con densidad media de 781 UH (rango 353 – 1236 UH), 21 de oxalato cálcico monohidrato con densidad media de 821.61 UH (rango 346 – 1341 UH) y 3 de carbonato de apatita con densidad media de 946.33 (rango 636 – 1277 UH).

No se encontró grandes diferencias al realizar el análisis con el total del área de la litiasis, excepto que no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el oxalato cálcico dihidrato y el ácido úrico monohidrato.

CONCLUSIONES

La TC además de su alta precisión diagnóstica en la evaluación del dolor agudo en flanco,

puede ser utilizada para predecir la composición del cálculo in vivo. Es capaz de diferenciar los tipos más comunes de litiasis por las medias de unidades Hounsfield.

Con esta utilidad no sólo hacemos el tratamiento de la litiasis más eficaz sino que además evitamos procedimientos infructuosos, como puede ser tratar con LEOCH aquellos cálculos con densidades muy elevadas.

Sin embargo, y como se aprecia en la literatura, la TC no puede distinguir todos los tipos de litiasis.

Grandes estudios clínicos son necesarios para evaluar este procedimiento de manera más precisa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heidenreich A, Desgrandschamps F, Terrier F. Modern approach of diagnosis and management of acute flank pain: Review of all imaging modalities. *Eur Urol.* 2002;41:351-362.
2. Demirel A, Suma S. The efficacy of non-contrast helical computed tomography in the prediction of urinary stone composition in vivo. *J Int Med Res.* 2003;31:1-5.
3. Kuwahara M, Kageyama S, Kurosu S, et al. Computed tomography and composition of renal calculi. *Urol Res.* 1984;12:111-113.
4. Pareek G, Armenakas NA, Fracchia JA. Hounsfield units on computerized tomography predict stone-free rates after extracorporeal shock wave lithotripsy. *J Urol.* 2003;169:1679-1681.
5. Motley G, Dalrymple N, Keesling C, et al. Hounsfield unit density in the determination of urinary stone composition. *Urology.* 2001;58:170-173.
6. Nakada SY, Hof f DG, Attai S, et al. Determination of stone composition by noncontrast spiral computed tomography in the clinical setting. *Urology.* 2000;55:816-819.
7. Mitcheson HD, Zamenhof RG, Bankoff MS, et al. Determination of the chemical composition of urinary calculi by computerized tomography. *J Urol.* 1983;130:814-819.
8. Newhouse JH, Prien EL, Amis ES Jr, et al. Computed tomographic analysis of urinary calculi. *AJR Am J Roentgenol.* 1984;142:545-548.
9. Mostafavi MR, Ernst RD, Saltzman B. Accurate determination of chemical composition of urinary calculi by spiral computerized tomography. *J Urol.* 1998;159:673-675.
10. Saw KC, McAteer JA, Monga AG, et al. Helical CT of urinary calculi: Effect of stone composition, stone size, and scan collimation. *AJR Am J Roentgenol.* 2000;175:329-332.
11. Zarse CA, McAteer JA, Tann M, et al. Helical computed tomography accurately reports urinary stone composition using attenuation values: In vitro verification using high-resolution micro-computed tomography calibrated to Fourier transform infrared microspectroscopy. *Urology.* 2004;63:828-833.



Dr. D. José Ferrero Velasco

Natural de San Pedro del Pinatar, nació el diecisiete de marzo de mil ochocientos noventa, hijo del Dr. D. Miguel Ferrero, médico titular de la localidad, y de D^a Isabel Velasco. A los 11 años marchó a estudiar a Madrid donde hizo el bachillerato, cursó la licenciatura de Medicina y Cirugía en la Universidad de San Carlos (1906-1913) y fue alumno interno en la cátedra de Patología Quirúrgica con el Dr. Ortiz de la Torre (1858-1928)¹. Una vez obtenido el título, fue profesor del Instituto de Medicina Legal y Toxicología, creada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid (1914) como centro docente de investigación científica de Medicina Legal, por nuestro paisano de La Unión e insigne personalidad de la Medicina murciana, el catedrático de dicha disciplina D. Tomás Maestre Pérez (1857-1936).

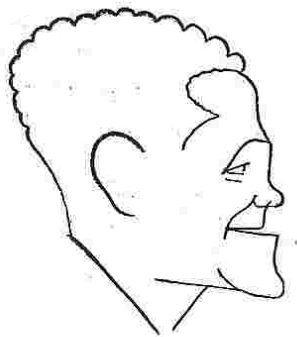
Viajó a París para ampliar estudios (1914) y donde asistió a las clínicas quirúrgicas de la

Facultad de Medicina de la Sorbona y se especializó en Urología, con el Dr. Félix Legueu. A consecuencia de la primera guerra mundial trabajó como cirujano en el Hospital Español, fundado por el Rey Alfonso XIII en el distrito de Neuilly, en la capital francesa, donde atendió a los heridos de guerra, con lo que adquirió una sólida preparación quirúrgica. Por su destacada actuación fue condecorado por el Gobierno francés con la Legión de Honor y con la Orden en grado de Oficial de Instrucción Pública de Francia y, por el español, con la Gran Cruz del Mérito Militar.

