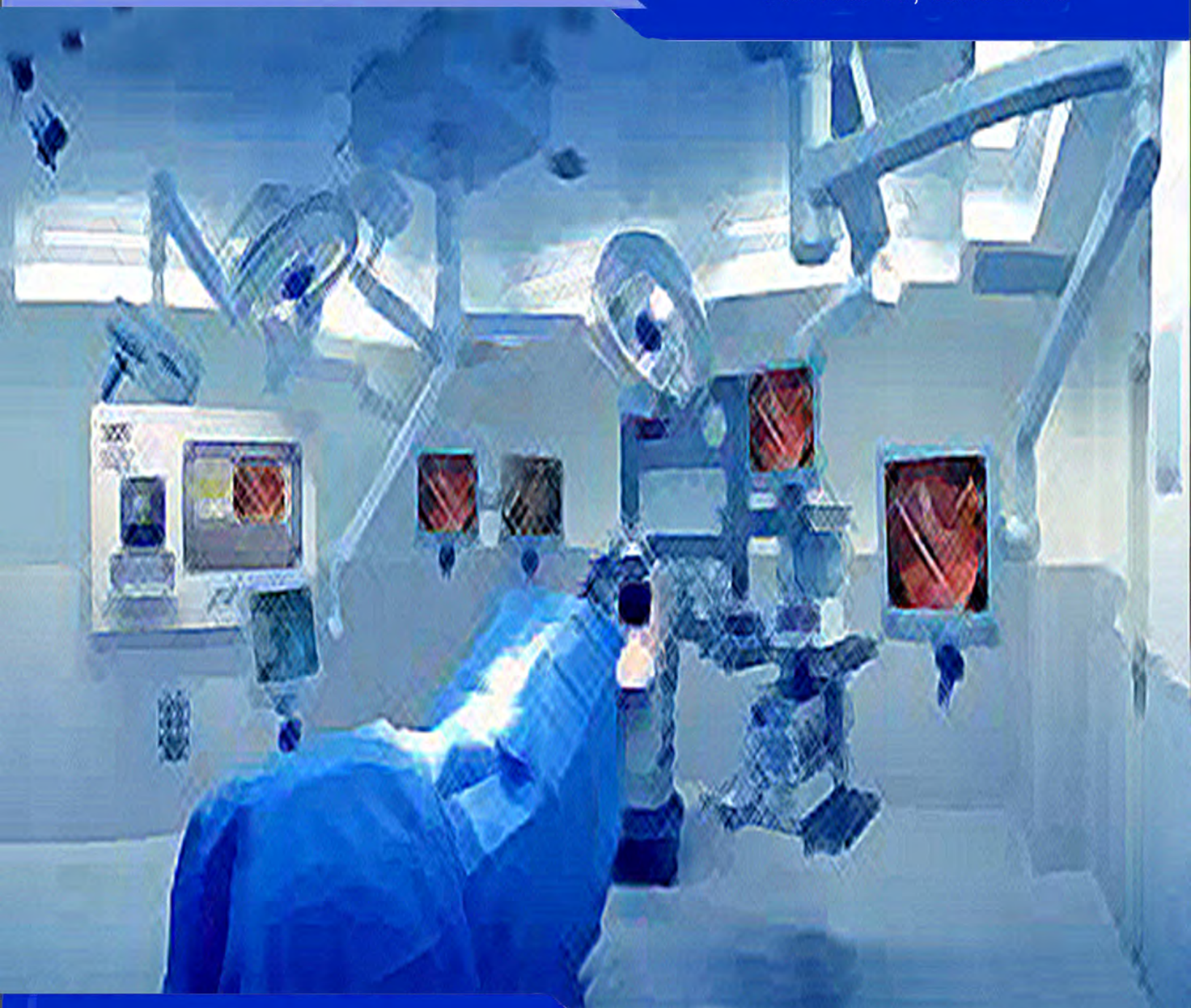


Actas de la Asociación Andaluza de Urología

Revista 10, Julio 2013



Editores:

Dr. D. Miguel Arrabal Martín

Dr. D. Francisco José Anglada Curado

Dr. D. Jorge Soler Martínez

Dr. D. Juan Moreno Jiménez

ISSN:

2340-3683

Diseño y Maquetación:

Grupo Surevents

Actas de la Asociación Andaluza de Urología



Índice

Junta Directiva	03
Editorial Dr. Ghaleb Shahrour	04
Carta del Presidente de la AAU	08
Modelo de recogida de los datos de los asociados.....	10
Información de la nueva web de la AAU	11
Convocatoria Becas de Estudio 2013	13
Convocatoria mejor Tesis Doctoral 2013	14
Curso AAU para Médicos Residentes de Urología	15
Curso Urología Pediátrica	46
Patronos	55

Junta Directiva

Presidente

Dr. Miguel Arrabal Martín

Vicepresidente

Dr. Francisco José Anglada Curado

Secretario

Dr. Jorge Soler Martínez

Tesorero

Dr. Juan Moreno Jiménez

Vocal de Almería

Dr. José Ignacio Abad Vivas-Pérez

Vocal de Cádiz

Dra. Fátima Ramírez Chamorro

Vocal de Córdoba

Dr. Manuel Leva Vallejo

Vocal de Granada

Dr. Antonio Martínez Morcillo

Vocal de Huelva

Dr. Juan Francisco Domínguez Molinero

Vocal de Jaén

Dr. Antonio Fernández Rodríguez

Vocal de Málaga

Dr. Cristóbal Marchal Escalona

Vocal de Sevilla

Dr. Eduardo Camacho Martínez

Vocal de Médicos Residentes

Dra. Cristina Baena Villamarín

Editorial Dr. D. Ghaleb Shahrour



En primer lugar quiero agradecer a la Junta Directiva de la AAU la invitación para redactar este artículo. Siento una gran satisfacción por tener la oportunidad de comentar ciertos hechos que siempre he deseado dar a conocer a mis colegas.

Nací en una localidad de Palestina a 80 km. de la ciudad más santa del mundo Jerusalén, llevo más de 35 años viviendo en esta gran Comunidad Andaluza y entre su gente a los que estoy agradecido por acogerme y permitir que me integrara en su vida social y profesional. Mi mujer es andaluza, mis hijos y nietos también lo son, y me siento orgulloso de pertenecer a esta sociedad. Dice el refranero: "Uno es de donde padece no donde nace". Perdonad, no está bien hablar de uno mismo, solo quería dejar constancia de mi deuda con Andalucía y los Andaluces.

La jubilación es una buena ocasión para reflexionar sobre el ejercicio de la profesión. Todos sabemos de la revolución tecnológica sin precedentes que se ha producido en nuestra especialidad a lo largo de las últimas décadas, pero son menos los que han conocido épocas anteriores a este periodo de grandes avances, como la cirugía percutánea renal, endourología, cirugía mínimamente invasiva (laparoscopia y robótica), urodinámica, diagnóstico por imagen (Ecografía, TAC, RMN, PET, etc.), radiofrecuencia, crioterapia, litotricia, y los ultrasonidos de alta intensidad "UIFU", etc.. Todo este arsenal diagnóstico y terapéutico no existía al empezar mi formación urológica a comienzos de la década de los setenta. Para entonces los pilares fundamentales en que se cimentaba la formación urológica eran la cirugía abierta, la RTU y como medio de diagnóstico para la toma de decisiones las pruebas radiológicas (urografía i.v, pielografía ascendente, nefrotomografía, uretrografía y cistoscopia).

No obstante, en mi opinión el progreso más significativo lo representa el espectacular avance en la formación del Médico Residente, gracias a los diferentes medios de información que se disponen en la actualidad.

Para poder apreciar esta evolución no tenemos más que dar un repaso a los medios que habían en nuestra época. Las publicaciones españolas entonces no eran comparable con las actuales, libros en lengua castellana teníamos los siguientes:

Libros de texto:

- Urología Practica de Hughes. 1971
- Urología Clínica del Profesor Romero Aguirre. 1973
- Urología General de Donald Smith. 1974

Libros de técnica quirúrgica:

- Urología Practica de Flocks 1955
- Técnicas Quirúrgica de Couvelaire 1974

Y revistas Actas Urológicas y Archivos Españoles de Urología.

En cuanto a cursos, recuerdo mesas redondas con invitados extranjeros de la talla del Profesor francés R. Couvelaire se organizaban para hablar de la técnica y control de la hemorragia en la adenomectomía transvesical "Freyer" y retropública "Millin".

Con los medios tecnológicos disponibles en la actualidad, el urólogo en formación puede ver todo tipo de intervenciones que desee sentado en un sillón de su casa. No se me olvidan las enormes dificultades que teníamos para aprender la RTU, la óptica de enseñanza era un verdadero engorro, porque dificultaba el trabajo del cirujano, por lo que solo hacía uso de ella para mostrar alguna que otra secuencia de la intervención, de modo que la mayoría evitábamos ayudar en este tipo de intervenciones y preferíamos estar de segundo o tercer ayudante en la cirugía abierta que nos permitía ver lo que estaba haciendo el cirujano más fácilmente. Todavía recuerdo el excelente curso organizado por el Dr Borobia, que para entonces era el jefe de Servicio de Urología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, en aquel gran salón de actos abarrotados de urólogos venidos de los cuatro rincones del país para ver como resecaba el Dr. Rocha Brito (Brasil), que se transmitía en directo por televisión, era la primera vez que veía íntegramente como se resecaba la HBP. La mayoría de los urólogos finalizaban su formación sin haber realizado una sola resección y ni siquiera sabían como se manejaba un resector. En la actualidad el Médico Residente no tiene que salir de su propio Servicio para aprender esta técnica.

A pesar de todos estos avances que se han producido hay ciertas cosas que no han cambiado ni creo que cambiaran nunca por mucho que estas tecnológicas se perfeccionen en el futuro. Me refiero al trato que damos a nuestros pacientes. La Medicina es la profesión más noble de todas las profesiones siempre y cuando se ejerce con ética y caridad. Hay un lema de San Pablo, del cual siempre procuro no olvidar, escrito en la capilla del Hospital - Fundación Jiménez Díaz de Madrid que dice "Si posees toda la ciencia del mundo, pero no tienes caridad, de nada te sirve". Es verdad que la experiencia acumulada es casi una garantía de éxito. Sin embargo, si no se acompaña de una correcta asistencia al paciente será lo primero en desaparecer, he conocido algún que otro urólogo con buena formación y aun así no tuvieron éxito. Todo profesional desearía triunfar en la vida, también al urólogo le gustaría tener éxito en su profesión pero para ello a parte de procurarse una sólida formación y ser perseverante, hace falta cultivar otras virtudes como la ética y la caridad hacia los pacientes y sus familiares en el ejercicio de su profesión. Decía el gran aragonés Miguel Servet " Cada cual es como Dios le ha hecho, pero llega a ser como él mismo se hace ".

Hoy día la cirugía mínimamente invasiva constituye el tratamiento de elección de muchas patologías urológicas según las recomendaciones que figuran en las guías clínicas de la EAU, y se prevé que cada vez se incrementara más sus indicaciones. Estos hechos harán necesario formular algunas reflexiones sobre el futuro de la cirugía abierta y sus repercusiones sobre la formación de los Médicos Residentes. Hemos de reconocer que la cirugía abierta aportó muchas técnicas una vez aprendidas nos permitían continuar progresando en el "arte de operar". Me temo que de seguir así las cosas la mayor parte de los futuros urólogos van a tener cada vez menos oportunidades de ver y realizar este tipo de intervenciones quirúrgica. Procedimientos que para los urólogos de mayor edad eran rutinarios hoy se realizan de forma ocasional, lo que dejará una impronta negativa en la capacidad del futuro urólogo para superar ciertas situaciones donde la cirugía mínimamente invasiva se ve incapacitada de resolver. Tal como están sucediendo las cosas en un futuro no muy lejano, en la mayoría de los hospitales se habrán reducido de forma importante los procesos con indicación de cirugía abierta y solo se practicarán en hospitales con menos disponibilidad de medios, lo que mermara considerablemente la probabilidad

de obtener una formación lo suficientemente completa durante el periodo de residencia. Por lo tanto, a pesar de los avances tecnológicos el aprendizaje de la cirugía abierta seguirá siendo fundamental. Creo que los que tienen la responsabilidad de la formación de los futuros urólogos deben velar para que la cirugía abierta no desaparezca, ya que procedimientos que parecen anticuados merecen ser conocidos para poder disponer de recursos en caso de necesidad o cambio en la indicación quirúrgica.

Los médicos como toda la sociedad estamos sufriendo los ajustes económicos que están repercutiendo en el sistema sanitario y bienestar de la población, por lo que no está de más recordar que el profesional tiene el deber de mirar por nuestros escasos recursos, y tener presente que solo con un bolígrafo somos capaces, entre todos, de despilfarrar o ahorrar enormes cantidades de dinero a la hora de prescribir y solicitar pruebas complementarias. Este pensamiento sería una buena contribución para que nuestra sociedad se vea, cuanto antes, despejada de estos negros nubarrones.

Para finalizar unas palabras a los nuevos gestores de los servicios: En mi humilde opinión, ya ha pasado la época del "yo mando y ordeno", de manera que la imposición del fuerte, en este caso del coordinador, ha de ceder el paso al diálogo entre todos, al pacto y al consenso en el que ha de tener peso la voz del más razonable para que las cosas funcionen bien con eficacia y en armonía, porque la motivación es la que determina lo que se hace y la actitud es la que decide cuan bien se hace. Alguien dijo: "La mitad de la inteligencia reside en reconocer el talento de los demás".

Por último puedo decir: Tanta satisfacción me ha dado esta maravillosa especialidad que si volviera a nacer, sería nuevamente urólogo.

Carta del Presidente, Dr. D. Miguel Arrabal Martín



Estimados Asociados

La Asociación Andaluza de Urología no puede ignorar la situación social y económica que desde hace años afecta a España y Andalucía, por su repercusión directa en nuestra financiación y sostenibilidad. En estos momentos para mantener la financiación de nuestras actividades científicas y docentes, es necesario justificar al máximo los objetivos, la planificación y rentabilidad. No esperamos colaboraciones gratuitas por el simple hecho de ser una Sociedad Científica.

La Junta Directiva de la AAU en su reunión del 1 de febrero de 2013, ha tomado las medidas para conseguir la sostenibilidad y mantener las actividades científicas y docentes que sus asociados merecen. Se han tomado medidas de ajuste y control del gasto, eliminando las acciones menos productivas, sin que ello deba repercutir en la calidad de nuestras actividades, para ello es necesario el esfuerzo y colaboración de todos, la Junta Directiva ya lo está haciendo.

El Congreso anual, con un presupuesto acotado y reducción de actos no productivos, mantiene un programa científico similar o mayor que congresos precedentes, gracias a la colaboración de su comité organizador y a su Presidente, Dr D. Eduardo Camacho.

Los Cursos de Cirugía Laparoscópica Urológica, mantienen su continuidad, con una reducción del 50% de costes, en el entorno de un nuevo acuerdo de colaboración con Lavante, y la AAU financia el 50% de la inscripción a los médicos residentes de urología andaluces y socios de la AAU, coordinados por el Dr D. Francisco Anglada y Dr D. Juan Moreno.

El Curso de Residentes de la AAU, con un presupuesto acotado al 60% del curso anterior, mantiene su programa científico-docente, coordinado por el Dr D. Francisco Anglada y vocal de residentes, Dra Cristina Baena, con la colaboración especial del Grupo Almirall.

El Curso de Urología Pediátrica de la AAU, se planificará e impartirá de forma bienal y bajo la dirección científica y docente del Dr D. Carlos Miguélez, con un presupuesto estrictamente académico y sin limitaciones docentes.

Como actividades innovadoras, se han iniciado Talleres Formativos, con financiación externa por entidades colaboradoras de la AAU. El 14-15 de diciembre de 2012 se desarrolló el Taller de Urolitiasis, coordinado por el Dr D. Carlos Reina y Dr D. Juan Moreno, con la colaboración del Grupo Ferrer, los resultados de esta actividad serán divulgados por la AAU a toda la

comunidad científica. Esta modalidad de formación con proyección a la práctica clínica asistencial sanitaria, está abierta a la iniciativa de todos los socios de la AAU y empresas del sector sanitario.

Se ha modificado y actualizado la página Web y abierto una cuenta en Facebook, en la medida que los recursos de la página actual permiten, en función de los resultados consolidados, se ampliarán las mejoras. Ha cambiado la presentación, los contenidos, la dinámica y flujo de información, gracias al esfuerzo de la Secretaría Técnica y Secretario General, Dr D. Jorge Soler.

Se han constituido cuatro grupos de trabajo, Comunicación, Docencia, Investigación y Relaciones Institucionales, todos los vocales en representación de cada una de las provincias andaluzas han elegido libremente el grupo en que desean participar, y queda abierta la opción de colaborar en estos grupos a los socios que lo soliciten. Todos los vocales están colaborando con la Oficina de Historia de la AEU, en un proyecto de estudio biográfico de los urólogos españoles y andaluces, coordinado por la Dra D^a Fátima Ramírez.

La Asociación Andaluza de Urología ha recibido y aceptado una propuesta para constituir un Grupo de Investigación, Desarrollo e Innovación, se está elaborando la normativa de constitución, dirección y funcionamiento del mismo. El grupo estará integrado en la AAU y abierto a todas la propuestas particulares o de grupos de socios que presenten un proyecto de investigación, docencia o de práctica clínica. El borrador de constitución se enviará a todos los socios, para que aporten sugerencias o modificaciones antes de proceder a su aprobación por voto secreto en asamblea general ordinaria.

Una vez más os recuerdo que la Asociación Andaluza de Urología, es de todos sus socios y la junta directiva, está para cumplir los objetivos y planificar las actividades previstas en sus estatutos de constitución y las que posteriormente se han generado o puedan llegar en el futuro, siempre que se consideren para el beneficio de todos.



Fdo. Dr. D. Miguel Arrabal Martín
Presidente de la AAU

Modelo de Datos Personales para hacerse socio del AAU cambio/modificación de datos.



SOLICITUD DE INGRESO	<input type="radio"/>
ACTUALIZACION DE DATOS	<input type="radio"/>

DATOS PERSONALES	
APELLIDOS:.....	NOMBRE:.....
DIRECCIÓN:.....	C.P.:.....
LOCALIDAD:.....	PROVINCIA:.....
TELEFONO:.....	FECHA DE NACIMIENTO:.....
NIF:.....	E-MAIL:.....

DATOS PROFESIONALES	
CENTRO DE TRABAJO:.....	
SERVICIO:.....	CARGO:.....
DIRECCIÓN:.....	C.P.:.....
LOCALIDAD:.....	PROVINCIA:.....
TLF.:.....	FAX:.....

DATOS BANCARIOS			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remitir por correo postal o electrónico a:
GRUPO SUREVENTS
Avda. Kansas City 9, Edificio Realía
Planta 1ª, 1 Bis
41007 Sevilla
Tfno.: 954 417 108
Fax: 954 410 751
E-mail: urologia@gruposurevents.es ; asociacionandaluzadeurologia@gmail.com

Información de la nueva web de la AAU

La nueva web de la AAU se puede encontrar en:

<http://www.asociacionandaluzadeurologia.es>



Página de Inicio

En la pestaña de "Videos", situada en la parte inferior derecha de la página de Inicio, se indica el procedimiento para aquellos asociados que deseen publicar un video en el canal de Youtube de la AAU.

asociación andaluza de urología

Usted está aquí: Inicio

Menú Principal

- Inicio
- Presentación
- Junta Directiva
- Noticias
- Socios
- Estatutos +
- Calendario
- Historia
- Congreso AAU
- Memoria científica +
- Premios +
- Cursos
- Investigación
- Guías y Protocolos

Videos

En el siguiente link podeis ver videos quirúrgicos de urólogos Andaluces, este canal está abierto a la subida de videos de cualquier asociado. El asociado que desee incluir un video debe hacerlo a través de su cuenta en Youtube y remitir la direccion de correo donde se encuentra incluido en el canal de YouTube mediante un mensaje de correo electrónico a asociacionandaluzadeurologia@gmail.com
<http://www.youtube.com/user/Urologiaandaluza>

La titularidad de los videos es de cada asociado en particular, la Asociacion Andaluza de Urologia no se hace responsable de los contenidos de los mismos, de las licencias o autorizaciones que precisen.

Apartado "Videos" de la página web

Asociacion Andaluza de Urologia

1 suscriptores 6 reproducciones de video

Explorar videos

Videos subidos Feed Comentarios Vista

Urologiaandaluza ha publicado un boletín hace 2 días

Video en el que se describe la Enucleación prostática Transuretral con energía Plasmakinética, gentileza del Dr Antonio Ramirez.

Enucleación transuretral prostática con energía plasmakinética (E.T.U.P. - PK)

de AsocAndaluzaUrologia · 7 reproducciones

Urologiaandaluza ha publicado un boletín hace 1 mes

Video gentileza del Dr. Francisco Palao

CIRUGIA DE INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA. Dr. PALAO

de Francisco Palao Yago · 157 reproducciones

Video demostrativo de una intervención quirúrgica para corregir la incontinencia urinaria femenina, mediante la colocación de un cabestrillo suburetral sin tensión por vía Transobitratriz (TOT).

Urologiaandaluza ha subido un video. hace 1 mes

Nefrectomia Izquierda

6 reproducciones

Video en el que se describe la técnica de nefrectomía radical laparoscópica por gentileza del Dr. Emilio Garcia Galisteo.

Urologiaandaluza ha publicado un boletín hace 1 mes

Nefrectomía de donante renal vivo (Dr. Espejo, Hospital Virgen de las Nieves, Granada)

Nefrectomía Laparoscópica en Donante Vivo

de AsocAndaluzaUrologia · 8 reproducciones

Información de Asociación Andaluza de Urología

Asociación Profesional de los Urologos de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Los autores de los videos son urologos de nuestra comunidad, son los propietarios de los videos y responsables de los mismos.

Página de la AAU

de Urologiaandaluza

Fecha 18/02/2013

País España

Canal de Youtube de la AAU

Convocatoria Becas de Estudios de la AAU – 2013

1. Queda convocada Una Beca de 2.200 euros para estudios en un hospital andaluz, nacional o extranjero, para urólogos en periodo de formación (médicos internos residentes).
2. Condiciones:
 - Ser miembro de la A.A.U. al corriente de las cuotas correspondientes.
 - Presentar solicitud dirigida a la Secretaría de la A.A.U. acompañada de la siguiente documentación:
 - I. Currículum vitae.
 - II. Memoria del estudio previsto y objetivo a desarrollar.
 - III. Carta de aceptación del Servicio solicitado, con el visto bueno de la Comisión de Docencia, Director responsable del Centro o Servicio donde trabaje el solicitante.
 - IV. Enviar la documentación a la Secretaría de la A.A.U. antes del 31 de julio de 2013.
 - El becado se compromete a comunicar la fecha de su incorporación y a permanecer un mínimo de dos meses en el hospital elegido. Al finalizar su estancia, presentará una memoria del trabajo realizado a la Secretaría de la A.A.U.
 -
 - Los solicitantes podrán ser requeridos para entrevista personal.
 -
 - El tribunal para la asignación de esta beca será elegido por la Junta Directiva de la A.A.U.

Fdo.



Dr. J. Soler Martínez
Secretario General AAU

Convocatoria Premio de la AAU mejor Tesis Doctoral – 2013

1. Podrán optar al premio a la Mejor Tesis doctoral todos los Urólogos miembros de la A.A.U., al corriente de las cuotas, que hayan obtenido el título de Doctor con la calificación de SOBRESALIENTE CUM LAUDE por unanimidad durante el período comprendido entre el 1 de julio de 2012 y el 1 de julio de 2013.
2. La cuantía del premio se establece en 1.000 Euros.
3. Las tesis doctorales que opten al premio deberán ser enviadas a la Secretaría de la A.A.U. antes del 31 de julio de 2013.
4. El tema básico de la tesis será urológico.
5. El jurado encargado de estudiar las tesis presentadas y de seleccionar la tesis ganadora, será designado por la Junta Directiva de la A.A.U. y deberán los elegidos poseer el título de Doctor.
6. El fallo del jurado será inapelable.

Fdo.



Dr. J. Soler Martínez
Secretario General AAU

Curso de Residentes de Urología



XIX Curso de Residentes de Urología 5 y 6 de abril de 2013

Hotel Ribera de Triana (Sevilla)

XIX CURSO DE RESIDENTES DE UROLOGÍA

PROGRAMA


Sevilla

5 y 6 de Abril de 2013

Organiza:

Dra. Elisa M. Ocoñ Revuelta,
Dra. Cristina García Sánchez,
Dr. Rafael Medina López.

Unidad de Gestión Clínica de Uro-Neftrología,
Hospital U. Virgen del Rocío, Sevilla,
Asociación Andaluza de Urología.

 "Reconocido de Interés Científico-Sanitario por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía"

VIERNES 5 DE ABRIL

15.45 - 16.00 h. Entrega de Documentación.
16.00 - 16.10 h. Bienvenida del Curso.
Dra. Elisa M. Ocoñ Revuelta,
Dra. Cristina García Sánchez.

16.10 - 17.30 h. **BLOQUE 1: SUELO PÉLVICO E INCONTINENCIA MASCULINA.**

1ª PARTE
Moderadores:
Dr. Jorge Soler Martínez,
Dr. Enrique Argüelles Salido,
Dr. Federico Rodríguez Rubio Cortadellas,
Dr. Pedro Coteón Ochoa.

CONTINENCIA:
ANATOMÍA (SUELO PÉLVICO/ESFÍNTERES), FISIOLÓGIA DE LA MICCIÓN (VÍAS NERVIOSAS), CONCEPTOS BÁSICOS.
Dra. Isabel Jiménez López.

INCONTINENCIA MASCULINA: DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA.
Dra. Ana Cuareza,
Dra. Rocío Saiz Moreno.

DIAGNÓSTICO (CLÍNICA, CUESTIONARIOS, DIARIO MICCIONAL, PAD-TEST, URETROSCOPIA Y URODINÁMICA).
Dr. Juan S. Leal Lombardo,
Dra. María Domínguez Villalón.

INCONTINENCIA EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DEL TRACTO URINARIO INFERIOR: ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.
Dra. Carolina Condejo Malla,
Dra. Irene Cienfuegos Belmonte.

INCONTINENCIA TRAS CIRUGÍA DE PRÓSTATA: ALGORITMO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.
Dr. Javier Amores Bermúdez,
Dra. Cristina León Delgado.

17.30 - 17.45 h. **PRUSA.**

17.45 - 18.45 h. **2ª PARTE.**
Moderadores:
Dr. Francisco Javier Vicente Prado,
Dra. Blanca Madurga Patuel,
Dr. Ovidio Spinu Barnoiu,
Dr. José Jiménez Jiménez.

TALLER PRÁCTICO: TÉCNICAS QUIRÚRGICAS INCONTINENCIA (AGENTES DE ENGROSAMIENTO URETRAL, HIALIAS MASCULINAS, ESFÍNTER URINARIO ARTIFICIAL).
Dr. José Valero Rosa,
Dr. Alejandro González Alfaro.

CASOS CLÍNICOS:
Caso Clínico 1: Dr. Juan Fernando Villegas Osorio y Dra. Loreto Parra López.
Caso Clínico 2: Dra. Ángela Conde Siles.
Caso Clínico 3: Dra. Cristina Baena Villamarín.

18.45 - 19.15 h. **CONCURSO.**

19.30 h. **INAUGURACIÓN DEL CURSO.**
Dr. Miguel Arrabal Martín, Presidente AAU.
Dr. Rafael Medina López, Jefe de la UGC Uro-neftrología (H. Virgen del Rocío).
Dr. Francisco José Anglada Curado, Vicepresidente AAU.
Dra. Cristina Baena Villamarín, Vocal de Residentes.

VIERNES 5 DE ABRIL

SÁBADO 6 DE ABRIL

09.00 - 11.00 h. **BLOQUE 2: CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO Y RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC)**

09.00 - 09.30 h. Charla Experto:
Recidiva bioquímica tras tratamiento con intención curativa del Cáncer de Próstata localizado:
Papel de las técnicas de imagen. Papel de la Linfadenectomía de rescate tras PR.
Dr. Fernando Vázquez Alonso.

09.30 - 11.00 h. **1ª PARTE:**
Moderadores:
Dr. Emilio García Galisteo,
Dr. Juan Braulio García Ramos,
Dra. Julia Carrasco Valiente,
Dra. Elisa Ocoñ Revuelta.

CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO. TERAPIA HORMONAL (FUENTE DE ANDRÓGENOS, TIPOS DE TERAPIA Y EFECTOS SECUNDARIOS).
Dr. José Horacio García Rubio,
Dr. Enrique Gómez Gómez.

CPRC:
"Varón de 65 años con Cáncer de Próstata con metástasis óseas, en tratamiento con bloqueo hormonal con análogos de LHRH en monoterapia. Presenta elevación progresiva del PSA".

-DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC) MANIOBRAS HORMONALES DE SEGUNDA LÍNEA. CRITERIOS DE PROGRESIÓN DE CPRC.
Dra. Sara M. Díez Fariós,
Dr. Sebastián Armijos León.

-QUIMIOTERAPIA Y NUEVAS MOLÉCULAS EN EL CPRC.
Dr. Pablo Gómez Lechuga,
Dr. José Carlos Bautista Vidal.