A su regreso a España (1920) prosiguió su actividad en el Instituto de Medicina Legal, fue ayudante de la cátedra de Patología Quirúrgica III y jefe del servicio de Urología del Hospital San Luis de los Franceses (1923-1931)². En 1931 el Dr. D. Gregorio Marañón (1887-1960), de quien era muy amigo y le invi-

1. Primer cirujano que en España hizo una sutura del corazón y fue el fundador de la sala de cirugía infantil en el Hospital Provincial (actual Gregorio Marañón) de Madrid.

2. Fundado en 1615 por el Capellán de Honor de Felipe III, el nombramiento de sus administradores lo hacían conjuntamente el Rey de España y la corona de Francia. Durante el reinado de Isabel II, atendía a los peregrinos franceses. En 1880 se trasladó a la calle Claudio Coello, ubicado donde actualmente se encuentra el Teatro del Príncipe.



Caricatura del Dr. Ferrero, 1928

taba a su cigarral de Toledo, creó el Instituto de Patología Médica y le nombró encargado de la consulta de Urología fue, también, urólogo de la Asociación de la Prensa de Madrid. Durante la Guerra Civil sirvió como cirujano de la Marina española con el grado de capitán en la plaza de Melilla y en el Hospital Militar de Palma de Mallorca. Al terminar la contienda fue galardonado con la Cruz Roja del Mérito Militar y con la medalla al Comportamiento y el Gobierno italiano lo honró con la Cruz de la Corona de Italia.

Incorporado a su puesto en el Instituto del Dr. Marañón, fue también designado jefe del servicio de Urología de la Clínica del Trabajo del Instituto Nacional de Previsión, además de proseguir con su labor urológica en la Asociación de la Prensa hasta su retiro (1960).

Casado con una parisina, no tuvieron hijos, viajaba frecuentemente al país vecino donde conservaba el contacto con sus colegas y se mantenía al día de los avances de la especialidad, era socio corresponsal de la Francesa de Urología y asistía regularmente a sus congresos. Tras su jubilación, y dado el gran cariño que le tenía a su tierra, se refugió en San Pedro del Pinatar donde se construyó un chalet al comienzo de la carretera de las Salinas. Hombre de semblante serio, carácter abierto y trato afable, el matrimonio mantenía una sencilla relación social, él sostenía tertulia con el farmacéutico, a quien le unía una buena amistad y con el practicante, Sr. D. Juan Villaescusa, que le atendía en una crónica dolencia de piernas. Su vida transcurría plácidamente en su ciudad natal en la que deseaba acabar sus días pero las circunstancias le obligaron, con ochenta y

un años, a ingresar en una residencia de ancianos en la localidad madrileña de Aranjuez, en la que primero falleció su esposa y posteriormente él, sin que conozcamos la fecha (las últimas referencias suyas que hemos localizado son de 1974).

Miembro de la Asociación Española de Urología (1920) participó en las Sesiones Científicas mensuales en la de diciembre de 1923 expuso «Dos casos de cistitis por cuerpo extraño» y en sus congresos, en el VI Nacional celebrado en Madrid (1923) presentó la comunicación «Tratamiento de la gonococia con vacunas», en el VII (1924) «Extracción de cálculos del uréter por vías naturales» y en el IV Hispano-Portugués y X Nacional de Urología en Cádiz (1935) «Invisibilidad radiográfica de algunos cálculos renales». Nombrado Hijo Predilecto de San Pedro del Pinatar el 12 de febrero de 1960 con entrega del diploma el 14 de noviembre de 1966 y se rotuló con su nombre una céntrica calle de la población.

Como anécdota recogemos que operó de próstata al ministro de Asuntos Exteriores del gobierno de Franco, D. Alberto Martín Artajo (1905-1979), y también que, tras conocer los trabajos de Voronoff sobre trasplante de testículo, refería que intervino, con la técnica del ruso, a un paciente hipogonádico por hipoplasia testicular, con voz atiplada, quien, unos años más tarde, adquirió un tono varonil.

M. Pérez Albacete



El Dr. Bastos, ilustre urólogo portugués, acompañado de los doctores Ferrero, Miraved, Camiña, Pascual, Alcina, Coca y Sr. Valdés, en el Instituto de Medicina Legal; director, Profesor Maestre. (Noviembre 1923).

La uretrectomía electrolítica

Mariano Pérez Albacete

Presentamos, en la portada de este boletín, una artística lámina del catálogo médico de la casa Porges de 1906, cedido amablemente por nuestro compañero D. Diego Castillo Cegarra, en la que se recogen distintos tipos de uretrotomos de acción electrolítica. Dado que constituye un instrumental desconocido para la mayor parte de los jóvenes urólogos, efectuamos una búsqueda bibliográfica sobre el tema, además de hacer una revisión histórica de este tipo de cirugía junto con la explicación del material expuesto.