SÁBADO 6 DE ABRIL

XIX Curso de Residentes de Urología 5 y 6 de abril de 2013

Hotel Ribera de Triana (Sevilla)

<p>-TRATAMIENTO PALIATIVO DE METÁSTASIS: Dra. Pilar Valderama Illana. Dr. Samuel González Torres.</p> <p>11:00-11:30 h. PAUSA.</p> <p>11:30-13:30 h. 2ª PARTE. Moderadores: Dr. Manuel Pareja Vilchez. Dr. José Luis Carazo Carazo. Dra. Belén Congregado Ruiz. Dr. Sergio Merino Salas.</p> <p>11:30-12:00 h. PREGUNTAS DE DEBATE: 1. TRATAMIENTO HORMONAL INMEDIATO VS DIFERIDO. Dr. Pablo Navarro Vázquez. Dr. Javier Sánchez Luque. 1. TERAPIA HORMONAL INTERMITENTE VS MANTENIDA. Dr. Pablo Navarro Vázquez. Dr. Javier Sánchez Luque. 1. USO TEMPRANO DE QUIMIOTERAPIA, ¿A FAVOR O EN CONTRA? Dr. Alberto Alonso Carrillo. Dr. Roque Cano Castañeda.</p> <p>12:00-12:45 h. CASOS CLÍNICOS: Caso Clínico 1: Dra. Elisabeth Castillo Gallardo. Caso Clínico 2: Dra. Cristina F. Vivas Flores. Caso Clínico 3: Dra. Raquel Benito Campos.</p> <p>13:30-15:30 h. ALMUERZO DE TRABAJO</p>	<p>15:30-17:00 h. BLOQUE 3: CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA DE URETRA</p> <p>16:30-17:00 h. 1ª PARTE: Moderadores: Dr. Emilio Jube Vilalta. Dr. Carlos Reina Ruiz. Dr. Guillermo Landreza Cano. Dr. Felipe Sáez Baranquero.</p> <p>Exposiciones: ANATOMÍA DE LA URETRA Y GITALES. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA. Dr. Alvaro García Valverde.</p> <p>ESTENOSIS DE URETRA ANTERIOR. Dra. Ana A. Román Martín.</p> <p>ESTENOSIS DE URETRA POSTERIOR. Dra. Lydia Flores Silvero. Dr. Néstor M. Sánchez Martínez.</p> <p>INCURVACIÓN DE PENE CONGÉNITA Y ADQUIRIDA: TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRÚRGICO. Dra. Beatriz La Iglesia Lozano. Dr. José Flores Martín.</p> <p>17:00-17:30 h. CHARLA DE EXPERTO: "Casos límite en reconstrucción genital" Dr. Natalio Cruz Navarro.</p> <p>PAUSA.</p>	<p>17:30-18:45 h. 2ª PARTE Moderadores: Dr. Pablo Campos Hernández. Dr. Antonio Carlos González Eiena. Dr. Rubén Campanero Pérez. Dra. Cristina García Sánchez.</p> <p>HIPOSPADIA S DISTAL Dra. Ana Yáñez Gálvez. Dr. Juan Andrés Cantero Mellado.</p> <p>HIPOSPADIA S PROXIMAL Dr. Ignacio Puche Sanz. Dra. Rocío Barabino Martín.</p> <p>CASOS CLÍNICOS: Caso Clínico 1: Dr. Edwin Romero González. Caso Clínico 2: Dr. Santiago Moreno Pérez de la Cruz. Caso Clínico 3: Dr. José Miguel Molina Hernández.</p> <p>19:00-19:30 h. CONCURSO</p> <p>19:30-20:00 h. ASAMBLEA</p> <p>22:00 h. CENA Y ENTREGA DE PREMIOS</p>
---	---	---

XIX CURSO DE RESIDENTES DE UROLOGÍA

PONENTES

Dr. Alberto Alonso Carrillo. RA. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dr. Javier Romero Sotillo. RZ. H.U. Puerta del Mar, Cádiz
Dr. Everque Angulo Salda. Tutor. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. Sebastián Amador Lobo. RZ. H.U. Puerta Real, Cádiz
Dra. Cristina Elena Vilamaria. RA. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dra. Karol Añejo Bealmona Centeno. RZ. H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva
Dr. David Spina Bertrán. RS. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dra. Rocío Barabino Martín. RZ. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dr. José Carlos Beataza Vidal. RZ. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dra. Raquel Benito Campos. RA. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dr. Rubén Campanero Pérez. RS. H.U. Virgen Macarena, Sevilla
Dr. Pablo Campos Hernández. Tutor. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dr. Roque Cano Castañeda. RA. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dr. Juan Andrés Cantero Mellado. RZ. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga
Dr. José Luis Carazo Carazo. Tutor. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dra. Julia Carazo Valverde. RS. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dra. Elisabeth Castillo Gallardo. RA. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga
Dra. Irene Chelunguine Beltrame. RZ. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dra. Ángela Coade Siles. RA. H.U. Puerta del Mar, Cádiz
Dra. Belén Congregado Ruiz. Tutor. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dra. Cristina Congregado Rueda. RZ. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. Pedro Cortés Ochoa. RS. H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva
Dra. Ana Cuarema. RZ. H.U. Virgen Macarena, Sevilla
Dr. Nicolás Cruz Navarro. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dra. Sara MP Díez Fariña. RZ. H.U. Puerta Real, Cádiz
Dr. José Flores Merino. RZ. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dra. Lydia Flores Silvero. RZ. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dr. María Domínguez Villalón. RZ. H.U. Ntra. Sra. de Valme, Sevilla
Dra. Beatriz La Iglesia Lozano. RZ. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga
Dr. Emilio Jube Vilalta. Tutor. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. Juan Ramón Jiménez. Tutor. H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva
Dr. José Horacio García Rubas. RZ. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dra. Cristina García Sánchez. RS. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. Alvaro García Valverde. RZ. H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva
Dr. Enrique Gómez Gómez. RZ. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dr. Pablo Gómez Lechuga. RZ. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dr. Alejandro González Flores. RZ. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dr. Antonio Carlos González Eiena. Tutor. H.U. Virgen Macarena, Sevilla
Dr. Samuel González Torres. RZ. H.U. San Cecilio, Granada
Dr. José Jiménez Jiménez. RS. H.U. Puerta Real, Cádiz
Dra. Isabel Jiménez López. RZ. H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva
Dr. Emilio Jube Vilalta. Tutor. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga
Dra. Beatriz La Iglesia Lozano. RZ. H.U. Virgen de las Nieves, Granada

Dr. Juan Sebastián Lora Lombardo. RZ. H.U. Ntra. Sra. De Valme, Sevilla
Dr. Guillermo Landreza Cano. RS. H.U. San Cecilio, Granada
Dra. Cristina Lecha Delgado. RS. H.U. Puerta del Mar, Cádiz
Dra. Rocío Merino Salas. Tutor. H.U. Puerta del Mar, Cádiz
Dr. Sergio Merino Salas. RS. H.U. San Cecilio, Granada
Dr. José Miguel Molina Hernández. RZ. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dr. Santiago Moreno Pérez de la Cruz. RA. H.U. Ntra. Sra. De Valme, Sevilla
Dr. Pablo Navarro Vázquez. RA. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dra. Eliza Ochoa Rosillo. RS. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. Manuel Pareja Vilchez. Tutor. H.U. San Cecilio, Granada
Dr. Ignacio Puche Sanz. RZ. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dr. Carlos Reina Ruiz. Tutor. H.U. Ntra. Sra. De Valme, Sevilla
Dr. Federico Rodríguez Rubio Caraballada. Tutor. H.U. Puerta Real, Cádiz
Dra. Ana Yáñez Gálvez. RZ. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga
Dr. Edwin Romero González. RA. H.U. Virgen Macarena, Sevilla
Dr. Felipe Sáez Baranquero. RS. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga
Dra. Rocío Barabino Martín. RZ. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dr. Néstor Sánchez Luque. RA. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dr. Néstor Manuel Sánchez Martínez. RZ. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dr. Jorge Saez Martinez. Tutor. H.U. Carlos Haya, Málaga
Dra. Pilar Valderama Illana. RZ. H.U. San Cecilio, Granada
Dr. José Valero Ribas. RZ. H.U. Reina Sofía, Córdoba
Dr. Ferrnando Vázquez Alonso. Tutor. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dr. Francisco Javier Zamora Puelles. Tutor. H.U. Virgen de las Nieves, Granada
Dra. Juan Fernando Villegas Ochoa. RA. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla
Dra. Cristina Palma Vivas Flores. RA. H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva
Dra. Ana Yáñez Gálvez. RZ. H.U. Virgen de la Victoria, Málaga

Sevilla
5 y 6 de Abril
2013



Secretaría Técnica: GRUPO SURSEVENTS, sociedad@gruposurventas.es - www.gruposurventas.es
Tel. 604 417 108 - Fax: 904 410 734 - Avda. Katarra City Edif. Al Puente, 1º - 41013 Sevilla

CONTINENCIA: ANATOMÍA (SUELO PÉLVICO/ ESFÍNTERES). FISIOLOGÍA DE LA MICCIÓN (VÍAS NERVIOSAS). CONCEPTOS BÁSICOS.

AUTORA: Isabel Jiménez López

El suelo pélvico o periné se encuentra en el estrecho inferior de la pelvis y está constituido por estructuras óseas, musculares y ligamentosas que conforman un diafragma por el que pasan los genitales internos femeninos, vejiga y uretra y el recto y ano. Los principales músculos que constituyen el suelo pélvico en el varón son el músculo isquiococcígeo, esfínter estriado de la uretra, músculos transversos profundos, esfínter externo o estriado del ano, isquiocavernoso, bulbocavernoso y el músculo elevador del ano. Éste último está formado por el pubococcígeo, el puborrectal y el iliococcígeo, siendo el músculo pubococcígeo el más importante funcionalmente hablando.

Todas estas estructuras están inervadas por el sistema nervioso, que controla las funciones evacuatorias y la sensibilidad dolorosa local y regional, siendo especialmente importantes para la dinámica miccional los nervios pudendo (encargado del control consciente de la micción), hipogástrico (irriga el esfínter interno) y nervio erector o pélvico (irriga el músculo detrusor de la vejiga).

La continencia es el resultado de la adecuada función y coordinación de la vejiga y la uretra durante la fase de llenado vesical, dependiendo de la integridad de las estructuras del suelo pélvico y los centros nerviosos responsables de su actividad. El control voluntario de la micción se lleva a cabo mediante mecanismos neurológicos de gran complejidad y aún no bien conocidos, lo que explica que se precise de la maduración de dichos centros nerviosos adquiriéndose su control de forma tardía.

Podemos englobar como principales patologías del suelo pélvico: la incontinencia (urinaria o fecal), la frecuencia miccional aumentada, la nicturia, la disfunción del vaciado vesical y el estreñimiento, los prolapsos, el dolor pélvico crónico y algunas disfunciones sexuales.

La complejidad y frecuencia de las patologías asociadas a disfunción del suelo pélvico hacen necesario que el urólogo profundice cada vez más en el conocimiento de las relaciones anatómicas y funcionales entre las diferentes estructuras que lo componen, en los mecanismos de la continencia, en los sistemas esfinterianos estriados y en las alteraciones neurológicas que conllevan disfunciones severas del mismo.

DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA, ETIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA MASCULINA.

AUTORAS: Ana Cuaresma Díaz, Rocío Saiz Marengo.

ABSTRACT:

La incontinencia urinaria (IU) es el resultado del fracaso del almacenamiento de orina durante la fase de llenado. Según la Sociedad Internacional de Continencia (ICS), la incontinencia urinaria se define como "la queja por cualquier pérdida de orina involuntaria", aunque para los estudios epidemiológicos debe aplicarse un término de frecuencia, y por tanto es definida como la "pérdida involuntaria de orina cuando ocurren dos o más episodios en el mes".

Afecta al 1 %-39 % de los varones y en general, es el doble de frecuente en las mujeres.

Entre los factores de riesgo de IU en varones figuran la edad avanzada, síntomas de las vías urinarias inferiores (SVUI), infecciones, deterioro funcional y cognitivo, trastornos neurológicos y la prostatectomía, siendo esta última, junto con la radioterapia, la causa fundamental de incontinencia en el hombre. Tras la cirugía del cáncer de próstata las incidencias de IU comunicadas varían entre el 5 %-48 %, entendiéndose como continencia:

- Control total sin compresas ni pérdidas
- Sin compresas, pero con pérdida de algunas gotas de orina ('manchado de la ropa interior')
- Ninguna compresa o solo una ('compresa de seguridad') al día.

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA:

La continencia normal en el hombre requiere de una inervación y musculatura normales, así como estructuras de soporte intactas, para garantizar una adecuada funcionalidad vesical y esfinteriana.

URETRAL	ALTERACIONES VESICALES	HIPERACTIVIDAD DETRUSOR	NEUROGENICAS	SUPRAESPINALES
			NO NEUROGENICAS	SUPRASACRAS
	DISMINUCION DISTENSIBILIDAD VESICAL	NEUROGENICAS	ITU, cálculos, tumores, estenosis, cuerpo extraño, envejecimiento,...	
		ALTERACIONES VISCOELÁSTICAS	<u>Mielodisplasias, sd.Shy-Drager,...</u> Cistitis tuberculosa, sondaje permanente,...	
ALTERACIONES ESFINTERIANAS	Iatrogénicas, radiaciones, malformaciones, lesiones neurológicas y traumatismos.			
EXTRAURETRAL	Fístulas urinarias, uréter ectópico,...			

Por último, atendiendo a la sintomatología, podemos clasificar la IU masculina en:

- IU de esfuerzo: pérdida involuntaria durante el aumento de presión abdominal en ausencia de contracción del detrusor. Asociada a polaquiuria y nocturia.
- IU de urgencia: relacionada con la hiperactividad del detrusor. Asociada a urgencia miccional.
- IU mixta: urgencia+esfuerzo.
- IU por goteo postmiccional/ rebosamiento: asociada a síndrome prostático.
- IU inconsciente: pérdida involuntaria sin urgencia ni estrés.
- Enuresis nocturna

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA EN VARONES CON STUI.

AUTORAS: Carolina Corchuelo Maillo , Irene Cienfuegos Belmonte

INTRODUCCIÓN:

La presencia de incontinencia masculina asociada a STUI presenta una prevalencia de entre el 1 y el 39% de la población, lo que la convierte en un problema sanitario importante.

OBJETIVO:

Elaborar un algoritmo diagnóstico y terapéutico basándonos en las Guías de la Asociación Europea de Urología y el PAI HPB-Cáncer de próstata, así como en nuestra práctica clínica diaria.

RESUMEN:

Inicialmente debe realizarse una historia clínica completa, indagando en factores de riesgo, grado e impacto sobre la calidad de vida, cuestionario IPSS, tacto rectal, analítica con PSA, citología y flujometría, asociando o no urocultivo según sintomatología.

La ecografía no debe realizarse rutinariamente sino en casos de dolor abdomino-pélvico, hematuria, ITUs de repetición, alteración de la función renal o retención crónica de orina.

Tras descartar a pacientes con enfermedades neurológicas, cultivo o citología positiva, nos encontramos principalmente con aquellos con flujometría obstructiva o no obstructiva.

En el primer caso y asociado a IPSS con síntomas principalmente obstructivos, tendríamos que valorar si el paciente orina por rebosamiento (según clínica, flujometría y medición del residuo), implicando muchas veces conocer si existe afectación renal, y en base a la gravedad de la obstrucción y las características del paciente, optar por medidas conservadoras, como el tratamiento farmacológico (fundamentalmente alfabloqueantes, inhibidores de la 5 alfa reductasa o su asociación), el sondaje, o bien decidirnos por la cirugía.

En pacientes con flujometría obstructiva e IPSS con sintomatología mixta valoraríamos, tras medición de residuo, iniciar alfa bloqueantes, asociando o no más adelante anticolinérgicos.

En pacientes con IPSS moderado-grave obstructivo y flujometría no obstructiva (discordancia clínico-flujométrica) realizaríamos estudio urodinámico para conocer la dinámica miccional. Ante la presencia de disparidad entre los hallazgos observados y la clínica, esta última será mandatoria para la elección del tratamiento. Aquí tienen cabida principalmente los anticolinérgicos, alfa bloqueantes y agonistas beta adrenérgicos, de reciente incorporación, especialmente en el tratamiento de la vejiga hiperactiva, sin olvidarnos de la opción quirúrgica.

CONCLUSIONES:

El diagnóstico y tratamiento correcto de la incontinencia requiere una anamnesis profunda del paciente y una selección e interpretación cuidadosa de pruebas complementarias.

Los b adrenérgicos son una nueva opción terapéutica

INCONTINENCIA TRAS CIRUGÍA DE PRÓSTATA: ALGORITMO DIAGNÓSTICO y TERAPÉUTICO.

AUTORES: Cristina León Delgado, Javier Amores Bermúdez

INTRODUCCIÓN:

La incontinencia de orina post prostatectomía radical es una complicación que se presenta en un 5-25% de los pacientes sometidos a este tratamiento y cerca de 1 % de los sometidos a adenomectomía o resección prostática transuretral. Esta complicación genera en los pacientes un deterioro importante en cuanto a su calidad de vida. Existen tratamientos conservadores y mínimamente invasivos han sido utilizados sin éxito, como por ejemplo los ejercicios de Kegel, el uso de absorbentes, farmacoterapia y electroestimulación o cirugía menor como los inyectables.

RESULTADOS:

La recuperación de la continencia urinaria se establece progresivamente a lo largo del tiempo un 80% al finalizar el primer año.

La evaluación del paciente comienza con una anamnesis completa y detallada. Aspectos importantes son una descripción del tipo y la severidad de la incontinencia así como sus desencadenantes. La severidad puede determinarse por la cantidad de episodios por día, la necesidad y cantidad de protección, y el impacto de la incontinencia sobre su calidad de vida pero siempre para plantearnos cualquier actitud agresiva debemos esperar mínimo un año.

Elaborar un PAD TEST, estudio urodinámico y una uretroscopia son los pilares fundamentales para tomar un buen diagnóstico y tomar una actitud terapéutica.

Los dos tratamientos que más usamos actualmente son el sling o cabestrillo bulbouretral masculino y el esfínter artificial. Elegir uno u otro va depender de las pruebas diagnósticas mencionadas anteriormente.

Un PAD TEST mayor de 500 cc al día o un esfínter incompetente valorado por uretroscopia nos va a decantar por el uso del esfínter artificial y lo contrario por el sling masculino.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE LA INCONTINENCIA MASCULINA

AUTORES: José Valero Rosa, Alejandro González Alfaro

INTRODUCCIÓN:

En el 10-15% de los varones la IU es de esfuerzo siendo las causa más frecuente la lesión del sistema esfinteriano (especialmente el proximal), provocando una insuficiencia esfinteriana, ya sea tras cirugía o tras traumatismo. Analizaremos los distintos tipos de tratamiento quirúrgico para la incontinencia masculina de esfuerzo: inyectables periuretrales, esfínter urinario artificial y mallas o slings.

Criterios de selección de los distintos tipos de tratamiento:

- Slings no ajustables: IU leve-moderada (1-2 comp/d; 3-4 comp/d), pad test <400 gr/día, buena función esfinteriana, buena movilidad uretral.
- Dispositivos de compresión y Slings ajustables: IU moderada-severa, mala función esfinteriana, uretra inmóvil.
- Esfínter artificial: IU severa (>ó= 5 comp/d), ausencia de función esfinteriana.

Inyectables periuretrales

- Buscar la continencia mediante la compresión de paredes uretrales. Mínimamente invasivas. Pueden ser repetidas.
- Paciente ideal: déficit esfinteriano intrínseco, capacidad y acomodación vesical normal, soporte muscular perineal conservado.
- Vías de inyección: vía transuretral endoscópica y vía transvesical (cistostomía suprapúbica).

Esfínter urinario artificial

- Tratamiento de elección para la IUM por incompetencia esfinteriana, fundamentalmente iatrogénica, con tasas de éxito de hasta el 90% (60-85%).
- Componentes:
Prótesis hidráulica de elastómero de silicona sólido, relleno de líquido. Tres elementos de silicona: Manguito oclusivo inflable, reservorio o balón regulador de presión (en espacio de Retzius) y bomba de control (en escroto).
- Intervención: El **cuello vesical** es el lugar idóneo para colocar el manguito, salvo que dicha zona se haya sometido a una cirugía o traumatismo, en cuyo caso se coloca en **uretra bulbar** (sitio de implantación más común y con más riesgo de erosión).

Mallas masculinas

-Tres slings principales se describen en la literatura:

- Sling anclado al hueso (bone-anchored sling): Compresión uretra con malla de silicona fijada al hueso.
- Sling transobturador retrouretral: compresión de uretra con malla fijada con 2 conectores que se pasan por espacio obturador hasta piel.
- Sling ajustable retropúbico: colocación de malla o almohadilla en uretra bulbar que se conecta y se tensa con columnas o hilos que van desde periné hasta abdomen pasando por espacio retropúbico.

-Ventajas slings respecto a esfinter artificial: no existen partes mecánicas, no necesidad de accionar dispositivo antes de la micción, no necesidad de desactivar dispositivo si sondaje y menor coste.

CASO CLÍNICO DE INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA:

AUTORA: Ángela Conde Giles

INTRODUCCIÓN:

En general, la incidencia de la incontinencia urinaria tras la prostatectomía radical ha disminuido en los últimos años, pero sigue siendo un problema importante. La incidencia actual varía entre el 5-48%.

CASO CLÍNICO:

- Antecedentes personales: 67 años. Dislipemia. SAOS. Intervenciones quirúrgicas: Hernia umbilical.

- Antecedentes Urológicos: En seguimiento en consulta de Urología por presentar PSA de 4,2 y Ratio PSA 0,12. Biopsia de próstata: Adenocarcinoma acinar Gleason 6(3+3), el 13/01/2011 es intervenido de Prostatectomía radical laparoscópica (PRL).

Durante el seguimiento del paciente tras la retirada del sondaje vesical presenta incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), con utilización de hasta 3 absorbentes al día.

Tras un periodo de 12 meses de tratamiento conservador mediante asesoramiento adecuado de los hábitos de vida, entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico y terapias conductuales, el paciente presenta leve mejoría clínica por lo que es remitido a la Unidad de Suelo Pélvico.

Estudios complementarios:

- Uretroscopia: Integridad uretral, esfínter competente y no presencia de estenosis uretral.

- Estudio urodinámico: IUE. Curva no obstructiva, Qmax 27, Volumen miccional 720 cc, No residuo postmiccional.

- PAD Test: 400 cc de pérdida media diaria.

Tratamiento:

Paciente de 67 años, con IUE por incompetencia esfinteriana tras PRL, que afecta a su calidad de vida, con la utilización de 3 absorbentes al día, y sin mejoría clínica con el tratamiento conservador inicial. Ante estos hallazgos se decide tratamiento quirúrgico mediante colocación de una suspensión (cabestrillo) para varones.

Seguimiento:

El paciente presenta continencia completa, sin necesidad de utilización de absorbentes, y satisfecho con la intervención tras 6 meses de evolución.

DISCUSIÓN:

Ante un paciente con IU tras PRL se debe evaluar el tipo y el grado de incontinencia, y decidir un tratamiento individualizado. Como primera opción se opta por un tratamiento conservador de al menos 6-12 meses, mediante intervenciones sobre los hábitos de vida, fisioterapia y pautas miccionales programadas, aunque estas estrategias presentan un grado de recomendación B.

Cuando fracasa el tratamiento inicial y la incontinencia urinaria influye en la calidad de vida del paciente se debe valorar la posibilidad de tratamiento quirúrgico. El esfínter urinario artificial es el tratamiento de elección para los pacientes con una IU moderada o grave tras la PRL, las tasas de éxito varían entre el 59-90%, pero las suspensiones para varones son una buena alternativa en los pacientes que presentan IUE de leve a moderada, con tasas de éxito mínimo global del 58%.

CASO CLÍNICO DE INCONTINENCIA URINARIA TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL.

AUTORA: Cristina Baena Villamarín

Varón de 75 años sometido a prostatectomía radical por vía abierta con AP de carcinoma de próstata Gleason 7 (3+4) con margen apical y derecho positivos pT3a en Diciembre de 2006. En todas las revisiones posteriores PSA en rango sin evidencia de progresión bioquímica.

Mantiene IU leve desde la intervención, motivo por el cual se envió a rehabilitación perineal donde realizó ejercicios de suelo pélvico y biofeedback con buen resultado. Tras 3 años de tratamiento reaparece la incontinencia que es catalogada como mixta y comienza tratamiento con Solifenacina 10 mg. En la siguiente visita hay que bajar la dosis a 5 mg por efectos secundarios y en revisiones posteriores el paciente refiere mejoría evidente en cuanto al componente de urgencia, pero persiste la incontinencia de esfuerzo, diurna y que precisa utilización de absorbentes con gran disminución de su calidad de vida. Es enviado a la unidad de Neurourología para valoración.

En dicha consulta se solicita Videourodinámica en bipedestación: pérdidas de orina en relación a grandes esfuerzos sin afectación funcional de la vejiga. Se solicita Pad-test para valorar colocación de TOT masculina vs Esfínter urinario artificial. El Pad-test es de menos de 200 g/día por lo que se propone para colocación de banda suburetral (TOT masculina) (VÍDEO) Se realiza cirugía el 25/06/2012 con buen resultado. Hoy día permanece seco.

CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO: FUENTE DE ANDRÓGENOS, TERÁPIA HORMONAL Y SUS EFECTOS ADVERSOS.

AUTOR: José Horacio García Rubio, Enrique Gómez Gómez

Entre un 1,6 y un 3,4% de pacientes con cáncer de próstata se presentan con metástasis en el momento del diagnóstico y un 5% de los que tienen enfermedad localizada desarrollan metástasis a lo largo de su evolución (1). Estos pacientes tienen una supervivencia global de entre 28 y 53 meses, con menos del 10% de supervivientes a los 10 años (2).

Los testículos producen el 90% de los andrógenos regulados por el eje hipotálamo-hipofiso-gonadal, de modo que tan sólo el 5-10% deriva de la biosíntesis en la suprarrenal utilizando el colesterol como precursor gracias a la actuación de numerosas enzimas (2).

La deprivación androgénica se puede conseguir mediante supresión de la secreción de los mismos quirúrgica o medicamente, o mediante la inhibición de su acción periférica (2).

En la actualidad la orquiectomía subalbugínea es la terapia más costo-efectiva pero más en desuso por sus implicaciones.

Los Análogos de la LHRH son los que están progresando en mayor medida. Después de un periodo de estimulación del receptor LHRH bloquean el eje produciendo una deprivación androgénica.

Los Antagonistas de la LHRH provocan una deprivación androgénica inmediata pero aun sus ventajas con los agonistas están por demostrar.

Los estrógenos son una forma clásica de tratamiento hormonal pero debido a sus efectos secundarios cardiovasculares se requieren de más estudios antes de considerarlos como tratamiento de primera línea.

Los antiandrógenos son ampliamente utilizados para disminuir el fenómeno "flare up", así como terapia combinada junto a los análogos en el BAC. Se están estudiando en la actualidad como posible monoterapia en pacientes metastásicos seleccionados con bajo PSA (1,2).

La enfermedad se hace resistente a esta terapia gracias a una serie de modificaciones en los receptores androgénicos y vías alternativas de estimulación (4).

Osteoporosis y fracturas óseas, bochornos, disfunción sexual y sobre todo la disminución de libido, el empeoramiento en la calidad de vida, disfunción cognitiva, cambio en el hábito corporal, la diabetes y el síndrome metabólico, ginecomastia, anemia y morbilidad cardiovascular son los principales efectos adversos de esta terapia por lo que hay que tenerlos en cuenta a la hora de seleccionar el paciente candidato (2,3,5,6).

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Ajjai Alva, MD, and Maha Hussain, MD, FACP. The Changing Natural History of Metastatic Prostate Cancer. The Cancer Journal, January/February 2013, 19; 1
- 2.- A. Heidenreich et al. Guidelines on Prostate cancer. European Association of Urology, Update february 2012.
- 3.- Joel B. Nelson MD. Hormone Therapy for prostate Cancer. Campbell-walsh Urologia. Tenth edition. Chapter 109. p 2923-53.
- 4.- Brian J. Feldman and David Feldman. The development of androgen-independent prostate cancer. Nat Rev Cancer. 2001 Oct;1(1):34-45
- 5.- Philip J. Saylor and Matthew R.Smith. Metabolic Complications of Androgen Deprivation Therapy for Prostate Cancer. J Urol 2013 Jan; 189: S34-44.
- 6.- Hamed Ahmadi and Siamak Daneshmand. Androgen deprivation therapy: evidence-based management of side effects. BJU International 2013 Jan 25.

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (CPRC). MANIOBRAS HORMONALES DE SEGUNDA LÍNEA. CRITERIOS DE PROGRESIÓN DE CPRC.

AUTORES: Sara Díez Farto, Sebastián Armijos León

Actualmente se define cancer de próstata resistente a la castración (CPRC) como la progresión bioquímica (PSA) o clínica en un paciente adecuadamente castrado, es decir, con testosterona en niveles < 50 mg/dl o $< 1,7$ nm/L.

Los criterios de progresión que consideran las guías EAU actualmente son los PSA Working Group (PCWG2), es decir, tres aumentos consecutivos del PSA separados por al menos una semana, que dan lugar a dos incrementos superiores al 50% sobre el nadir de PSA que debe situarse por encima de 2 ng/mL. También es necesaria una progresión del PSA tras una primera maniobra hormonal de adicción o supresión del antiandrógeno durante al menos cuatro semanas. Y ya que también puede haber progresión clínica sin elevación del PSA se considera la progresión de lesiones óseas (dos o más en gammagrafía) o lesiones en tejidos blandos.