Describen en sus obras los profesores de Urología de la Facultad de Medicina de la Sorbona Dres. Félix Legueu, urólogo del Hospital Necker, *Tratado Médico Quirúrgico de las Vías Urinarias*, editado en París en 1911 y G. Marión, urólogo del Hospital de Laborisieu, *Técnicas Quirúrgicas*, de 1912, el concepto y el modo de realizar la electrolisis para tratar las estenosis de uretra, sus diferentes métodos y los aparatos de uso en cada uno. Se distinguen tres modos diferentes de tratamiento mediante el uso de la corriente eléctrica.

La electrolisis circular uretral, instituida en 1886 por el francés Mallez y divulgada por el Dr. Robert Newmann (1840-1903), de Nueva York, su objetivo principal es distribuir por la superficie de la estenosis una corriente eléctrica continua de baja intensidad, que, si es de paso rápido, produce una uretrectomía completa que permite la introducción de un uretrotomo. Cuando es de paso débil prepara para la dilatación, para la cual utiliza una serie de bujías con olivas graduadas de metal del calibre número 9 al 20 del profesor Guyon (nº 75 del catálogo), con objeto de repartir por toda la superficie de la zonaestenótica la corriente de baja intensidad. Esta técnica fue usada también por el Dr. M. Alcayde con su modelo (nº 275) y por el Dr. Bordier con su bujía electrolítica (nº 375).

La electrolisis lineal sustituye la lámina cortante del uretrotomo por la cauterización electrolítica. El paso de la corriente continua provoca una lesión del tipo de agresión química con una tunelización de la estenosis. Es la manejada por el Dr. Le Fort León (1829-1893), profesor de Cirugía en la Universidad de París y cirujano del Hôtel Dieu, quien, por medio de un dilatador filiforme al que enrosca una bugía con asa de platino de

medio arco y tamaño variables (nº 76 y 76 bis), hace pasar una corriente de intensidad de 10 miliamperios durante tres minutos para realizar un corte simple. El electrolizador, también del Dr. Le Fort, de doble lámina se adapta al dilatador, con lo que realiza una electrolisis bilineal (nº 176 y 176 bis). En el XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1903 (Actas del Congreso págs. 86), expuso su experiencia en 50 casos tratados de estenosis uretrales y esofágicas que fue muy criticada por los Dres. Albarrán, Pasteau, Bartrina y Suárez de Mendoza, debido a los accidentes que provoca, hemorrágicos, febriles y por las recidivas que se presentan.

La dilatación electrolítica de la uretra es el método del tratamiento de las estenosis uretrales usado por el profesor Ernest Desnos (1825-1925) quien, con el aparato del Dr. Jardin, introduce un beniqué protegido en toda su longitud por un barniz, cuyo extremo externo se encuentra unido al polo negativo de una pila de corriente continua y, tras hacer pasar de 3 a 5 miliamperios durante 10 a 15 minutos, la punta del beniqué actúa directamente por medio de la electricidad sobre la estenosis, nota que la dilata y permite penetrarla fácilmente que es el practicado por Dr. Horta, dermatólogo del Hospital San Pablo de Barcelona, cuya experiencia se recoge en la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona.

Realizó el profesor Desnos, en el laboratorio de fisiología de la Facultad de Ciencias de la Universidad de París, experimentos en perros a los que provoca una rotura incompleta de uretra a un centímetro y medio por detrás de la porción ósea, tras su cicatrización posterior, realiza el tratamiento electrolítico y aprecia con la autopsia el efecto producido en sus diferentes aplicaciones por la electricidad y el grado de lesión establecido. En la valoración de sus resultados con estos ensayos y en la práctica clínica, determina que la retracción cicatricial de la estenosis producida por la fractura es intensa y que su recidiva, después de aplicar el procedimiento electrolítico, rápida publicado en *Annales des Maladies des Organes genito-urinaires*, agosto de 1893, XI: 36.

Tras esta demostración y las por críticas recibidas, el uso de este tipo de dilatación decayó hasta quedar abandonado con el tiempo.

Convocatoria de premios de la AMU del año 2012

PREMIO SERVER FALGÁS 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 Falgás 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 º para la mejor comunicación y 300 º para el mejor póster además de la publicación del trabajo en el *Boletín* anual de la AMU.

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

BASES GENERALES

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

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

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

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

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

Nota. Se comunica a todos los miembros de la AMU que existen algunos ejemplares de los números 2-13-14-15-16 y 17 de nuestro *Boletín* a disposición de quien los solicite. Petición al Dr. Pérez Albacete, teléfono 968 907 146, E-mail: mariano.perez2@carm.es