Los pacientes con progresión de la enfermedad tras la terapia de privación androgénica, cuentan con muchas opciones terapéuticas válidas, y su elección varía según el tratamiento de primera línea aplicado previamente. En el paciente del caso planteado, está en tratamiento con análogos de LHRH en monoterapia, por lo que ante una progresión de la enfermedad el siguiente paso sería la adicción de antiandrógenos al tratamiento. En caso de ser esta terapia inefectiva o presentarse un paciente en tratamiento con BAC con criterios de progresión, tendríamos dos opciones; sustituir el antiandrógeno o retirarlo. Si tras 4-6 semanas de la retirada el PSA continúa elevándose habría que realizar una manipulación hormonal secundaria o plantearse el tratamiento no hormonal con agentes citotóxicos.

Entre el arsenal de tratamiento hormonal de segunda línea tenemos:

- Inhibidores de la testosterona suprarrenal como Ketoconazol.
- Estrógenos como Dietinilbestrol en dosis bajas.
- Corticoides
- Moléculas inhibidoras del CYP17, como Acetato de abiraterona.

Por último, resaltar los criterios de progresión de CPRC:

- Aumento del dolor según el cuestionario BPI (Brief Pain Inventory) mayor o igual a tres puntos. Este es un criterio de progresión independiente de los hallazgos radiológicos.
- Progresión de lesiones de partes blandas.
- Progresión ósea. Desarrollo de dos o más nuevas lesiones en gammagrafía ósea.

QUIMIOTERAPIA Y NUEVAS MOLÉCULAS EN EL CPRC.

AUTORES: Pablo Gómez Lechuga, José Carlos Bautista Vidal

El pronóstico de los pacientes con m Cáncer de Próstata Resistente a la Castración (CPRC) está variando con la aparición de nuevas moléculas y combinaciones de tratamiento.

Se realiza una revisión de la bibliografía y se analiza el paradigma actual terapéutico para el CPRC, así como de las nuevas moléculas en desarrollo.

La armamentística actual para el m CRPC se basa en 4 grandes grupos:

Antiandrógenos: Las investigaciones contemporáneas sobre el papel que juegan los andrógenos en la progresión de la enfermedad han hecho cambiar el marco endocrino del cáncer de próstata para hablar de una enfermedad paracrina y autocrina. La Abiraterona y la Enzalutamida destacan como nuevas armas terapéuticas.

Agentes citotóxicos: Han evolucionado notablemente en la última década. Basados en el control del dolor y mejora de la calidad de vida, la Mitoxantrona y la Estramustina han sido históricamente el único tratamiento para el CPRC.

La aparición de los taxanos (Docetaxel, Cabazitaxel), terapias basadas en platino (cisplatino) y la combinación de moléculas auguran nuevas perspectivas a la quimioterapia.

Inmunoterapia: Se incorpora al tratamiento nuevas dianas terapéuticas como la vacuna autóloga contra antígenos prostáticos (Sipuleucel-T) y anticuerpos monoclonales (Ipililumab)

Radioisótopos: Emisores alfa han demostrado mejorías en la supervivencia, como el alfaradin.

Nuevas dianas terapéuticas se están desarrollando, como los antiangiogénicos

Uno de los grandes retos para conseguir una aplicación óptima de estos distintos tratamientos es conseguir una distinción biológica de los distintos subgrupos que componen a los pacientes con CRPC.

Para ello, urge la necesidad de hallar nuevos biomarcadores o parámetros pronósticos que nos pueda orientar hacia el uso de una droga u otra.

TRATAMIENTO PALIATIVO DE LAS METÁSTASIS EN EL CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN.

AUTORES: María del Pilar Valderrama Illana, Samuel González Torres

Los ganglios linfáticos y el esqueleto axial son las localizaciones que se afectan con mayor frecuencia en el cáncer de próstata diseminado. De hecho, las metástasis óseas son la principal causa de morbilidad y mortalidad en el cáncer de próstata resistente a castración (CaPHR), estando asociadas con dolor, fracturas patológicas, compresión medular y disminución de la supervivencia.

Las principales modalidades terapéuticas en el tratamiento paliativo de las metástasis óseas:

- I. Medicación analgésica habitual: **corticoides, AINES, opiáceos...**
- II. La **radioterapia externa** es muy eficaz, incluso en dosis única. Sr-89 y Sa-153 son los dos radioisótopos empleados, los cuales disminuyen parcial o totalmente el dolor óseo hasta en el 70% de los pacientes. Sin embargo, no debe retrasarse mucho tiempo su inicio, cuando el dolor ya es resistente al tratamiento. Recientemente se han realizado ensayos clínicos con Ra-223 que están ofreciendo unos más que aceptables resultados.
- III. Los **bifosfonatos** son otra opción terapéutica. Inhiben la resorción ósea mediada por los osteoclastos y sus precursores en el CaPHR, con el objetivo de aliviar el dolor óseo. El uso de bisfosfonatos debe contemplarse en las primeras fases del tratamiento del CaPHR sintomático. En la actualidad, puede proponerse su uso a los pacientes con CaPHR y metástasis óseas para prevenir complicaciones óseas. Siempre ha de tenerse en cuenta la toxicidad.

Otra localización metastásica, aunque infrecuente, es la intracraneal: alrededor del 1% en las distintas series de autopsias, y sólo en torno al 0,2% son detectadas clínicamente antes del fallecimiento del enfermo.

Las opciones terapéuticas existentes actualmente son cirugía, radioterapia y tratamiento médico (hormonal y corticoideo); el hecho de utilizar una opción o varias asociadas, depende del estadio evolutivo de la enfermedad, tiempo de presentación clínica y fundamentalmente, de las condiciones generales del paciente. Dado el poco tiempo de evolución de la enfermedad en estos pacientes y los escasos casos descritos, no se puede determinar el régimen más eficaz.

Sigue siendo fundamental, en la evolución de la enfermedad, el tratamiento paliativo de las metástasis. Los aspectos fundamentales de la paliación deben abordarse a la hora de plantear un tratamiento sistémico adicional, como tratamiento del dolor, estreñimiento, anorexia, náuseas, cansancio y

depresión, que surgen con frecuencia (es decir, radioterapia externa paliativa, cortisona, analgésicos y antieméticos).

En nuestro caso clínico planteado, consideramos que el tratamiento más adecuado en este estadio de la enfermedad (elevación progresiva de la enfermedad y con metástasis óseas, suponemos que de reciente diagnóstico) y dada la edad del paciente, son los bifosfonatos, con un intervalo de dosis de 3-4 semanas. Dicho tratamiento habría de ir asociado a otros analgésicos comunes.

TRATAMIENTO HORMONAL INMEDIATO VS DIFERIDO

AUTORES: Navarro Vílchez, P; Sánchez Luque, J; Barnoiu , OS; Bautista Vidal , JC; Gómez Lechuga, PL; Sánchez Martínez, NM; Flores Sirvent, LN; Sequeira García del Moral, J; Molina Díaz, P; Soler Martínez , J; García Galisteo, E; Baena González, V.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de próstata es una patología muy prevalente en España con alto número de pacientes con enfermedad avanzada. El objetivo de este estudio es conocer el momento adecuado de iniciar la terapia hormonal.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los nuevos datos surgidos desde 2007 a 2013. Hemos valorado niveles de evidencia y grados de recomendación seleccionando los artículos más actuales y de revistas de impacto, referidos en la última actualización de la guía europea y las últimas revisiones.

RESULTADOS:

Los primeros estudios publicados no han incluido suficientes pacientes, son de poca potencia dada la heterogeneidad de los pacientes y diferencias en las terapias y su seguimiento. Se han demostrado aumentos en la supervivencia en el inicio de la terapia temprana y ser la terapia mejor coste-efectiva si se ha iniciado previo a la aparición de síntomas. Estudios de Cochrane ha demostrado mejoría de la supervivencia en estadio avanzado pero no en metastásico, con mejoría de la progresión y de las complicaciones. La EORTC ha demostrado aumento de la supervivencia pero no de la supervivencia cáncer específica, siendo más evidente en pacientes jóvenes con alto nivel de PSA.

CONCLUSIÓN:

En base a la revisión sistemática de la literatura no podemos hacer una recomendación definitiva sobre el momento adecuado de iniciar la terapia hormonal. Son necesarios mas estudios que aclaren los pacientes candidatos o no según qué terapia.

TERAPIA HORMONAL INTERMITENTE VS MANTENIDA

AUTORES: Sánchez Luque, J; Navarro Vilchez, P; Barnoiu , OS; Bautista Vidal , JC; Gómez Lechuga, PL; Sánchez Martínez, NM; Flores Sirvent, LN; Sequeira García del Moral, J; Molina Díaz, P; Soler Martínez , J; García Galisteo, E; Baena González, V.

INTRODUCCIÓN:

Por razones que empiezan a comprenderse, el BAC a largo plazo, que estimula la apoptosis de las células prostáticas, no logra eliminar toda la población de células malignas. Por tanto, tras un período variable (promedio de 24 meses), el tumor recidiva inevitablemente, lo que se caracteriza por un estado de crecimiento independiente de los andrógenos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se propone en este trabajo la comparación entre la TPA intermitente frente a su uso de manera continua, realizando una revisión bibliográfica para intentar sacar conclusiones acerca de si el uso de alguna de las dos maneras de realizar la TPA tiene mejores resultados que otra.

RESULTADOS:

Se ha propuesto que la interrupción de la privación androgénica antes de la progresión de las células independientes de los andrógenos supondría que cualquier crecimiento tumoral posterior se mantendría exclusivamente por la proliferación de células progenitoras dependientes de los andrógenos. Por tanto, la privación androgénica intermitente (PAI) retrasaría la aparición del clon independiente de los andrógenos

Otros posibles beneficios de la PAI son la conservación de la CdV en los períodos sin tratamiento y una reducción del coste del tratamiento.

Dos estudios importante con poblaciones mixtas de pacientes con Ca de próstata (localmente avanzado y metastásico) como son los de Da silva et al y de salonen et al revelan que no existen diferencias significativas en supervivencia general, ni en tiempo hasta la progresión tan solo Da Silva et al aprecian cierta mejoría en la disfunción eréctil en el grupo de TPA intermitente siendo el resto de parámetros de calidad de vida similares, otros estudios publicados con pacientes en estadio M1b tampoco han demostrado diferencias en cuanto a supervivencias o calidad de vida de los pacientes.

CONCLUSIÓN:

El TPA intermitente es una opción de tratamiento válida, bien aceptada entre oncólogos, urólogos y pacientes a pesar de que no he demostrado los resultados en especial en calidad de vida que se esperaban, hay aun algunos posibles efectos beneficiosos que necesitan de su estudio como son la protección ósea, el estado de animo y el síndrome metabólico.

BIBLIOGRAFÍA:

- de Leval J, Boca P, Yousef E, et al. Intermittent versus continuous total androgen blockade in the treatment of patients with advanced hormone-naive prostate cancer: results of a prospective randomized multicenter trial. Clin Prostate Cancer 2002 Dec; 1(3):163-71.
- Miller K, Steiner U, Lingnau A, et al. Randomised prospective study of intermittent versus continuous androgen suppression in advanced prostate cancer. J Clin Oncol 2007; Part 1; 25(18S), abstract 5015.
- Salonen AJ, Taari K, Ala-Opas M, et al. The FinnProstate Study VII: intermittent versus continuous androgen deprivation in patients with advanced prostate cancer. J Urol 2012 Jun; 187(6):2074-81.
- Calais da Silva FE, Bono AV, Whelan P, et al. Intermittent androgen deprivation for locally advanced and metastatic prostate cancer: results from a randomised phase 3 study of the South European Urooncological Group. Eur Urol 2009 Jun; 55(6):1269-77.
- Mottet N, van Damme J, Loulidi S, et al. Intermittent hormonal therapy in the treatment of metastatic prostate cancer: a randomized trial. BJU Int 2012 Nov; 110(9):1262-9.
- Crook JM, O'Callaghan CJ, Ding K, et al. A phase III randomized trial of intermittent versus continuous androgen suppression for PSA progression after radical therapy . J Clin Oncol 29: 2011 (suppl; abstr 4514)
- Hussain M, Tangen CM, Higano CS, et al. Intermittent (IAD) versus continuous androgen deprivation (CAD) in hormone sensitive metastatic prostate cancer (HSM1PC) patients (pts): results of SWOG 9346 (INT-0162), an international phase III trial. J Clin Oncol 30, 2012
- Higano C, Shields A, Wood N, et al. Bone mineral density in patients with prostate cancer without bone metastases treated with intermittent androgen suppression. Urology 2004 Dec; 64(6):1182-6.
- Shaw GL, Wilson P, Cuzick J, et al. International study into the use of intermittent hormone therapy in the treatment of carcinoma of the prostate: a meta-analysis of 1446 patients. BJU Int 2007 May; 99(5):1056-65.

CASO CLÍNICO DE CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A CASTRACIÓN

AUTORA: Raquel Berrio Campos

Varón de 62 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta en Junio de 2009 por síntomas del tracto urinario inferior leves. En el tacto rectal se palpa próstata pétreo en ambos lóbulos y mal delimitada. PSA de 214 ng/ml. La biopsia prostática revela un carcinoma acinar Gleason 3+4 en ambos lóbulos, y en la gammagrafía ósea se detectan metástasis óseas en la hemipelvis derecha.

Se pauta hormonoterapia con acetato de leuprorelina y bicalutamida, junto a ácido zoledrónico, con buena respuesta alcanzando un PSA nadir de 0.55 ng/ml a los 9 meses, momento en el que se retira la bicalutamida por mala tolerancia del paciente. A los 4 meses el paciente está asintomático, con PSA de 14 ng/ml, por lo que se vuelve a reintroducir la bicalutamida, siendo el PSA de control de 20.27ng/ml, tiempo de doblaje de PSA de 11.14 meses, testosterona de 3.4 ng/dL y progresión de las metástasis óseas, retirándose la bicalutamida y pautándose ketoconazol + prednisona. Tres meses más tarde el paciente sigue asintomático, con PSA de 173.8 ng/ml, tiempo de doblaje de PSA de 40 días y nueva progresión de las metástasis óseas y aparición de metástasis ganglionares y pulmonares en el TC, por lo que se inicia tratamiento con docetaxel.

Al mes el paciente sufre cuadro de retención aguda de orina, realizándose RTU prostática desobstructiva con buena evolución inicial, y posterior deterioro progresivo del estado general e importante dolor óseo generalizado, falleciendo 2 meses más tarde, con una supervivencia global de 2.5 años.

COMENTARIOS:

En los últimos años se ha producido una revolución en el tratamiento del cáncer de próstata avanzado, con el desarrollo de nuevos tratamientos hormonales y quimioterápicos, hasta tal punto que se ha modificado la terminología, pasando de la "hormonorresistencia" a la "resistencia a la castración". Las líneas estratégicas actuales del tratamiento del paciente con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración son diferentes a las de hace unos pocos años. En nuestro caso, en el momento en que el paciente es resistente a la castración, está asintomático y con poca carga tumoral, no sería candidato a quimioterapia. En la actualidad, esta situación clínica podría ser tratado con las nuevas moléculas como la abiraterona, que han demostrado un beneficio clínico y aumento de supervivencia.

ANATOMÍA DE LA URETRA Y GENITALES. PRINCIPIOS DE LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

AUTOR: Álvaro García Valverde

La importancia del conocimiento anatómico de la uretra, así como de los órganos genitales externos, es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de su patología. De manera genérica la podemos dividir en uretra prostática, membranosa, bulbar, peneana y navicular. Cada una de estas partes posee una histología propia que le confiere un comportamiento estático y dinámico característico. La uretra se encuentra rodeada por el cuerpo esponjoso, que junto con los cuerpos cavernosos forman parte de la estructura del pene. El desarrollo embriológico de éstos proviene de la cloaca y es similar en ambos sexos durante las primeras etapas del desarrollo. Los defectos en este desarrollo embriológico pueden ser causa de patología (tales como epispadias, hipospadias...)

La cirugía de la uretra requiere de un profundo conocimiento anatómico y de las características de la patología que vamos a enfrentar, ya que la estrategia de tratamiento va a depender de un diagnóstico preciso. Una mala planificación quirúrgica puede llevar a situaciones no deseadas.

Además de la uretrotomía interna y la anastomosis termino-terminal, actualmente puede ser necesario el uso de injertos y colgajos, bases de la Cirugía reconstructiva. Los injertos implican una extirpación del tejido y la colocación en un lecho huésped. El injerto puede tener un espesor parcial o total y cada uno de éstos tiene unas características propias. Pueden provenir de la piel, mucosa vesical, mucosa oral y otros. Los colgajos implican una extirpación del tejido pero se transfiere con su vascularización preservada, manteniéndose la irrigación de los tejidos. Dependiendo de la distancia de donde se obtenga el colgajo existen colgajos locales o a distancia. Si lo clasificamos en base a la técnica de disección: pediculados, en isla y libres. También se pueden clasificar en Axiales, que se nutren de vasos conocidos, y Aleatorios cuya irrigación proviene de la dermis. A su vez, dentro de los Axiales están: Cuticular, Musculocutáneo, Fasciocutáneo.

Para poder realizar estas técnicas es necesario el uso de un material adecuado, teniendo en cuenta el tipo de suturas, lupas de aumento, dermatomo...

ESTENOSIS DE URETRA ANTERIOR

AUTORA: Ana Ángeles Román Martín

INTRODUCCIÓN:

El manejo de la estenosis de uretra es todavía controvertido. El objetivo es llevar a cabo una revisión que pone al día el estado actual del tratamiento quirúrgico de la estenosis de uretra anterior.

MATERIAL Y MÉTODO:

Se revisa la literatura científica más actualizada, centrándose sobre todo en autores con gran experiencia en el tratamiento de la estenosis de uretra, a la par que utilizamos nuestra propia experiencia para reafirmar alguna de las técnicas en forma de caso clínico.

RESULTADOS:

La base del tratamiento de la estenosis de uretra anterior radica en las características de la propia estenosis (localización, número, longitud, origen), así como en las características del paciente. Tradicionalmente la estenosis de uretra anterior se ha tratado endouretralmente de manera mínimamente invasiva, que no obstante solo curan al 30-35% de los pacientes. Por otro lado, las uretroplastias son técnicas más complejas que requieren entrenamiento, pero pueden curar a la amplia mayoría de los pacientes. Existe amplia evidencia de que la uretrotomía interna es un excelente método para tratar la estenosis de uretra de hasta 1 cm, pero su efectividad disminuye drásticamente por encima de 1,5 cms. Las estenosis más largas tienen indicación directa de uretroplastia. Entre las uretroplastias disponemos de técnicas en un tiempo, como escisión y anastomosis, y el uso de injertos libres o colgajos pediculados. Las técnicas en dos tiempos son de gran utilidad en determinados casos de estenosis complejas.

CONCLUSIONES:

La estenosis de uretra es una entidad compleja que debe intentar solucionarse planificando adecuadamente la técnica y valorando las mejores opciones de tratamiento en función de las características propias de la estenosis y del paciente. Es necesario mejorar el entrenamiento de los urólogos en uretroplastia, así como fomentar la creación de unidades de urología reconstructiva en los servicios de urología orientados a curar esta entidad y no solo a paliar la enfermedad.

ESTENOSIS DE URETRA POSTERIOR

AUTORES: Lydia Flores Sirvent, Néstor M. Sánchez Martínez

INTRODUCCIÓN:

La uretra posterior está formada por la uretra prostática y membranosa. En las mujeres solo existe la uretra posterior. Las estenosis uretrales posteriores son un proceso obliterativo en la uretra que causa fibrosis y generalmente es efecto de la separación en esta área causada por un traumatismo o por iatrogenia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Hemos revisado la bibliografía en relación con las estenosis de uretra posterior, adentrándonos en su etiología más frecuente, diagnóstico y tratamiento.

Accidentes de tráfico, caídas y lesiones por aplastamiento pueden ocasionar fracturas pélvicas, la uretra posterior masculina resulta lesionada en el 4 %-19 % y la uretra femenina en el 0 %-6 % de todas las fracturas pélvicas. Su incidencia tras RTU de próstata o adenomectomía oscila entre 1-20% y tras prostatectomía o sustitución vesical en torno al 10%.

Como norma general, se debe sospechar estenosis de uretra en varones jóvenes con clínica obstructiva e historia de infecciones urinarias de repetición.

La curva flujométrica en los pacientes con estenosis suele ser característica pero no patognomónica. Una curva típica nos debe guiar a realizar un estudio radiológico. La uretrografía retrógrada sigue siendo la técnica de imagen de referencia, la combinación de técnicas anterógradas y retrógradas permite la estadificación correcta de casi todas las estenosis.

En el caso de lesión uretral traumática, se aconseja el realineamiento endoscópico por abordaje combinado retrógrado-anterógrado transcurridos 3-6 meses desde el traumatismo. La uretrotomía interna se considera de elección en el tratamiento de las estenosis tras RTU de próstata, adenomectomía, prostatectomías radicales o sustituciones vesicales.

CONCLUSIONES:

La estenosis de uretra posterior constituye una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los síntomas miccionales obstructivos, ya que puede complicarse con la formación de estenosis recurrentes, incontinencia, infecciones recurrentes del tracto urinario y disfunción eréctil.

INCURVACIÓN DE PENE CONGÉNITA Y ADQUIRIDA: TRATAMIENTO CONSERVADOR Y QUIRÚRGICO

AUTORES: José Francisco Flores Martín, Beatriz La Iglesia Lozano

INTRODUCCIÓN:

La incurvación peneana es una patología habitual en la consulta de andrología. Se distinguen dos orígenes principales: incurvación de pene adquirida, que presenta una incidencia variable entre el 0.4-8% según diferentes series; e incurvación de pene congénita que en ausencia de hipospadias presenta una incidencia menor al 1%. La etiología de la incurvación peneana es desconocida, aunque la base subyacente, es un trastorno del tejido conectivo de características inflamatorias que afecta a la túnica albugínea del pene.

CLINICA Y DIAGNÓSTICO:

La forma habitual de presentación de la incurvación peneana adquirida es la de presencia de induración o nódulo palpable en pene, dolor e incurvación durante la erección en pacientes de entre 40-60 años. La forma congénita no se asocia a presencia de placa indurada ni a dolor. Los pacientes con enfermedad congénita sin hipospadias, suelen consultar durante la segunda década de la vida, coincidiendo con el inicio de las relaciones sexuales (consultan por dificultad para la penetración). En el caso de hipospadias asociado, suele diagnosticarse precozmente junto al mismo.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de la incurvación peneana congénita es principalmente quirúrgico realizándose técnicas similares a las empleadas para la corrección de la fase estable de la enfermedad de la Peyronie. La opción terapéutica de la incurvación de pene adquirida se establece según la fase de actividad de la enfermedad (fase activa o estable). En la fase activa se utilizan medidas conservadoras mediante terapias orales, tópicas o intralesionales, con resultados poco efectivos en la mayoría de los casos. Durante la fase de estabilización se realizan diferentes técnicas quirúrgicas en función del grado de incurvación así como de la existencia de disfunción eréctil asociada o no. Las técnicas más utilizadas son las de plicatura con sus diferentes variantes.

CONCLUSIÓN:

La enfermedad de la Peyronie constituye la causa más frecuente de incurvación peneana. Suele manifestarse como una placa palpable, que en erección da lugar a curvatura, estrechamiento, acortamiento o erección dolorosa. El tratamiento definitivo es quirúrgico, al igual que el de las incurvaciones peneanas congénitas en las cuales el dolor y la presencia de placa están ausentes.

HIPOSPADIAS DISTALES

AUTORES: Ana Yañez Gálvez, Juan Andrés Cantero Mellado

El hipospadias se define como una anomalía congénita consistente en un defecto peneano en el cual la uretra abre su luz en la cara ventral del pene, incluso a nivel de escroto o periné. Tiene una incidencia de entre 3 a 8 de cada 1000 nacidos vivos. Se produce por un defecto embriológico en el cierre de la cara ventral peneana con desarrollo incompleto del cuerpo esponjoso e hipoplasia de la placa uretral, de origen multifactorial: hormonal, familiar, ambiental y genético. Se pueden clasificar en función de la localización del meato, así las formas distales (peneano distales y glandulares) son los más frecuentes (70 %) y las menos graves.

Ante un caso de hipospadias, hay que plantear la indicación del tratamiento, el momento para realizarlo, los objetivos, el tipo de técnica y los resultados esperados, así como sus complicaciones. La indicación se establece ante la necesidad que mantener una buena función urinaria, una erección suficientemente recta que permite una actividad sexual normal y un aspecto estético óptimo que no interfiera en el desarrollo psicosexual del niño. La edad más adecuada para la corrección quirúrgica es entre los 8-24 meses. Los principios generales de la cirugía han ido variando a lo largo de la historia y hoy se establece que son: ortoplastia, uretroplastia, meatoplastia, glanuloplastia y cubierta cutánea. La ubicación del meato, la incurvación y el tamaño del pene y las características de la piel determinarán la técnica quirúrgica, es por esto que la decisión última, y así debe informarse al paciente/familia, debe ser intraoperatoria una vez que se ha liberado al pene de adherencias, tracciones cutáneas y tras el deglobbing y una erección artificial.

Existen numerosas opciones quirúrgicas, a realizar en 1 o 2 tiempos, que incluyen: técnicas de avance (MAGPI), tubularización (Snodgrass), colgajos (Mathieu). La localización distal del meato suele implicar que el defecto a sustituir es menor, los segmentos a tubularizar son más pequeños y la incurvación suele ser menor o incluso estar ausente.

Las complicaciones más frecuentes son la fistula uretrocutánea (relacionado directamente con la cobertura con flaps de la neouretra), la estenosis uretral y la dehiscencia.

HIPOSPADIAS PROXIMAL

AUTORES: Rocío Barrabino Martín, Ignacio Puche Sanz

El hipospadias puede definirse como una anomalía del desarrollo en la que el meato uretral se abre sobre la superficie ventral del pene. Tradicionalmente, se ha clasificado según la posición del meato uretral. En la mayoría de las ocasiones el meato se localiza en la zona glandular o coronal del pene, pero hasta el 20% de los pacientes presentan meatos de localización más proximal.

Estos casos más proximales suelen cursar con mayor escasez de piel, sobre todo ventral, glandes más pequeños y placas uretrales menos desarrolladas y menos elásticas. Suelen verse también en estos casos los mayores grados de curvatura; y en ocasiones la piel escrotal invade la raíz del pene originando lo que se conoce como transposición penoescrotal.

Todas estas características, que afortunadamente no tienen porque coincidir juntas en el mismo paciente, confieren a los hipospadias proximales características diferenciadas de los más distales, constituyendo su manejo un verdadero reto para el cirujano.

Realizamos una revisión de la literatura centrándonos fundamentalmente en las distintas técnicas quirúrgicas para la corrección del hipospadias proximal.

Curso de Urología Pediátrica



XII Curso de Urología Pediátrica 19 y 20 de abril de 2013

Hotel Amaragua, Torremolinos (Málaga)

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA
19 y 20 de Abril 2013
Hotel Amaragua - Torremolinos

Organizado por **Asociación Andaluza de Urología (AAU)**
Sociedad Iberoamericana Urología Pediátrica (SIUP)
Urología Pediátrica Málaga y Asesoría

COMISION ORGANIZADORA
Presidentes:
Dr. Miguel Arrabal Martín (Presidente AAU)
Dr. Carlos Miguel Lago (Ex Presidente SIUP)
Colaboradores:
Dr. Jorge Soler Martínez (Secretario AAU)
Dr. Néstor Muela Cerdas
Dra. M^a José Llamas Centeno

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

PROFESORADO:

DOCENTES INVITADOS:
Dra. Mónica Anton Gamero, Pediatra, Córdoba
Secretaria SIUP, Jefe de Neftrología Pediátrica HMI Reina Sofia
Dr. Miguel Arrabal Martín, Presidente AAU, Granada
Profesor de Urología Universidad de Granada, Jefe de Sección de Urología, H.U. San Cecilio
Dr. Rafael Barrero Candau, Urologo, Sevilla
Urología Pediátrica, H.U. Virgen del Rocío
Dr. Rafael Espino Aguilar, Pediatra, Sevilla
Profesor de Pediatría Universidad de Sevilla, Jefe de Endocrinología Pediátrica, H.U. Ntra. Sra. De Valme
Dr. Rafael González Rafael, Urologo, Miami
Profesor de Urología Universidad de Miami, Jefe de Urología Pediátrica Miami Childrens H, Ex Presidente SIUP
Dr. Pedro López Pereira, Urologo, Cirujano Infantil, Madrid
Presidente SIUP, Jefe de Sección de Urología Pediátrica, H. Infantil La Paz
European Academy Paediatric Urology, Board ESPU
Dra. Mercedes Nogueras Ocaña, Urología, Granada
Profesora Urología Universidad de Granada
Jefa de Urología Pediátrica, H. Clínico S. Cecilio
Dra. Carmen Piro Biosca, Urología y Cirujano Infantil, Barcelona
Ex Urología Pediátrica H. Infantil Vall d'Hebron

LOCALES DE MÁLAGA:
Dr. Alberto Bueno Fernández, Pediatra,
Jefe de Neftrología Pediátrica H. Materno Infantil Carlos-Haya
Dra. Luisa Oveas Ruiz, Radiólogo, Ecografía
Ecografía Clínica Prins Málaga y Hospital USP Marbella
Dña. Julia de la Torre, Pediatra,
Instituto de Incontinencia Infantil Urología pediátrica, Clínica Sta. Elena, Torremolinos
Dra. María García Ramírez, Pediatra
Neftrología Pediátrica Hospital XANT
Dra. M^a José Llamas Centeno, Médico
Instituto de incontinencia Infantil, Coordinadora Espina Bifida, Urología Pediátrica,
Clínica Sta. Elena
Dr. Manuel García Mérida, Urología Pediátrica
H. Materno Infantil Carlos-Haya, European Academy Paediatric Urology
Dr. Moisés Muelas Cerchar, Cirujano Pediátrico, Membro SIUP
Urología Pediátrica, H. Materno Infantil Carlos-Haya, Clínica Santa Elena
Dr. Carlos Miguel Lago, Urologo, Cirujano Infantil, Ex Presidente SIUP
Urología Pediátrica, Clínica Santa Elena, European Academy Paediatric Urology
Dr. Antonio Recober Montaña, Cirujano Infantil
Urología Pediátrica, H. Materno Infantil Carlos-Haya
Dr. Daniel Ruiz Díaz, Pediatra
Neftrología Pediátrica, H. Quirón, Clínica Sta. Elena
Dr. Jorge Soler Martínez, Urologo, Secretario AAU
Servicio de Urología H. Carlos-Haya

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

VIERNES 19 DE ABRIL

14.30-15.15 H RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN

15.15-15.30 H INAUGURACIÓN Y BIENVENIDA
Dr. Miguel Lago
Dr. Arrabal Martín

15.30-19.30 H 1ª SESIÓN: HIPOSPADIAS
Moderadores:
Dr. Muelas Cerchar, Dr. González Rafael

15.30-15.45 H ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
Dra. Piro Biosca

15.45-16.00 H EVALUACIÓN CUMS Y TRATAMIENTO PREOPERATORIO
Dr. Miguel Lago

16.00-16.15 H HIPOSPADIAS PENEANO DISTAL
Dr. Muelas Cerchar

16.15-16.30 H HIPOSPADIAS PENEANO PROXIMAL
Dra. Piro Biosca

16.30-16.45 H HIPOSPADIAS ESCROTALES
Dr. Miguel Lago

16.45-17.00 H COMPLICACIONES DIAGNÓSTICO
Dr. Miguel Lago

17.00-17.15 H COMPLICACIONES PREVENCIÓN
Dr. González Rafael

17.15-17.30 H HIPOSPADIAS MULTOPERADOS
Dr. González Rafael

17.30-18.00 H COLOQUIO

18.00-18.15 H CONFERENCIA INAUGURAL,
¿Qué hay de nuevo en Litiasis Urinaria Infantil?
Dr. Arrabal Martín

18.15-18.45 H PAUSA + CAFÉ

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

VIERNES 19 DE ABRIL.

18.45-20.00 H COMUNICACIONES LIBRES Y CASOS CLÍNICOS:
URETRA Y GENTALES
Moderadores:
Dr. Miguel Lago, Dra. Piro Biosca

COMUNICACIÓN 01. REGISTRO DE UROLITIASIS PEDIÁTRICA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
Autores: Rodrigo, M.D.; Latorres, J.- Unidad de Neftrología Infantil, H. Son Espases
Ginebra, F. Pineda, R.; Saez Torres, C
Centro de trabajo: Grupo de Investigación en Urolitiasis de la UIB García Nieto, V.M.
Presidente de la Sociedad Española de Neftrología Infantil

COMUNICACIÓN 02. HIPOSPADIAS ESCROTALE CON ANOMALIA DE DESARROLLO SEXUAL
Autores: Miguel Lago, C.; González Rafael, R.; Piro Biosca, C.; Muelas Cerchar, M.;
Llamas Centeno, M.J.
Centro de trabajo: Cirugía Reconstructiva Genito Urinaria, Urología Infantil,
Clínica Santa Elena y El Ángel, Málaga

COMUNICACIÓN 03. GENTIPLASTIA FEMINEZANTE CONSERVADORA DE CUERPOS CAVERNOSOS Y CLITORIS
Autores: Zambudio Carmona, G.; Fernández Bieita, M.; Reyes Ríos, P.; Cabrejos Perotti,
C.; Martínez Castaño, I.; Rojas Toona, J.; Ruiz Jiménez, J.L.
Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Urología Pediátrica,
H. Virgen de la Arrixaca, Murcia

COMUNICACIÓN 04. INVAIGACIÓN URETRAL EN UN ADOLESCENTE
Autores: Tardaguila, A.R.; De Diego, E.; Fernández, I.; Cortázar, P.; Vergara, S.
Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica y Servicio de Pediatría,
H.U. Marqués de Valdecilla-Residencia Cantabria, Santander

COMUNICACIÓN 05. ROTURA TRAUMÁTICA COMPLETA DE URETRA POSTERIOR
Autores: Hernández del Arco, S.; Muelas Cerchar, M.J.; Recober Montaña, A.; García
Mérida, M.
Centro de trabajo: Servicio de Urología Pediátrica, H. Materno Infantil Carlos-Haya.

COMUNICACIÓN 06. AFALIA. UN RETO TERAPÉUTICO
Autores: Lasso Betancor, C.E.; Escalera Gil, A.; García Ceballos, A.; Castillo Fernández,
A.J.; Paredes Esteban, R.M.; González Rafael, R.
Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica, H.U. Reina Sofia, Córdoba

COMUNICACIÓN 07. FLUJOMETRÍA EN VARONES ASINTOMÁTICOS INTERVENIDOS MEDIANTE LA TÉCNICA DE ENDODRASS
Autores: Fernández Bieita, M.; Zambudio Carmona, G.; Guirao Pineda, M.J.; Reyes Ríos,
P.; Cabrejos Perotti, C.; Martínez Castaño, I.; Rojas Toona, J.; Ruiz Jiménez, J.L.
Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Urología Pediátrica,
H. Virgen de la Arrixaca, Murcia

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

COMUNICACIÓN 08. TÉCNICA DE AVANCE EN EL TRATAMIENTO DEL HIPOSPADIAS DISTAL
Autores: Zambudio Carmona, G.; Fernández Bieita, M.; Reyes Ríos, P.; Cabrejos Perotti,
C.; Martínez Castaño, I.; Rojas Toona, J.; Ruiz Jiménez, J.L.
Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Urología Pediátrica,
H. Virgen de la Arrixaca, Murcia

COMUNICACIÓN 09. VALORACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INCURVACIÓN DE PENE EN HIPOSPADIAS
Autores: Muelas Cerchar, M.; Miguel Lago, C.; Llamas Centeno, M.J.
Centro de trabajo: Unidad de Cirugía Reconstructiva, Urología Pediátrica,
Clínica Santa Elena y El Ángel, Málaga

COMUNICACIÓN 10. NUESTRO ESFUERZO POR MEJORAR EL MANEJO Y CONFORT POSTOPERATORIO DE LOS NIÑOS OPERADOS DE HIPOSPADIAS
Autores: Zambudio Carmona, G.; Guirao Pineda, M.J.; Fernández Bieita, M.; Reyes Ríos,
P.; Cabrejos Perotti, C.; Martínez Castaño, I.; Rojas Toona, J.; Ruiz Jiménez, J.L.
Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica, Sección de Urología Pediátrica,
H. Virgen de la Arrixaca, Murcia

COMUNICACIÓN 11. HIPOSPADIAS REOPERADOS COMPLEJOS: PESADILLAS CON BUEN DESPERTAR
Autores: Muelas Cerchar, M.; González Rafael, R.; Piro Biosca, C.; Llamas Centeno, M.J.;
Miguel Lago, C.
Centro de trabajo: Unidad de Cirugía Reconstructiva, Urología Pediátrica,
Clínica Santa Elena y El Ángel, Málaga

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

SÁBADO 20 DE ABRIL.

09.00-13.30 H 2ª SESIÓN: REFLUJO VESICO URETERAL 1º GRADO IV y V
Moderadores:
Dra. Anton Gamero, Dr. López Pereira

09.00-09.15 H CONSENSOS Y CONTROVERSIAS
Dr. Barrero Candau

09.15-09.30 H VALORACIÓN DEL REFLUJO POR IMAGEN
Dra. Ceres Ruiz

09.30-09.45 H VALORACIÓN DE NEFROPATÍA
Dra. Ceres Ruiz

09.45-10.00 H VALORACIÓN DE INFECCIÓN
Dra. García Ramírez

10.00-10.15 H VALORACIÓN DE OBSTRUCCIÓN
Dr. García Mérida

10.15-10.30 H INDICACIÓN DE TRATAMIENTO NO INVASIVO
Dra. Nogueras Ocaña

10.30-10.45 H INDICACIÓN DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO/LAPAROSCÓPICO
Dr. Recober Montaña

10.45-11.00 H ¿EXISTE HOY INDICACIÓN DE REPLANTE URETERAL?
Dr. Muelas Cerchar

11.00-11.15 H ¿EXISTE HOY INDICACIÓN DE DERIVACIÓN TEMPORAL?
Dr. Miguel Lago

11.15-11.30 H PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL SECUNDARIA A REFLUJO
Dr. Bueno Fernández

11.30-12.00 H COLOQUIO

12.00-12.15 H CONFERENCIA:
¿Qué hay de nuevo en RVU asintomática con infección y estropalia: operar, esperar, derivar, dializar, trasplantar?
Dra. Anton Gamero

12.15-12.45 H PAUSA-CAFÉ

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII Curso de Urología Pediátrica 19 y 20 de abril de 2013

Hotel Amaragua, Torremolinos (Málaga)

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

SÁBADO 20 DE ABRIL

12.45-13.45 H COMUNICACIONES LIBRES Y CASOS CLÍNICOS. REFLUJO Y TRACTO URINARIO SUPERIOR
 Moderadores:
 Dr. Mielles Cerchar, Dr. García Mérida

COMUNICACIÓN 12. HIPOSPADISMO MÁS REFLUJO VESICOURTERAL BILATERAL. HALLAZGO CASUAL.
 Autores: Mielles Cerchar, M.; Migueléz Lago, C.; Llamas Centeno, M.J.
 Centro de trabajo: Unidad de Cirugía Reconstructiva, Urología Pediátrica, Clínicas Santa Elena y El Ángel, Málaga

COMUNICACIÓN 13. REFLUJO VESICO URETERAL (RVU) IV BILATERAL EN UN LACTANTE: INSUFICIENCIA RENAL Y PIELONEFRITIS RECURRENTE
 Autores: Migueléz Lago, C.; Mielles Cerchar, M.; Llamas Centeno, M.J.
 Centro de trabajo: Urología Pediátrica, Clínicas Santa Elena y El Ángel, Málaga

COMUNICACIÓN 14. REFLUJO VESICO URETERAL IV NEONATAL NO TRATADO. EVOLUCIÓN EN ADOLESCENCIA
 Autores: Migueléz Lago, C.; Mielles Cerchar, M.; Llamas Centeno, M.J.
 Centro de trabajo: Urología Pediátrica, Clínicas Santa Elena y El Ángel, Málaga

COMUNICACIÓN 15. OBSTRUCCIÓN URETEROVESICAL TRAS TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL REFLUJO VESICO-URETERAL
 Autores: García Mérida, M.; Mielles Cerchar, M.; Recober Montaña, A.; Hernández del Arco, S.; Migueléz Lago, C.
 Centro de trabajo: Servicio de Urología Pediátrica, H.U. Materno Infantil Carlos-Haya, Málaga

COMUNICACIÓN 16. PAPILOMA UROTERRAL VESICAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA
 Autores: Vivas Colmenares, G.V.; Martínez Cnado, Y.; Fernández Hurtado, M.A.; Barrero Candau, R.; García Merino, F.
 Centro de trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica, H. Infantil Virgen del Rocío, Sevilla

COMUNICACIÓN 17. TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ESTENOSIS PIELOURTERAL EN NIÑOS
 Autores: Recober Montaña, A.; Mielles Cerchar, M.; Hernández del Arco, S.; Ruiz catena, M.J.; García Mérida, M.
 Centro de trabajo: Urología Pediátrica, H. U. Materno Infantil Carlos-Haya, Málaga

13.45-15.15 H ALMUERZO DE TRABAJO CON EXPERTOS

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

15.30-16.30 H COMUNICACIONES LIBRES Y CASOS CLÍNICOS. ENURESIS, INCONTINENCIA, VEJIGA NEUROPÁTICA
 Moderadores:
 Dra. Llamas Centeno, Dra. Nogueras Ocaña

COMUNICACIÓN 18. INFECCIÓN URINARIA RECURRENTE CON MALOS HÁBITOS Y TRASTORNO PSICOLÓGICO
 Autores: Llamas Centeno, M. J.; Migueléz Lago, C.; Mielles Cerchar, M.; De la Torre López, J.
 Centro de trabajo: Instituto de Incontinencia Infantil, Clínica Santa Elena, Málaga

COMUNICACIÓN 19. SÍNDROME ENURÉTICO CON TRASTORNO PSICOLÓGICO
 Autores: Llamas Centeno, M.J.; Migueléz Lago, C.; Mielles Cerchar, M.; De la Torre López, J.
 Centro de trabajo: Instituto de Incontinencia Infantil, Clínica Santa Elena, Málaga

COMUNICACIÓN 20. ABDOMEN AGUDO DE ETIOLOGÍA UROLÓGICA
 Autores: Hernández del Arco, S.; Mielles Cerchar, M.J.; Recober Montaña, A.; García Mérida, M.
 Centro de trabajo: Servicio de Urología Pediátrica, H. Materno Infantil Carlos-Haya, Málaga

COMUNICACIÓN 21. URETEROHIDRONEFOSIS Y MEGAUÉTER EN NIÑO ÚNICO POR VEJIGA NEUROPÁTICA DE DEFECTO CONTROL
 Autores: Recober Montaña, A.; Mielles Cerchar, M.; Llamas Centeno, M.J.; Migueléz Lago, C.
 Centro de trabajo: Unidad de Espina Blanda, Urología Pediátrica, Clínicas Santa Elena y El Ángel, Málaga

COMUNICACIÓN 22. RETENCIÓN URINARIA AGUDA
 Autores: Hernández del Arco, S.; Mielles Cerchar, M.J.; Recober Montaña, A.; García Mérida, M.
 Centro de trabajo: Servicio de Urología Pediátrica, H. Materno Infantil Carlos-Haya, Málaga

COMUNICACIÓN 23. ENURESIS SECUNDARIA ASOCIADA A VEJIGA HIPERACTIVA
 Autores: Llamas Centeno, M.J.; Migueléz Lago, C.; Mielles Cerchar, M.; De la Torre, J.
 Centro de trabajo: Instituto de Incontinencia Infantil, Clínica Santa Elena, Málaga

COMUNICACIÓN 24. TRATAMIENTO CON SONDAS INTERMITENTE DE REFLUJO COMPLICADO
 Autores: Llamas Centeno, M.J.; Migueléz Lago, C.; Mielles Cerchar, M.; De la Torre López, J.
 Centro de trabajo: Instituto de Incontinencia Infantil, Clínica Santa Elena, Málaga

16.30-17.00 H PAUSA-CAFÉ

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

17.00-19.45 H 3ª SESIÓN: INCONTINENCIA URINARIA Y ENURESIS: ASISTENCIA COORDINADA
 Moderadores:
 Dr. Mielles Cerchar, Dr. Barrero Candau

17.00-17.15 H MADURACIÓN DEL CONTROL MICCIONAL
 Dra. Mª José Llamas Centeno

17.15-17.30 H VALORACIÓN CLÍNICA. DESPISTAJE PATOLOGÍA ASOCIADA
 Dr. Espino Aguilar

17.30-17.45 H VALORACIÓN PSICOSOCIAL. DESPISTAJE PSICOPATOLOGÍA
 Dra. De la Torre

17.45-18.00 H VALORACIÓN NEURO FUNCIONAL. DESPISTAJE NEUROPATÍA
 Dr. Ruiz Díaz

18.00-18.15 H TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA POR FALLO ESFINTERIANO
 Dr. López Pereira

18.15-18.30 H TRATAMIENTO INTEGRAL DE LA ENURESIS
 Dr. Migueléz Lago

18.30-18.45 H ANTICOLinéRGICOS ¿CUÁNDO? PROS Y CONTRAS
 Dr. Mielles Cerchar

18.45-19.00 H TRATAMIENTO PSICO-CONDUCTUAL
 Dra. De la Torre

19.00-19.15 H REHABILITACIÓN DE SUELO PÉLVICO. BIOFEEDBACK
 Dra. Llamas Centeno

19.15-19.30 H ENURESIS EN EL ADULTO
 Dr. Jorge Sotol Martínez

19.30-19.45 H COLOQUIO

19.45-20.00 H CONFERENCIA DE CLAUSURA ¿QUE HAY DE NUEVO? El Intestino visto por el Urologo
 Dr. López Pereira

20.00-20.45 H CLAUSURA Y DESPEDIDA
 Dr. Arrabal Martín, Dr. Migueléz Lago

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTACIÓN DE COMUNICACIONES LIBRES Y CASOS CLÍNICOS DE 5 MINUTOS DE EXPOSICIÓN
 Podrán ser sobre cualquier aspecto de Nefro-Urología Pediátrica, pero tendrán preferencia los trabajos sobre HIPOSPADISMO, REFLUJO, INCONTINENCIA Y ENURESIS.
IMPREScindIBLE que quien presente el trabajo esté inscrito en el Curso.
 Enviar datos completos ANTES DEL 25 DE MARZO DE 2013:
TÍTULO (resumido)
AUTORES
ESPECIALIDAD
CENTRO HOSPITALARIO
RESUMEN (máximo 20 líneas, tamaño fuente 10)

PREMIOS COMUNICACIONES LIBRES Y CASOS CLÍNICOS
 Premio a la mejor Presentación sobre HIPOSPADISMO
 Premio a la mejor presentación sobre REFLUJO
 Premio a la mejor presentación sobre INCONTINENCIA
 Premio a la mejor presentación sobre ENURESIS
 Premio en metálico y Diploma, Opción a publicación.

OBJETIVO A:
 Médicos Residentes y Especialistas con actividad hospitalaria y extra-hospitalaria de Atención Primaria, Pediatras, Nefrólogos, Pediatras, Urologos, Cirujanos Pediátricos, Urologos Pediátricos.

CARACTERÍSTICAS:
 3 Sesiones Monográficas sobre Temas de elevada Prevalencia e interés general.
 Cada Sesión dura 4 horas y 15 minutos.
 1. Revisión actualizada del tema por docentes. Presentaciones de 15 minutos.
 Tiempo medio por sesión 2 horas y 15 minutos.
 2. Colquio abierto de 30 minutos por sesión.
 3. Comunicaciones Libres y Casos Clínicos presentados por los asistentes.
 Tiempo medio por sesión 1 hora y 30 minutos de exposición y 30 minutos de discusión.

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO:
 Exposición de Docentes = 7 horas (61%)
 Exposición de Asistentes = 4 horas y 30 minutos (39%)
 Al final de cada sesión se recogerá un cuestionario con preguntas relacionadas.
 3 Conferencias (Inaugural y de Clausura)
 1 Comida con expertos. Los alumnos pueden elegir la mesa del docente que desean y tener una tarjeta informal y directa durante el almuerzo.

DURACIÓN: 16 horas y 30 minutos en dos días.

EVALUACIÓN:
 Conocimiento del Alumno: 1º según respuestas del cuestionario de cada sesión, y 2º según su participación y aportación en los coloquios. Se valorará interés, atención, participación activa, capacidad de diálogo, nivel de conocimientos adquiridos.
 Asistencia del Alumno: se valorará según la asistencia de cada sesión, y por entrega de cuestionario de evaluación del profesorado al final de cada sesión.
 Del Profesorado: Cada alumno cumplimentará cuestionario al final de cada sesión del Curso y al final del Curso.

ACREDITACIÓN: Solicitada
 Requisitos para la obtención de créditos: Asistencia mínima al 75% de las sesiones. Entrega de cuestionario de cada sesión y de evaluación al final del Curso.

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

AUSPICIO SOLICITADO A:
 Sociedad Española de Urología Pediátrica (SEUP)
 Sociedad Andaluza de Cirugía Pediátrica (SACP)
 Asociación Española de Nefrología Pediátrica (AENP)
 Colegio Oficial de Médicos de Málaga (COMM)
 Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica (SIUP)

COLABORADORES:

Lofric
FERRING PHARMACEUTICALS
Coloplast
OCEANA

19 Y 20 de Abril 2013 Hotel Amaragua - Torremolinos

XII CURSO UROLOGÍA PEDIÁTRICA

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE UROLOGÍA

Parque de la Batería, Torremolinos

PREMIOS XII CURSO DE UROLOGÍA PEDIÁTRICA

PREMIO AL MEJOR TRABAJO PRESENTADO EN RECONSTRUCCIÓN URETRAL

Patrocinado por: **Clínica Santa Elena**

Título: INVAGINACIÓN URETRAL EN UN ADOLESCENTE

Presentado por: ANA ROSA TARDÁGUILA CALVO

Autores: Tardáguila, A.R.; De Diego, E.; Fernández, I.; Cortázar, P.; Vergara, S.

Centro Trabajo: Servicio de Cirugía Pediátrica y Servicio de Pediatría. H.U. Marqués de Valdecilla- Residencia Cantabria. Santander

PREMIO AL MEJOR TRABAJO PRESENTADO EN ENURESIS

Patrocinado por: **Ferring**

Título: SÍNDROME ENURETICO CON TRASTORNO PSICOLÓGICO

Presentado por: M^a JOSÉ LLAMAS CENTENO

Autores: Llamas Centeno, M.J.; Miguélez Lago, C.; Mieles Cerchar, M.; De la Torre López, J.

Centro Trabajo: Instituto de Incontinencia Infantil. Clínica Santa Elena. Málaga

PREMIO AL MEJOR TRABAJO PRESENTADO EN ESPINA BÍFIDA

Patrocinado por: **Coloplast**

Título: RETENCIÓN URINARIA AGUDA

Presentado por: SARA HERNÁNDEZ DEL ARCO

Autores: Hernández del Arco, S.; Mieles Cerchar, M.; Recober Montilla, A.; García Mérida, A.

Centro Trabajo: Servicio de Urología Pediátrica. H. Materno Infantil Carlos-Haya. Málaga

PREMIO AL MEJOR TRABAJO PRESENTADO EN INCONTINENCIA

Patrocinado por: **Lofric**

Título: INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR

Presentado por: MARIA BORDALLO VÁZQUEZ

Autores: Bordallo Vázquez, M.; Fonseca Martín, R.; Povo Martín, I.; Serrano Durba, A.; Estornell Moragues, J.F.; Domínguez Hinajeros, C.

Centro Trabajo: Servicio de Urología Pediátrica. H.U. y Politécnico La Fe. Valencia.

PREMIO AL MEJOR TRABAJO PRESENTADO EN REFLUJO

Patrocinado por: **Oceana- Deflux**

Título: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL EN NIÑOS

Presentado por: ANTONIO RECOBER MONTILLA

Autores: Recober Montilla, A.; Mielles Cerchar, M.; Hernández del Arco, S.; Ruiz Catena, M.J.; García Mérida, M.

Centro Trabajo: Urología Pediátrica. H. Materno Infantil Carlos- Haya. Málaga

RESUMEN PREMIOS DE UROLOGÍA PEDIÁTRICA

TITULO: INVAGINACIÓN URETRAL EN UN ADOLESCENTE

AUTORES: A.R. Tardáguila, E De Diego, I. Fernández, , P. Cortázar, S. Vergara

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Cirugía Pediátrica y servicio de Pediatría. H. Universitario Marqués de Valdecilla-Residencia Cantabria.

RESUMEN:

Presentamos el caso clínico de un varón de 7 años con historia de 6 meses de dificultad para la micción y necesidad de maniobras externas para vaciamiento vesical asociada a estreñimiento. Niega antecedente traumático ni episodios de infección urinaria. Previamente asintomático. En la ecografía no se visualizan masas ni dilatación de la vía urinaria. La RMN de columna es normal así como las analíticas sanguíneas. En la cistouretrografía miccional se evidencia vejiga de gran capacidad con signos de lucha, reflujo vesicoureteral bilateral a alta presión grado III derecho y II izquierdo y dilatación importante de la uretra prostática con imagen de estenosis distal y resto de la uretra sin alteraciones. Se decide realizar cistoscopia diagnóstica. Con cistoscopia rígido de 9,5 Fr se visualiza una imagen "en donuts" a nivel de la uretra prostática debida a invaginación-prolapso uretral con zona estenótica a nivel de uretra proximal, compatible con el diagnóstico de membrana de Cobbs prolapsada. Se reduce progresivamente la invaginación mediante la instilación de suero y se realiza dilatación neumática de la estenosis con balón hasta 3,5 mm (6 atm), lográndose paso con el cistoscopia hasta vejiga, que se encuentra muy trabeculada. Se coloca sonda vesical de 12 Fr.

Posteriormente se retira la sonda y se realiza uretrocistoscopia de control, objetivándose mínima dilatación residual de uretra posterior, sin evidencia de válvulas ni zonas estenóticas. Mínima irritación de la mucosa vesical, habiendo desaparecido la trabeculación preexistente.

Los controles de imagen posteriores muestran normalización de los hallazgos preexistentes, estando el paciente completamente asintomático al año de seguimiento.

TÍTULO: RETENCIÓN URINARIA AGUDA

AUTORES: Sara Hernández del Arco, Moisés Javier Mieles Cerchar, Antonio Recober Montilla, Manuel García Mérida.

CENTRO DE TRABAJO: Sección de Urología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil de Málaga

RESUMEN:

OBJETIVOS

Retención urinaria aguda en una niña.

METODOLOGÍA

Mujer de 13 años derivada a nuestra consulta de Urología Pediátrica por retención urinaria aguda que ha precisado sonda vesical permanente desde hace una semana. Se acompaña de una clínica de más de un año de evolución de disuria, tenesmo vesical, polaquiuria y necesidad de realizar prensa abdominal para orinar. Fue tratada como ITUs a lo largo de ese tiempo. Clínicamente presenta deseo miccional pero no logra micción sin utilizar la prensa abdominal. Hemograma, bioquímica de sangre y ecografía abdominal normales. El estudio urodinámico muestra una vejiga de gran capacidad (450 ml) con bajas presiones a máxima repleción (8 cmH₂O). No se realizó flujometría por imposibilidad de orinar. Se realiza estudio neurológico, diagnosticando una siringomielia dorsal (D6-D8). Comienza con sondaje intermitente limpio, presentando mejoría espontánea de la retención a las 5 semanas del inicio del cuadro agudo. Posteriormente continúa con micción espontánea, sin residuo, y sin presentar nuevas crisis de retención urinaria.

TÍTULO: INCONTINENCIA URINARIA EN PACIENTE CON PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA DE URETRA ANTERIOR

AUTORES: M. Bordallo, R. Fonseca, I. Povo, A. Serrano, F. Estornell, C. Domínguez.

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urología Pediátrica. H.U. y Politécnico La Fe. Valencia.

RESUMEN:

Presentamos a un paciente de 3 años remitido a nuestro centro por incontinencia urinaria, habiendo resultado imposible retirarle el pañal. Como antecedente presentaba hipoplasia renal izquierda detectada ecográficamente tras una infección urinaria.

La madre refirió un goteo continuo entre micciones. En la exploración física vimos una masa palpable de consistencia blanda a nivel del ángulo penoescrotal que al ser comprimida producía goteo urinario.

Solicitamos ecografía, DMSA y CUMS observando ureterohidronefrosis bilateral y un riñón izquierdo disminuido de tamaño, hipocaptante, con una función renal relativa disminuida (8%). La vejiga estaba trabeculada y en las proyecciones miccionales se vio reflujo vesicoureteral izquierdo grado III y una imagen compatible con divertículo de uretra bulbar.

Realizamos uretrocistoscopia, visualizando una vejiga de lucha y un divertículo uretral con un labio anterior a modo de valva obstructiva. Llevamos a cabo el destechamiento del divertículo con un asa de diatermia.

CONCLUSIONES:

Las malformaciones congénitas de la uretra anterior son infrecuentes y pueden resultar difíciles de diagnosticar.

En pacientes con incontinencia y alteraciones del flujo es fundamental descartar alteraciones anatómicas y/o funcionales de la uretra.

La incontinencia, asociada al hallazgo de masa palpable con goteo urinario tras la compresión resultó clave en este paciente para establecer la sospecha de divertículo uretral.

TÍTULO: TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ESTENOSIS PIELOURETERAL EN NIÑOS.

AUTORES: Recober Montilla, Antonio; Mieles Cérchar, Moisés Javier; Hernández del Arco, Sara; Ruiz Catena, Manuel Jesús; García Mérida, Manuel.

CENTRO DE TRABAJO: Urología Pediátrica. H. Materno Infantil Carlos-Haya. Málaga.

RESUMEN:

Revisión de nuestra experiencia en el abordaje laparoscópico de la Estenosis Pieloureteral (EPU) en niños desde diciembre de 2010 hasta abril de 2013, exponiendo la técnica utilizada así como los resultados y complicaciones, que son similares a los obtenidos con la cirugía abierta (a excepción de los tiempos quirúrgicos que han ido disminuyendo con la curva de aprendizaje y que son superiores a los del abordaje por lumbotomía) con las ventajas del abordaje mínimamente invasivo, lo que hace que en el momento actual indiquemos este tratamiento como primera opción en niños mayores de un año y lo ofrezcamos como una alternativa válida a los lactantes con EPU.

Patronos



Patronos de la Asociación Andaluza de Urología



asociación
andaluza de
urología

